

FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA



Membră a CNS „Cartel Alfa”,
afiliată la EUROFEDOP
Site: www.solidaritatea-sanitara.ro

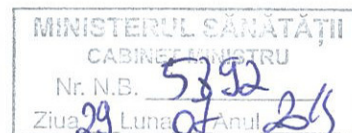
E-mail: solidaritateasanitara@yahoo.fr

București, Splaiul Independenței
nr.202 A, etaj 3, cam.36
Telefon: 0721246491
0336/106.365
Fax: 0336/109.281



Către:

Ministerul Sănătății
D-lui Nicolae Băncicioiu, Ministru



Având în vedere dezbateră publică, având ca termen data de 25 august 2014, asupra Hotărârii de Guvern privind aprobarea Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020 și a Planului de acțiuni pe perioada 2014-2020 pentru implementarea Strategiei naționale, Federația "Solidaritatea Sanitară" din România vă înainteză propunerile și observațiile noastre asupra actului normativ, participarea și susținerea Ministerului Sănătății în elaborarea actelor normative reprezentând o constantă în activitatea noastră, ca parte a strategiei organizației.

Menționăm, de asemenea, că primul set de propuneri asupra strategiei a fost înaintat dvs. de Federația "Solidaritatea Sanitară" din România, fiind înregistrat cu nr. N.B. 5669/22.07.2014, propuneri ce au fost discutate în cadrul Comisiei de dialog social desfășurată în data de 22 iulie 2014.

Întrucât observațiile și propunerile noastre sunt centrate atât pe principalele probleme ale salariaților cât și ale pacienților, urmărind ca principale scopuri *creșterea calității vieții profesionale a salariaților din sănătate și creșterea calității serviciilor medicale acordate pacienților*, Federația "Solidaritatea Sanitară" din România vă solicită introducerea acestora în cadrul strategiei.

Cu deosebită stimă,

Președinte,
Rotilă Viorel



Propunerile Federației „Solidaritatea Sanitară” din România

la

Strategia Națională de Sănătate 2014-2020

29.07.2014

Cuprins

Argument.....	3
Variabilele și indicatori care influențează funcționarea sistemului	4
Influența contextului european și adecvarea la normele Uniunii Europene	6
Impactul Directivei 24/2011	6
OBIECTIVELE STRATEGICE	14
OG 1 Aderarea la Rețelele Europene de Referință	14
OG 2 Creșterea calității și siguranței serviciilor medicale	15
OS 2.1 Introducerea sistemului despăgubirii pacienților pentru prejudicii	16
OS. 2.2 Introducerea ghidurilor clinice	22
OS 2.3 Introducerea standardelor de calitate și siguranța	22
OS 2.3 Înființarea Centrului pentru Calitatea și Siguranța Serviciilor Medicale	24
OG. 3 Reforma finanțării sistemului sanitar	25
O S 3.1 Creșterea încasărilor la Sănătate constituie una din măsurile prioritare pentru reforma sistemului sanitar	31
OS 3.2 Introducerea și operaționalizarea pachetului de bază și a pachetului minim de servicii medicale	32
OS 3.3 Introducerea asigurărilor complementare	33
O S 3.3 Creșterea nivelului de decontare a serviciilor medicale către spitale	35
Aria Strategică 4. Resursa umană	38
O. G. 4: O resursă umană pregătită și bine motivată, care să furnizeze serviciile medicale necesare populației și un nivel de calitate al serviciilor medicale la standarde europene	38
OS 4.1 Asigurarea armonizării nivelului de calificare a profesioniștilor din sănătate în conformitate cu prevederile Directivei U.E. nr. 36/2005 privind recunoașterea calificărilor profesionale.....	38
OS 4.2 Dezvoltarea formării profesionale continue și creșterea impactului acesteia asupra calității serviciilor medicale	40
OS 4.3 Implementarea unei strategii privind informarea, orientarea și consilierea profesională a salariaților	49
OG 5 Implementarea unei politici de asigurare a resurselor umane în sănătate la nivelul de pregătire și motivare necesar asigurării unor servicii medicale de înaltă calitate	51
OS 5.1 Creșterea salariilor și introducerea salarizării în funcție de performanță	51
OG 6 Creșterea calității vieții profesionale pentru a determina creșterea calității serviciilor medicale	55
OS 6.1 Studii și analize pentru identificarea factorilor calității vieții profesionale	55
OS 6.2 Calitatea și siguranța serviciilor medicale – o prioritate pentru profesioniștii din sănătate	55
OS 7.5 Gărzile medicilor constituie timp de lucru	56

