

FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA



Membră a CNS „Cartel Alfa”,
afiliată la EUROFEDOP

Site: www.solidaritatea-sanitara.ro

E-mail: solidaritateasanitara@yahoo.fr

Sediul central: București, Splaiul Independenței
nr.202 A, etaj 3, cam.28

Telefon: 0721246491

0336/106.365

Fax: 0336/109.281

Revendicările Federației „Solidaritatea Sanitară” din România

Cerem creșterea calității vieții profesionale și sprijin pentru creșterea calității serviciilor medicale!

Principalele categorii de revendicări:

- 1. Creșterea salariilor lucrătorilor din sănătate și îmbunătățirea condițiilor de muncă ale acestora.*
- 2. Reducerea deficitului de personal pentru toate categoriile de lucrători*
- 3. Asigurarea efectivă a drepturilor pacienților la serviciile medicale și creșterea calității acestora*

Cele trei categorii de revendicări pot fi îndeplinite prin următoarele **acțiuni strategice pe care le solicităm:**

- I. Creșterea finanțării sistemului sanitar*
- II. Cheltuirea eficientă a resurselor colectate*
- III. Introducerea echității și principiului competenței în funcționarea sistemului*

Detalierea revendicărilor:

1. Creșterea salariilor lucrătorilor din sănătate și îmbunătățirea condițiilor de muncă ale acestora. În acest moment salariații din sănătate au cel mai scăzut nivel de salarizare din întregul sector public.

○ **Creșterea salariilor tuturor angajaților din sănătate.** Începând cu 1 ianuarie 2014 „salariile minime din sănătate” trebuie să atingă nivelul prevăzut de grila specifică din Legea 284/2010, care va constitui doar punct de reper în vederea salarizării minime pe trepte și categorii profesionale.

○ **Introducerea salarizării în funcție de performanță, bazate pe o metodologie obiectivă de evaluare, pentru toți salariații din sistemul sanitar.** Salarizarea în funcție de performanță va trebui să asigure posibilitatea unor creșteri salariale de cel puțin 100% pentru salariații care realizează performanță în unitățile sanitare publice din România.

○ Scoaterea spitalelor publice din categoria unităților bugetare și din sfera intereselor politicianiste. Această măsură trebuie să constituie premisele unui management performant, care să pună pe primul loc competența salariaților și eficiența activității lor.

○ Introducerea sistemului despăgubirii pacienților pentru prejudicii, în locul celui de malpraxis.

○ Reașezarea atribuțiilor între diferitele categorii profesionale în funcție de competențele formale/informale și de atribuțiile efective la momentul actual ale diferitelor categorii profesionale.

○ Crearea unui sistem eficient și gratuit de formare profesională continuă a salariaților.

Clarificarea situației juridice a gărzilor medicilor în sensul considerării acestora drept timp de lucru. În acest sens, am transmis Ministerului Sănătății Studiul asupra timpului de muncă în sectorul sanitar, de ale cărui concluzii trebuie ținut cont.

- Acordarea sporurilor stabilite în Regulament în toate unitățile sanitare. În acest sens, am transmis Ministerului Sănătății o adresă care evidențiază una din multele disfuncționalități în domeniu, respectiv situația chirurgilor care nu beneficiază de sporul aferent timpului de lucru în sala de operații.

- Crearea unui sistem eficient și gratuit de formare profesională continuă a salariaților. În acest sens, Federația „Solidaritatea Sanitară” din România a transmis Ministerului un set de studii (exemplu de concluzii în acest sens), însoțite de un proiect de reformă în domeniul formării profesionale continue, a căror aplicare o solicităm.

- Creșterea finanțării unităților sanitare publice este singura măsură eficientă prin care poate crește atât calitatea serviciilor medicale cât și calitatea vieții profesionale.