Argument

Pornind de la constatarea faptului că principala problemă a sistemului sanitar o constituie deficitul financiar, adică lipsa fondurilor necesare pentru a trata în mod onorabil cetățenii, strategia propusă abordează în primul rând soluțiile de finanțare a sistemului, în special prin îmbunătățirea finanțării **sistemului de asigurări sociale de sănătate** dar și prin **creșterea ponderii asigurărilor private de sănătate în finanțarea sistemului**. Astfel, propunerile se concentrează pe creșterea gradului de colectare a contribuțiilor la fondul asigurărilor sociale de sănătate, analizarea necesității creșterii cuantumului contribuțiilor, finanțarea din alte fonduri a scutiților de la plata contribuției, soluții de atragere a unor resurse suplimentare. De asemenea, propunerile sunt orientate pe tema principiilor de organizare a sistemului de asigurări sociale de sănătate, militând în special pentru menținerea principiilor contributivității, solidarității și obligativității, reasezate însă pe baze mai echitabile astfel încât să se ajungă la eliminarea unora din inechitățile existente în acest sistem. Remedierea unora din problemele sistemului de asigurări sociale de sănătate, inclusiv cele legate de administrarea acestuia și de intervenția nefastă a politicului în funcționarea lui, este și ea tratată.

Un punct important al propunerilor îl constituie necesitatea și condițiile stabilirii **pachetului de bază de servicii medicale**, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, și a pericolelor pe care le aduce cu sine acesta în lipsa unei finanțări corespunzătoare a sistemului public. Din punctul nostru de vedere, pachetul de bază constituie piatra unghiulară a unui sistem mixt de asigurări de sănătate, public și privat, el creând posibilitatea introducerii asigurărilor complementare de sănătate, adică completarea sistemului public, de asigurări sociale de sănătate, cu cel privat. Totodată, considerăm necesară menținerea și redefinirea **pachetului minim de servicii medicale**, acesta reprezentând acele îngrijiri de care poate beneficia orice cetățean, indiferent dacă este sau nu asigurat.

În ceea ce privește **spitalele** este necesară creșterea gradului de autonomie a spitalelor publice (inclusiv față de politic) prin scoaterea lor din regimul bugetar, în condițiile în care ele sunt finanțate pe baza serviciilor medicale prestate, introducerea unui management performant, inclusiv prin intermediul managementului privat, finanțarea spitalelor la costurile de piață ale medicamentelor, materialelor sanitare și forței de muncă, necesitatea ca spitalele să devină exclusiv furnizori de servicii medicale. În ansamblul strategiei este luată în considerare privatizarea unora din spitale publice, însă cu câteva condiții esențiale: conservarea unei linii de spitale publice, cu rol strategic (ex. spitalele județene, unele spitale de mono-specialitate), privatizarea să se facă predominant non-profit, la procesul de privatizare putând participa și angajații, privatizarea să se facă cu respectarea atât a intereselor pacienților (distribuție regională, admisibilitate etc.) cât și al salariaților (grila de salarizare să aibă caracter minim, respectarea normativelor de personal etc.), diminuarea riscurilor privatizărilor falimentare.

Strategia are la bază premisa că orice abordare de acest tip trebuie să conțină un capitol distinct privitor la **resursa umană/salariații din sistemul sanitar**, aici propunerile concentrându-se în special pe următoarele puncte: scoaterea salariaților unităților sanitare care au contract cu Casele de asigurări din categoria bugetarilor și salarizarea personalului în funcție de competență, performanță și la nivele comparabile pe piața muncii din UE; privatizarea unora din unitățile sanitare trebuie să aibă ca efect salarizare în funcție de competență și la nivelul muncii prestate; în unitățile sanitare privatizate grila de salarizare a personalului din sectorul public trebuie să aibă caracter de salariu minim pe profesii, grade și trepte corespunzătoare. Sistemul de salarizare atât în mediul public cât și în cel privat trebuie să fie așezat pe criterii de performanță și caracterizat de echitate atât între diferitele categorii de salariați din sistem cât și raportat la nivelul de salarizare din alte sisteme.

Per ansamblu, considerăm că **paradigma în care s-a încercat rezolvarea problemelor sistemului sanitar a fost greșit, necesitând remediere.** Astfel:

Nu: *cât de multe cazuri putem trata cu banii pe care-i avem, reducând cât putem cantitatea și calitatea serviciilor medicale, (inclusiv pe cele inutile)*

Ci:

cât de mulți bani putem strânge pentru finanțarea sistemului sanitar (prima necunoscută) și cât de mulți pacienți putem trata cu toți banii pe care-i putem strânge și la ce nivel al tratamentului, completată cu următoarele condiții:

- crescând calitatea serviciile medicale acordate pacienților;
- reducând în limite rezonabile cantitatea serviciilor medicale acordate în spitale;
- crescând cantitatea și calitate serviciilor medicale acordate de către medicina primară, inclusiv pre-spitalizare și post-spitalizare;
- responsabilizând suplimentar cetățenii pentru propria lor sănătate
- reducând la maximum posibil pierderile financiare ale sistemului gestionate în mare parte politic.

Variabilele și indicatori care influențează funcționarea sistemului

Fără o identificare atentă a tuturor variabilelor care influențează funcționarea sistemului și fără stabilirea relațiilor dintre acestea riscăm să asistăm la construcții pur teoretice, al căror impact nu poate fi estimat într-o măsură rezonabilă.

a) Variabile importante

- Starea de sănătate a populației
- Speranța de viață a populației pe categorii de vârstă.

Personalul:

- Migrația personalului medical^[1] afectează:
 - Numărul de salariați
 - Tabloul competențelor
- Mentalitatea profesională a personalului
- Funcționarea (și funcționabilitatea) structurilor de control
- Armonizarea vieții profesionale cu viața de familie (mai ales în cazul femeilor)^[2]
- Distribuția pe grupe de vârstă (în special din perspectiva ieșirii de pe piața muncii, combinată cu migrația)
- Nivelul de motivare prin
 - Salariu
 - Status
 - Este relevant pentru:
 - Atracția exercitată de profesiile medicale
 - Menținerea în sistem
 - Calitatea serviciilor prestate

Variabile care influențează atitudinea și așteptările populației:

- *Așteptările populației* sunt influențate de
 - nivelul perceptut al serviciilor medicale de care ar putea beneficia
 - Orizontul ideologic de așteptare (conturat îndeosebi de presiunile politice)^[3]
 - Inovațiile tehnologice.

Variabile cantitative

- Numărul de servicii medicale acordate populației.
- Cererea de servicii medicale^[4]

Variabile calitative:

- Calitatea serviciilor medicale
- Timpul de așteptare^[5]
- Durata de spitalizare
- Gradul de confort

Note:

Atât variabile cantitative cât și cele calitative se traduc atât în creșterea calității vieții cetățenilor cât și în creșterea speranței de viață.

^[1] Este nevoie de construirea unor sisteme de monitorizare a efectelor migrației.

^[2] Un domeniu profund afectat de lipsa de personal, efectele urmând a fi vizibile în următorii ani.

^[3] A se vedea impactul sloganului *sănătatea este gratuită* asupra funcționării sistemului, el modelând așteptările pacienților, atitudinea lor și a aparținătorilor, temerile managerilor și ale salariaților etc.

^[4] Indicatorul ia în considerare și *cererea indusă de servicii medicale*.

^[5] În România prin timp de așteptare se înțelege în general perioada de așteptare corelativă accesului la un specialist, fiind cuasi-nul timpul de așteptare în camerele de gardă. Însă acest timp de așteptare este cumva mascat de preluarea rapidă dublată însă de durata mare a investigațiilor corelative stabilirii unui diagnostic (ea fiind vizibilă, printre altele, în durata mare de spitalizare).

b) Indicatori relevanți

Indicatorul fundamental în privința analizei sistemului de finanțare a sistemului sanitar îl constituie **cheltuielile pentru sănătate pe cap de locuitor**. El indică, simultan, efortul financiar depus de societate în această direcție, capacitatea de-a acorda servicii medicale populației (combinat cu costul forței de muncă). Acest indicator are două dimensiuni, care dau seama de două modalități diferite sau complementare de finanțare:

- Cheltuielile publice pentru sănătate
- Cheltuielile private pentru sănătate.

Opțiunea privitoare la atitudinea față de cele două domenii este una esențială pentru orice strategie de reformă. Ponderea pe care o dețin fiecare din aceste cheltuieli indică:

- Grija statului pentru sănătatea propriilor cetățeni ;
- Nivelul de încredere al statului în grija cetățenilor față de propria sănătate;
- Gradul de omogenitate al societății din perspectiva veniturilor (cheltuielile publice pentru sănătate instituie principiul solidarității). Cu cât diferențele în ceea ce privește nivelul veniturilor sunt mai mari cu atât aplicarea principiului solidarității este mai necesar, dacă se dorește asigurarea dreptului la sănătate (în forma sa gratuită) sau menținerea sănătății în sfera serviciilor sociale.