2. Reducerea deficitului de personal pentru toate categoriile de lucrători.

Personalul sanitar din unitățile publice înregistrează un deficit fără precedent. În ultimii 5 ani unitățile sanitare publice au pierdut cca. 30.000 de salariați, din care 23.000 sunt asistenți medicali (cca. 20%, raportat la anul 2007). Acest deficit sever de personal medical creează în unele spitale iluzia că există prea mult personal nemedical. Nu personalul nemedical este excedentar, ci personalul medical este deficitar. Lipsa acută de personal determină supraîncărcarea normei de lucru a salariaților existenți și numeroase ore suplimentare neplătite. În aceste condiții sunt necesare urgent următoarele măsuri:

- Asigurarea respectării normativelor de personal, cel puțin la nivelul minim al acestora.

- Creșterea nivelului de finanțare al spitalelor pentru ca acestea să-și permită plata salariilor personalului.

3. Asigurarea efectivă a drepturilor pacienților la serviciile medicale și creșterea calității acestora.

○ Definirea pachetului de bază

○ Creșterea finanțării sistemului

○ Introducerea sistemului despăgubirilor în caz de prejudicii

○ Asigurarea unor standarde minime de calitate a serviciilor medicale. Absența acestor standarde afectează deopotrivă pacienții și salariații din sănătate, ultimii neștiind la ce să se raporteze.

○ Crearea unui sistem funcțional de asigurări de despăgubiri a pacienților în caz de prejudiciu. Proiectul de lege a malpraxisului tinde să fie mai curând un sistem de sancționare a personalului decât unul de despăgubire a celor prejudiciați. În acest sens, solicităm ca proiectul de lege să fie modificat radical astfel încât el să devină unul centrat pe despăgubirea pacienților și nu pe neglijența personalului.

- Crearea sistemului de informare a pacienților. Acesta trebuie să se reflecte atât în legea pentru despăgubirea pacienților prejudiciați (numită în mod impropriu legea malpraxisului) cât și în majoritatea proiectelor de reformă (reorganizarea DSP-urilor, statutul spitalelor etc.).
- Decontarea serviciilor medicale pentru românii care se tratează în străinătate;
- Crearea procedurilor specifice autorizării prealabile;
- Crearea standardelor de funcționare a unităților sanitare publice care să garanteze conformitatea la prevederile Directivei.

Detalierea acțiunilor strategice solicitate:

I. Creșterea finanțării sistemului sanitar, prin creșterea amplitudinii sistemului social și introducerea asigurărilor complementare. Având în vedere faptul că nivelul actual al cheltuielilor totale pentru sănătate este estimat la cca. 6% din PIB, (5,6 din PIB în 2009 conform EUROSTAT), el incluzând atât cheltuielile publice cât și cele private de sănătate. În acest sens ținta reformei trebuie să constituie următoarele obiective:

- **6% din PIB cheltuieli publice pentru sănătate**
- **9% din PIB totalul cheltuielilor pentru sănătate.**

Pentru realizarea acestor obiective solicităm următoarele măsuri.

a) Solicităm un sistem de asigurări sociale de sănătate dimensionat la maximumul său posibil în ceea ce privește finanțarea acestuia, deoarece doar un sistem social de sănătate poate asigura condițiile de eficiență, echitate și calitate maximă. În acest sens, considerăm esențiale următoarele măsuri:

- Creșterea încasărilor la bugetul asigurărilor sociale de sănătate prin:
 - Creșterea nivelului contribuțiilor angajați-angajatori la cel puțin 14% (revenirea la nivelul anterior);
 - Recuperarea costurilor de îngrijire în caz de prejudicii de la asiguratori sau de la cei culpabili. În acest sens am atras atenția în mod consecvent asupra situației existente, ultima intervenție fiind în cadrul Comisiei de dialog social, în urmă cu două luni.
 - Lărgirea bazei de colectare: plata la sănătate trebuie să se facă de toți cetățenii care realizează venituri, indiferent de sursa acestora. Avem în vedere faptul că la ora actuală bugetul este construit predominant pe contribuțiile salariaților și ale angajatorilor.
 - Cheltuielile aferente pachetului minim efectuate pentru cetățenii neasigurați trebuie suportate de la bugetul de stat.
 - eliminarea evaziunii de la plata asigurării, inclusiv pentru regiile autonome;
 - Asumarea cheltuielilor sociale de sănătate (aferente pacienților care beneficiază de scutiri) de către stat, prin intermediul diferitelor bugete, la nivelul de cost al acestora și nu prin intermediul unei asigurări plătite la nivelul minim al cotizației, așa cum se practică în acest moment;
 - Stabilirea pachetului de bază de servicii medicale luând în considerare costurile de piață ale acestora - ca nivelul de servicii medical ce poate fi asigurat în mod real populației în baza resurselor colectate;
 - Stabilirea standardelor de cost ale serviciilor medicale finanțate prin asigurările sociale de sănătate, la nivelul costurilor reale din „cea mai eficientă unitate sanitară”