Aceste aspecte indică faptul că balanța poate fi lesne înclinată de opțiunile politice:

- Adepții statului social (social-democrației) au o opțiune ideologică clară pentru o pondere foarte mare a cheltuielilor publice pentru sănătate.
- Adepții neoliberalismului optează pentru o pondere foarte mare a cheltuielilor private de sănătate, această opțiune exprimând două idei esențiale:
 - Libertatea cetățeanului de a-și decide soarta;
 - Libertatea sectorului privat de a-și extinde activitatea și în acest domeniu prin intermediul asigurărilor și al unităților private de sănătate.

Volumul cheltuielilor private de sănătate depinde de o serie de variabile cum ar fi:

- Disponibilitatea populației de plată
- Posibilitățile financiare ale populației
- Modul de funcționare al sistemului public. Funcționarea defectuoasă a acestuia poate forța o creștere a cheltuielilor private pentru sănătate, limitând astfel posibilitățile de a le interpreta prin prisma *disponibilității de plată*.

Având în vedere prevederile Constituției și faptul că suntem membri ai unei Uniuni Europene ce pune un mare accent pe dimensiunea socială, este evident că strategia pentru sănătate include o importantă componentă socială.

Influența contextului european și adecvarea la normele Uniunii Europene

Impactul Directivei 24/2011

Acest capitol analizează prevederile Directivei nr. 24/2011 din perspectiva impactului estimat al acesteia asupra sistemului sanitar românesc în ansamblul său, vizând inclusiv măsurile de reformă ce ar trebui adoptate.

Dimensiunea socială a sănătății

Uniunea Europeană include sistemele de sănătate în cadrul mai larg al sistemelor de protecție socială. Reforma sistemului sanitar va trebui să țină cont de acest aspect, asigurând cel puțin un nivel minim de protecție socială. Din perspectiva U. E. constituie principii obligatorii de funcționare a sistemului de asigurări sociale de sănătate/sistemului social de sănătate:

- universalitatea
- solidaritatea
- echitatea
- accesul la îngrijiri de bună calitate.

În conformitate cu spiritul Directivei, sistemul sanitar trebuie să aibă cel puțin o componentă socială. Această cerință poate fi îndeplinită prin intermediul menținerii sistemului asigurărilor sociale de sănătate (de preferat) sau prin introducerea componentei bazale a sănătății în sistemul social. De asemenea, menținerea infrastructurii sanitare face și ea parte din dimensiunea socială necesară, fapt care conduce inevitabil la concluzia menținerii unui număr suficient de unități sanitare publice. Chiar dacă forțând întrucâtva interpretarea textelor legale, am putea spune că dimensiunea socială a sistemului sanitar face parte din aquis-ul comunitar.

Nivelul dimensiunii sociale a sistemului de sănătate din România ar trebui să fie unul comparabil cu ceea ce se întâmplă în majoritatea statelor membre U.E.. Motivul îl reprezintă atât posibilitatea unei integrări

armonioase din perspectiva Directivei cât și necesitatea includerii țării noastre în viziunea socială a Uniunii.

După cum vom vedea, calitatea serviciilor medicale constituie una din valorile fundamentale ale Directivei. Dimensiunea socială a unui sistem de sănătate este însă în competiție cu calitatea serviciilor medicale în ceea ce privește resursele necesare, cele două imperative putând fi satisfăcute numai în condițiile unor resurse suficiente. Motiv pentru care resursele financiare și umane constituie cea mai importantă variabilă cu care operează Directiva, chiar dacă n-o rostește ca atare.

Obiectivele directivei

Principalul obiectiv al Directivei nr. 24/2011 este acela de *a permite libertatea de a furniza servicii medicale pentru pacienți*, textul acesteia concentrându-se pe *înlăturarea obstacolelor nejustificate din calea acestei libertăți fundamentale în cadrul statului membru de afiliere al pacientului*. Cu alte cuvinte, directiva este fundamentată pe libera circulație a serviciilor în interiorului Uniunii Europene.

Astfel, Directiva asumă crearea cadrului legal pentru:

- Mobilitatea pacienților;
- Accesul la asistență medicală transfrontalieră;
- Servicii medicale sigure și de calitate;
- Promovarea cooperării între statele membre în domeniul asistenței medicale.

Libertatea de circulație a pacienților

Textul Directivei evidențiază totuși două mari limite în calea libertății de circulație a pacienților:

- dreptul statului membru de afiliere la limitarea rambursării asistenței medicale transfrontaliere** pentru anumite motive, respectiv:
 - a. asigurarea calității și siguranța serviciilor medicale naționale;
 - b. motive imperative de interes general.
- dreptul statului membru de a limita accesul cetățenilor altor state UE la propriul sistem de sănătate** pentru următoarele motive imperative de interes general:
 - a. planificarea care asigură acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de servicii de calitate;
 - b. controlul costurilor;
 - c. asigurarea serviciilor medicale echilibrate și accesibile tuturor;
 - d. menținerea capacității de tratament.

Ce trebuie să facă un stat membru

Fiecare stat membru trebuie să transpună prevederile Directivei în legislația națională până la data de 25 octombrie 2013.

La o primă lectură am putea spune că, în contextul cadrului juridic creat de Directiva nr. 24/2011, statul român trebuie să acționeze, în cadrul procesului de transpunere a prevederilor directivei în legislația națională, în două direcții:

- Stabilirea condițiilor de acces pentru cetățenii din alte state membre la serviciile medicale acordate pe teritoriul său;
- Stabilirea condițiilor în care admite rambursarea costurilor medicale pentru serviciile medicale de care beneficiază cetățenii români în alte state, prin intermediul instituției *autorizației prealabile*;

Impactul Directivei este însă cu mult mai mare, fiind necesare o serie întreagă de modificări ce fac parte din ceea ce a constituit marota celor care au gestionat Sănătatea în ultimele două decenii: reforma

sistemului sanitar. Într-o formă rezumativă putem spune că Directiva pune o presiune deosebită pe statul român în special în următoarele direcții:

- Decontarea serviciilor medicale pentru românii care se tratează în străinătate;
- Crearea procedurilor specifice autorizării prelabile;
- Asigurarea unui standard de calitate a serviciilor medicale;
- Crearea sistemului de informare a pacienților;
- Existența unui sistem funcțional de asigurări de malpraxis;
- Crearea unui sistem de informare a pacienților conform standardelor europene;
- Asigurarea coerenței dintre măsurile de reformă și principiile de funcționare ale unui sistem de sănătate enunțate în Directivă.

Rambursarea costurilor serviciilor medicale

Rambursarea costurilor pentru serviciile medicale de care un pacient a beneficiat într-un alt stat membru este guvernată de câteva reguli generale:

- Rambursarea presupune faptul că un pacient care se tratează într-un alt stat membru își suportă mai întâi costurile serviciilor medicale și apoi solicită rambursarea acestora în statul membru de afiliere.
- Rambursarea se face la nivelul la care pacientul are dreptul în statul membru de afiliere și doar pentru serviciile medicale la care acesta are dreptul în cadrul propriului sistem social de sănătate/sistem de asigurări sociale de sănătate.
- Pentru o bună parte din cazuri rambursarea este condiționată de obținerea unei autorizații prelabile pentru a efectua tratamentul în alt stat membru, autorizație dată de statul membru de afiliere.
- Rambursarea se poate face cel mult până la nivelul costurilor efective ale serviciilor medicale.
- În statele care decid introducerea autorizației prelabile rambursarea se face numai cu condiția obținerii acesteia.

Deoarece rambursarea sumelor aferente tratamentului în alt stat membru al U.E. se face la nivelul costurilor din țara de origine, avantajul financiar rezultat din diferența de costuri poate deveni un scop, determinând dezvoltarea unor acțiuni specifice. În acest sens sunt două situații posibile:

- a. Nivelul de decontare al serviciilor medicale din statul membru de afiliere este mai mic decât cel din statul în care pacientul s-a tratat – pacientul suportă diferența de preț;
- b. Nivelul de decontare al serviciilor medicale din statul membru de afiliere este mai mare decât cel din statul în care pacientul s-a tratat – statul membru de afiliere rambursează costurile medicale la nivelul la care acestea au fost facturate, adică la un nivel mai mic decât l-ar costa același tratament efectuat de propriul sistem de sănătate. Această variantă este evident avantajoasă pentru statul membru de afiliere, acesta putând dezvolta o politică orientată către „exportul de pacienți” ce poate merge până la eliminarea autorizării prelabile și chiar până la stimularea migrației propriilor pacienți.

Autorizarea prelabilă

Dacă statul membru de afiliere decide introducerea autorizării prelabile, pentru ca un pacient dintr-un stat membru de afiliere să poată beneficia de rambursarea costurilor serviciilor medicale de care beneficiază într-un alt stat membru este nevoie ca el să aibă o autorizare prelabilă pentru asta.

În ceea ce privește introducerea autorizării prelabile trebuie reținute următoarele:

- introducerea autorizării prealabile este o posibilitate a statelor membre (*per a contrario*, ar însemna că nu este o obligația a acestora);
- autorizarea prealabilă este o cerință necesară și rezonabilă (ceea ce anulează caracterul de posibilitate, transformând autorizarea prealabilă într-un instrument necesar):
- necesitatea autorizării prealabile este fundamentată în special:
 - pe nevoia de planificare a sistemelor de sănătate;
 - pe necesitatea de a controla costurile;
 - pe nevoia de a preveni în limitele posibilului risipa de resurse financiare, tehnice și umane.
- nevoia de planificare este bazată pe necesitatea ca sistemele de sănătate să asigure un acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente spitalicești de înaltă calitate în statul membru vizat.