b) Introducerea asigurărilor complementare de sănătate (ulterior creșterii finanțării asigurării sociale de sănătate), cu cel puțin următoarele caracteristici:

- o Asigurarea trebuie să fie opțională pentru cetățeni
- o Introducerea unui nivel de deductibilitate de cel puțin 400 euro/anual pentru fiecare cetățean.
- o Încurajarea organismelor non-profit (mutuale) în domeniul asigurărilor complementare, care ar trebui să constituie baza în domeniu.

II. Cheltuirea eficientă a resurselor colectate

Putem vorbi de cheltuire eficientă a resurselor doar în condițiile în care:

- Cunoaștem nivelul resurselor colectate (la acest moment el nu este cunoscut);
- Procesul este unul transparent și construit pe baza clare pentru toți actorii sistemului (la acest moment nu sunt cunoscute/publice sumele colectate și nu există criterii clare pentru alocarea resurselor, sistemul fiind dominat de inechități severe).
 - Sistemul este gestionat de reprezentanții principalilor contribuitori la el, respectiv patronatul și sindicatele (la care se adaugă cei ai societății civile, în condițiile în care se instituie sistemul contribuției în funcție de venit). La ora actuală sistemul cunoaște o dublă subordonare: Ministerul Finanțelor (care-l utilizează ca fond tampon pentru deficitele bugetare) și Ministerul Sănătății.
 - Sistemul asigurărilor sociale de sănătate trebuie să funcționeze autonom, fiind orientat către servirea intereselor celor asigurați.
 - Introducerea standardelor de cost pentru unitățile sanitare aflate în contract cu CNAS
 - Decontarea medicamentelor la nivelul de cost al medicamentelor generice (acolo unde acestea există), pentru a crește nivelul accesibilității serviciilor.

III. Introducerea echității și principiului competenței în funcționarea sistemului

- Instituirea obligației universale pentru toți cetățenii români peste 18 ani de a contribui la sistemul asigurărilor sociale de sănătate proporțional cu venitul realizat, contribuția fiind condiție a calității de asigurat.
 - Orice scutire de la această obligație trebuie instituită doar cu suportarea contribuției de cei care-o instituie, cel puțin la nivelul aferent salariului mediu pe economie. Nu sunt admisibile scutirile pentru cetățenii care au o avere situată peste un anumit prag.
 - Pentru cetățenii care nu realizează venituri contribuțiile la sistem trebuie realizate de la bugetul de stat/bugetele speciale/bugetele locale. În condițiile în care aceste bugete nu achită obligațiile cetățenii nu pot fi considerați asigurați pentru pachetul de bază, fiind însă eligibili pentru pachetul minim de servicii (suportat de la bugetul de stat).

Solicitările Federației „Solidaritatea Sanitară” din România privind proiectele de lege aflate în dezbateră publică

a) Proiectul „legii malpraxisului” - legea despăgubirii pacienților în caz de prejudiciu.

În mod impropriu se vorbește de o lege a malpraxisului sau de o lege a răspunderii civile a personalului medical și a furnizorilor, titlul mai potrivit fiind legea despăgubirii pacienților în caz de prejudiciu.