Condițiile pe care trebuie să le îndeplinească statul membru:

- să creeze o întreagă procedură (sau sistem) în cadrul căreia/căruia:
- să identifice asistența medicală care necesită autorizare prealabilă în contextul sistemului propriu,
 - în conformitate cu criteriile definite de directivă;
 - având în vedere jurisprudența Curții de Justiție.
- să pună la dispoziția publicului, anticipat, informațiile cu privire la asistența medicală care necesită autorizare prealabilă.

Atât pentru accesarea serviciilor medicale naționale cât și a celor dintr-un alt stat membru este necesară stabilirea unor criterii care stau la baza autorizării prealabile pe baza cărora trebuie luate deciziile pentru fiecare din pacienți. Criteriile utilizate trebuie:

- să fie aplicate în mod obiectiv, transparent și nediscriminatoriu;
- să fie cunoscute în prealabil;
- să se bazeze în primul rând pe circumstanțele medicale;
- să nu impună sarcini suplimentare pacienților care doresc să beneficieze de asistență medicală într-un alt stat membru în comparație cu pacienții tratați în statul membru de afiliere al acestora;
- deciziile să fie luate cu celeritate.

De asemenea, criteriile pentru acordarea sau refuzul autorizării prealabile ar trebui să se limiteze la **ceea ce este necesar și proporțional** din perspectiva motivelor imperative de interes general.

Având în vedere atât condiționările cât și limitările, **considerăm necesare două demersuri în momentul transunerii prevederilor Directivei în legislația națională:**

- a. Introducerea unei proceduri naționale de stabilire a condițiilor de acces la serviciile medicale care să includă:
 - mecanismele de stabilire a condițiilor necesare;
 - asigurarea proporționalității dintre restricții și obiectivul urmărit (ceea ce înseamnă că pentru fiecare restricție trebuie indicat obiectivul care-i corespunde);
 - crearea criteriilor clare de decizie și a unor instanțe ierarhice de decizie și soluționare a contestațiilor (pentru a elimina riscul comportamentului discreționar);
 - evitarea situațiilor de discriminare.
- b. Preluarea procedurii naționale ca parte a procedurii autorizării prealabile pentru cererile de servicii medicale acordate într-un alt stat membru.

În situațiile în care statul membru de reședință refuză autorizarea prealabilă pe motivul impactului financiar, considerăm că acest gest are două consecințe:

- Statului îi revine sarcina probei;

- Se pune problema modalității în care drepturile cetățenilor sunt respectate având în vedere că:
 - Cetățeanul trebuie să aibă acces la un serviciu inclus în listă/garantat în funcție de nevoile sale;
 - Cetățeanului nu-i sunt opozabile disfuncționalitățile sistemului sau strategiile de imagine de tipul dreptului la un pachet de servicii medicale care nu poate fi asigurat în mod practic.

Mecanismul birocratic esențial prin intermediul căruia statul poate încerca un grad ridicat de control în ceea ce privește circulația/migrația pacienților proprii îl constituie *autorizarea prealabilă*. Având în vedere faptul că autorizația prealabilă poate fi refuzată numai dacă un tratament echivalent din perspectiva eficienței poate fi obținut în România fără o întârziere semnificativă, într-o unitate sanitară ce are încheiat un contract cu sistemul de asigurări sociale de sănătate, este evident că efortul de adaptare la efectele anticipate ale acestei Directive trebuie să se concentreze pe demersul privitor la calitatea serviciilor medicale, acesta surclasând în eficiență eventualele bariere birocratice. Mai mult chiar, concentrarea demersurilor pe autorizarea prealabilă, fără a reforma sistemul din perspectiva Directivei, riscă să genereze semnificative efecte negative, determinând agravarea condițiilor de acordare a serviciilor medicale. După cum putem observa, „călcâiul lui Ahile” în cazul autorizării prealabile îl constituie obligația statului de-a asigura ***existența unui tratament cu același rezultat în timp util*** în țara de origine. Introducerea autorizării prealabile aduce cu sine asumarea unor condiții obligatorii de calitate a serviciilor medicale. Altfel spus, principalul demers ce trebuie întreprins de statul român îl constituie unul privitor la creșterea calității serviciilor medicale (spitalicești și nespitalicești), acesta fiind de fapt direcția esențială a reformei din sănătate.

O variabilă esențială care influențează această situație o constituie **nivelul de decontare al serviciilor medicale**: cu cât nivelul de decontare este mai apropiat de prețurile de piață cu atât costurile suportate de cetățeanul-pacient care accesează servicii medicale dintr-un alt stat sunt mai mici (luând în considerare pachete de servicii medicale de bază echivalente). Această variabilă este la rândul ei influențată de altă două variabile: costul medicamentelor și al materialelor sanitare și costul forței de muncă (specialiștilor), ambele fiind componentele definitorii ale costului final al serviciilor medicale. Cum costurile medicamentelor și materialelor sanitare tind să fie echivalente, diferențele esențiale ajung să fie stabilite de variațiile semnificative în ceea ce privește costul forței de muncă, adică de nivelul de salarizare din sectorul sanitar. Din acest punct de vedere, raportat la un cetățean-pacient român care dorește să se trateze într-un alt stat, el ajunge să fie dezavantajat de salariile mult prea mici ale personalului din România (comparativ cu cele din statul unde vrea să se trateze), suportând din buzunarul propriu această diferență de salarizare (respectiv reflectarea ei în costul serviciului medical).

Informațiile și procedurile prevăzute de Directivă

Înființarea punctelor naționale de contact

- Furnizează pacienților din alte state membre următoarele categorii de informații:
 - privind furnizorii de servicii medicale
 - Incluzând dreptul sau restricțiile de a furniza anumite servicii medicale sau desfășurarea activității lor profesionale
 - privind standardele și orientările privind calitatea și siguranța serviciilor medicale;
 - privind drepturile pacienților;
 - procedurile referitoare la plângeri;
 - mecanismele de reparare a daunelor;
 - opțiunile juridice și administrative disponibile privind soluționarea litigiilor;

- dispozițiile relevante privind supravegherea și evaluarea furnizorilor de servicii medicale și furnizorii care intră sub incidența acestor standarde;
- **Informațiile pe care trebuie să le ofere furnizorii de servicii medicale:**
 - Informații pertinente pentru a ajuta pacienții individuali să ia o decizie în cunoștință de cauză, incluzând:
 - Opțiunile de tratament
 - Disponibilitatea, calitatea și siguranța asistenței medicale pe care o furnizează
 - Facturi clare
 - Informații clare privind prețurile;
 - Autorizarea sau înregistrarea
 - Sistemul asigurărilor privind răspunderea profesională aplicat, vizând:
 - Răspunderea individuală
 - Răspunderea colectivă

Statul membru de afiliere trebuie să se asigure că există mecanisme care să furnizeze pacienților, la cererea acestora, informații referitoare la asistența medicală transfrontalieră, în special privitoare la:

- Rambursarea costurilor serviciilor medicale efectuate în alt stat membru:
 - Condițiile de rambursare a costurilor;
 - Procedurile de evaluare și stabilire a dreptului de rambursare;
 - Căile de apel în cazul în care pacienții consideră că drepturile nu le-au fost respectate;
 - Asigurarea informării diferențiate în ceea ce privește drepturile la tratament izvorâte în baza Directivei și a celor ce-și au izvorul în alte prevederi;
- Asigurarea monitorizării medicale a pacienților tratați în alt stat membru;
- Pacienții care beneficiază de tratament într-un alt stat membru au acces la distanță la dosarele lor medicale sau primesc o copie a acestora.

Impactul Directivei asupra României și măsurile necesare pentru transpunerea ei

Impactul asupra cetățenilor români

Nivelul de referință în ceea ce privește rambursarea costurilor serviciilor medicale de care un cetățean român a beneficiat este cel din statul membru de origine/afiliere. Consecința evidentă o constituie punerea cetățenilor români într-o situație de inferioritate față de cetățenii altor state membre ale U.E. raportat la accesarea serviciilor medicale transfrontaliere. Ceea ce înseamnă că efectele Directivei sunt în mod clar favorabile cetățenilor din statele care alocă sume considerabile pentru sănătate, aceștia putând accesa fără probleme financiare orice sistem de sănătate din statele membre ale U.E., în timp ce pacienții din țările cu alocări timide pentru sănătate (în special țările sărace) vor fi obligați să suporte din fonduri personale diferențe considerabile de cost. Altfel spus, accesarea serviciilor medicale din alte state ale U.E. devine, în mod paradoxal, foarte scumpă exact pentru cetățenii săraci. Cum este destul de probabil ca acești cetățeni-pacienți să sufere deja în propriul stat datorită resurselor insuficiente, putem considera că Directiva riscă din acest punct de vedere decât să accentueze inegalitățile economice.