Nu considerăm oportună o lege a malpraxisului, ci o lege pentru despăgubirea pacienților prejudiciați. Astfel, accentul legii trebuie mutat de pe neglijență pe despăgubirea prejudiciilor. Analiza comparativă între sistemul malpraxis și sistemul despăgubirii pentru prejudicii relevă următoarele:

Sistemul malpraxis	Sistemul despăgubirilor pentru prejudicii
<p>o Are la bază neglijența personalului medical și furnizorilor de servicii medicale ca punct de raportare pentru stabilirea existenței sau absenței unui prejudiciu. Altfel spus, se consideră că există un prejudiciu doar atâta timp cât poate fi dovedi neglijența.</p> <p>o Pentru a dovedi neglijența raportarea se face la standardele profesionale de comportament. Dacă cel acuzat (medic, asistentă, spital) demonstrează că a respectat standardele cel puțin la nivelul minim al acestora, este infirmată neglijența.</p> <p>o Procedura de despăgubire are predominant un caracter litigios, părțile aflate în litigiu fiind pacientul prejudiciat și salariatul/furnizorul acuzat. Litigiile pot include o încercare inițială de mediere. Esențial este însă faptul că litigiile sunt tranșate de instanțele de judecată, care stabilesc dacă este vorba de o neglijență, dacă pacientul a fost prejudiciat prin această neglijență și care este nivelul despăgubirii.</p> <p>o Finanțarea sistemului malpraxis este realizată în special de personalul medical, prin intermediul asigurărilor de malpraxis.</p> <p>o Una din formele de apărare ale personalului medical o constituie practicare medicinei defensive, care determină o creștere considerabilă a costurilor serviciilor medicale și o scădere corelativă a calității acestora.</p> <p>o Despăgubirile sunt acordate doar pacienților care acționează în instanță, adică celor care au resursele necesare pentru un demers costisitor.</p> <p>o Numărul pacienților despăgubiți este relativ mic raportat la totalul celor prejudiciați, însă cu valori mari ale despăgubirilor.</p>	<p>o Are la bază existența unui prejudiciu al pacientului.</p> <p>o Pentru stabilirea prejudiciului raportarea se face la standardele de tratament. Standardele de tratament se stabilesc prin regula celui mai bun specialist: cum ar fi fost tratat pacientul de cel mai bun specialist din domeniu.</p> <p>o Procedura de despăgubire are predominant un caracter administrativ, instanța de judecată având cel mult un rol de recurs în caz de nemulțumire a pacientului. Altfel spus, plângerile sunt soluționate de două comisii administrative: una care joacă rol de primă instanță și cealaltă rolul de instanță de apel.</p> <p>o Numărul pacienților despăgubiți este mare, însă pe fondul unei plafonări a nivelului despăgubirilor acordate pentru prejudiciile nepatrimoniale.</p> <p>o Finanțarea sistemului de despăgubire este realizată de multiplele instituții și organizații implicate în sistemul sanitar prin intermediul unor societăți de asigurări. Contribuția financiară a salariaților este mult mai redusă.</p>

<p>o Acest model nu ia în considerare culpa sistemului, fapt ce are două consecințe:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pacienții tind să demonstreze că este vorba de neglijența personalului medical când sunt prejudiciați, în felul acesta personalul riscând să fie considerat și atunci când prejudiciul derivă din modul de funcționare a sistemului.- Dacă personalul medical demonstrează că nu a fost vorba de neglijență, dar pacientul a fost prejudiciat, ultimul nu este despăgubit.	
--	--

Analiza comparativă arată în mod clar avantajele pentru pacient și personalul medical ale sistemului despăgubirii pentru prejudicii:

- Raportarea se face la cele mai înalte standarde de tratament. Altfel spus, statul, prin intermediul tuturor instituțiilor și organizațiilor din sistemul sanitar, garantează pacienților cel mai bun tratament posibil la un moment dat, abaterile de la standarde fiind prezumate ca aducând prejudicii pacientului. În sistemul malpraxis, raportarea se face doar la standardele minime de comportament profesional. Nu are importanță dacă a fost sau nu vorba de neglijență, fiind suficientă demonstrarea prejudiciului.
- Salariații nu sunt agresați de solicitările de despăgubiri ale pacienților, deseori ei putând chiar să-i sprijine în rezolvarea solicitărilor acestora de despăgubire. Pe acest fond sunt evitate: deteriorarea relației dintre personalul medical și pacient și apariția medicinei defensive.
- Contribuția personalului medical la finanțarea sistemului fiind minimă, este evident că nu-i este afectat nivelul veniturilor.

Proiectul de lege nu este conform intențiilor și prevederilor Directivei nr. 24/2011. Astfel, intenția Directivei este de a crea mecanismele de intervenție în cazul unui prejudiciu rezultat în urma asistenței medicale, respectiv mecanisme pentru protecția pacienților și pentru repararea daunelor în cazul unui prejudiciu și că aceste mecanisme sunt adecvate naturii și amplitudinii riscului. Ori, după cum putem constata, proiectul de lege este constituit pe principiul neglijenței în loc să fie așezat pe principiul despăgubirii în caz de prejudiciu. Suplimentar, proiectul de lege nu preia obligații de informare a pacienților prevăzute de Directivă.

Costurile de funcționare a sistemului de despăgubiri în caz de prejudiciu nu trebuie așezate doar pe umerii salariaților, și așa pauperizați. Așezarea proiectului de lege pe principiul neglijenței și amplexarea care este acordată acestuia va avea acest rezultat nefast.

Proiectul de lege necesită îmbunătățiri, în acord cu realitățile sistemului și cu strategia statelor occidentale în domeniu. În acest sens menționăm doar câteva din probleme:

- Principala deficiență o constituie centrarea lui pe ideea culpei salariaților, răspunderea unității și a sistemului având un caracter secundar.
- Formele de răspundere solidară în situații în care competențele celor implicați nu justifică acest lucru reprezintă o altă problemă de soluționat în cadrul acestui proiect. Este în special cazul asistenților medicali care au statutul de salariați, libertatea acestora de exercitare a profesiei fiind cu mult depășită de amplexarea subordonării ierarhice ce derivă din calitatea lor de salariați, inclusiv în

cea ce privește actul medical. Motiv pentru care răspunderea ar trebui să fie proporțională cu competența și cu atribuțiile acordate de către angajator și șefii ierarhici.

- Pentru clarificarea situației juridice trebuie făcută diferența între situațiile în care profesiile medicale sunt exercitate în mod liberal, având competențe sporite în ceea ce privește decizia, și cele în care profesioniștii sunt în situații de subordonare ierarhică, raporturile cu pacienții fiind mult mai constrângătoare.

- Astfel cum va fi construit, precum și ca un efect al aplicării Directivei UE nr. 24/2011, sistemul de asigurări de malpraxis va genera suplimentarea semnificativă a cheltuielilor profesionale obligatorii ale salariaților din sistemul sanitar, printr-o primă de asigurare substanțial mai mare față de cea plătită în prezent, ceea ce înseamnă implicit o reducere a veniturilor salariaților. Din acest punct de vedere, procentul de acoperire a primei de asigurare de către unitatea sanitară, pe care Ministerul Sănătății și l-a asumat în această lege, trebuie să acopere cel puțin nivelul cu care va crește costul asigurării de malpraxis. Apare, de asemenea, un risc disproporționat față de câștig în exercitarea profesiei, cu un puternic efect inhibitor asupra intrărilor în sistem. Suplimentar, efectul inhibitor va acționa și asupra comportamentului profesional, dând naștere medicinei defensive, el fiind puternic potențat de condițiile improprii de exercitare a profesiei.

Pentru documentarea întregii situații Federația „Solidaritatea Sanitară” din România a înaintat Ministerului Sănătății draftul unui studiu pe tema malpraxisului, ale cărui concluzii sunt coerente cu solicitările noastre.

b) Proiectul pilot de salarizare în funcție de performanță

- Susținem salarizarea în funcție de performanță, însă numai în forma ce reiese din toate observațiile noastre transmise anterior Ministerului Sănătății și cu condiția ca proiectul de lege să conțină aceste solicitări.

- Având în vedere și opțiunile salariaților, solicităm o lege de salarizare a angajaților din sănătate, separat de legea de salarizare a bugetarilor. Această inițiativă este de altfel coerentă cu proiectul de lege privind statutul spitalelor, care scoate unitățile sanitare din categoria bugetarilor.

Acceptarea unui proiect de lege ce privește salarizarea în funcție de performanță este condiționată de următoarele:

- Categoriile de salariați cărora li se aplică proiectul de lege. Solicităm ca acest proiect de lege să se aplice tuturor categoriilor de salariați. Constatăm cu tristețe că deși la o întâlnire anterioară Ministrul Sănătății a fost de acord ca aceasta să se aplice cel puțin echipei medicale, ulterior a adoptat o altă poziție, riscând anularea încrederii necesare între partenerii sociali.

- Necesitatea existenței unor „salarii minime în sectorul sanitar” ca punct de pornire în cadrul noii construcții. Nivelul de referință al „saliilor minime din sănătate”, trebuie să fie „salariul actual”, adică, după caz,:

- Salariul corespunzător categoriei și treptei profesionale (deci nu salariul individuale) - în situațiile în care ne raportăm la salariile din acest moment ca fiind „salariile actuale”

- Salariul corespunzător grilei din legea nr. 284/2010 aplicabilă - în situația în care aplicarea proiectului pilot se face de la 01 ianuarie 2014, grila din legea 284/2010 devine aplicabilă și aplicarea ei conduce la un salariul mai avantajos.

Altfel spus, prin „salariul actual” se înțelege cel mai avantajos salariul pentru angajat în vigoare la data implementării proiectului de lege (2013 sau 2014), respectiv a noii legi de salarizare din sănătate, care se va fundamenta pe acest proiect pilot.

Considerăm că în nici una din variante nu trebuie să se ajungă la scăderea salariilor față de nivelul actual pentru niciunul din salariați.

- Procedura de evaluare a salariaților. În cadrul dezbaterilor desfășurate în cadrul grupului de lucru la propunerea noastră părțile au căzut de acord asupra unei componente esențiale a sistemului de evaluare, care va crește în mod semnificativ obiectivitatea evaluării, respectiv evaluarea multi-focală, care presupune construirea evaluării pe cel puțin trei poli independenți, rezultatul evaluării constituindu-l media evaluărilor fiecăruia dintre acești. Polii de evaluare stabiliți sunt următorii:

- Șeful ierarhic, specific fiecărei categorii profesionale
- Serviciul de Resurse umane (împreună cu organismele profesionale - acolo unde este cazul)

- Evaluarea din partea colegilor - selectați aleatoriu.

În acest sens solicităm ca această procedură să se regăsească întocmai în proiectul de lege, ea urmând a fi detaliată în cadrul Normelor de aplicare.

De asemenea, proiectul trebuie să conțină și restul propunerilor pe care Federația „Solidaritatea Sanitară” din România vi le-a înaintat pe această temă.

c) Proiect de lege privind statutul spitalelor

Sușinim acest proiect de lege cu următoarele condiții:

- noul statut al spitalelor trebuie să aibă ca efect scoaterea acestor unități sanitare din zona intereselor politicianiste;

- se va crea cadrul legal pentru scoaterea salariaților din categoria bugetarilor, având ca efect creșterea salariilor minime din sănătate și posibilitatea creșterii salariilor în funcție de performanță;

- regula în domeniul angajărilor o va reprezenta contractul individual de muncă;

- acestor unități de interes public le vor fi aplicabile reglementările sectoriale în domeniu: normativele de personal, contractele colective de muncă la nivel de grup de unități și la nivel de sector etc.

Președinte,
Rotilă Viorel