O variabilă esențială care influențează această situație o constituie nivelul de decontare al serviciilor medicale: cu cât nivelul de decontare este mai apropiat de prețurile de piață cu atât costurile suportate de cetățeanul-pacient care accesează servicii medicale dintr-un alt stat sunt mai mici (luând în considerare pachete de servicii medicale de bază echivalente).

Migrația pacienților

În opinia noastră „turismul medical” constituie una din variabilele importante din perspectiva Directivei nr. 24/2011, el aducând cu sine „fluxuri naturale” de potențiali pacienți. În măsura în care se va ivi, migrația pacienților va fi puternic orientată în funcție de nivelul de venituri, curajul de-a asuma neplăcerile deplasării, accesul la infrastructură, preexistența rețelelor migratorii, crearea unor trasee dedicate migrației pacienților.

Una din soluțiile împotriva „migrației pacienților” o constituie modalitatea de rambursare a costurilor de către statul de origine, acesta putând constitui proceduri suficient de greoaie pentru a inhiba într-o anumită măsură gesturile de acest tip. Dacă nu va exista obligația unei simetrii între comportamentul diferitelor state în ceea ce privește procedurile de rambursare, statul care impune proceduri inhibitorii tinde să aibă un avantaj în fața celui care se comportă corect față de proprii cetățeni.

Calitatea și siguranța serviciilor medicale

Calitatea serviciilor medicale constituie o variabilă esențială în contextul european creat de Directiva nr. 24/2011. La costuri egale și la nivel egal de acces la serviciile medicale este de așteptat ca indicatorii privitori la calitate să instituie diferențe semnificative de adresabilitate.

Dacă pacienții altor state membre se vor bucura de același tratament precum proprii cetățeni și dacă pacienților transfrontalieri le este garantat un anumit nivel al calității serviciilor medicale, atunci Directiva garantează în mod implicit și pacienților din țara care furnizează serviciul medical același nivel de calitate.

Cerințele privind standardele de calitate și siguranță prevăzute în Directivă trebuie asumate de statul român atât prin intermediul legislației de transpunere cât și pe calea reformei sistemului sanitar.

Impactul asupra salariaților

În ceea ce privește impactul Directivei asupra salariaților estimăm următoarele direcții principale:

- **Creșterea standardelor de calitate și siguranță a serviciilor medicale.** Pe fondul actualului mod de funcționare a sistemului sanitar, caracterizat de o preocupare extrem de scăzută pentru pregătirea salariaților (evidente fiind absența finanțării și a standardelor în domeniu), efortul este transferat în special pe umerii salariaților.
- Creșterea gradului de informare a pacienților și sporirea transparenței;
- Liberul acces al pacienților la datele medicale personale;
- Cunoașterea standardelor de performanță a serviciilor medicale existente la nivelul U.E.;
- Introducerea unor proceduri clare și transparente în ceea ce privește costurile;
- Posibilitatea creșterii nivelului de adresabilitate al unităților sanitare, aceasta deschizând posibilitatea unor reale creșteri salariale;
- Punctul de vedere profesional va juca un rol foarte important pentru stabilirea criteriilor aplicabile autorizării prealabile;
- Putem vorbi într-o măsură considerabilă de ivirea unei piețe a serviciilor medicale, care naște un grad de concurență, cu toate consecințele acesteia;
- Însușirea condițiilor în care pot refuza tratamentul unui pacient ce este cetățean al altui stat membru.

Stabilirea costurilor reale pentru serviciile medicale

Demersul pentru stabilirea costurilor reale aferente serviciilor medicale este unul obligatoriu pentru a putea vorbi de armonizarea legislației la prevederile Directivei nr. 24/2011. Orice ezitare în acest sens va afecta în mod semnificativ două paliere ale sistemului de sănătate:

- *Spitalele*, acestea riscând să fie puse în situația de a trata și pacienții proveniți din alte state membre la costuri subevaluate, fapt care le va accentua deficitul;
- *Pacienții*, care vor fi efectiv privați de posibilitatea de a se trata în străinătate cu rambursarea costurilor la niveluri acceptabile și vor suferi toate influențele derivate din deficitele financiare ale unităților sanitare.

Raportat la situația României, putem observa că stabilirea prețurilor serviciilor medicale la nivelul costurilor de piață poate determina la rândul-i fluxuri migratorii de pacienți din alte state membre, datorită prețurilor mai reduse comparativ cu cele din propriul stat, determinate de costurile mai reduse cu forța de muncă. Cel puțin în situația existenței unor liste de așteptate în statul membru de afiliere, poate fi anticipată o astfel de fluctuație a adresabilității. O astfel de variantă poate fi una profitabilă pentru unitățile sanitare din România și pentru întregul sistem sanitar prin contribuția la menținerea infrastructurii medicale.

Anticipăm însă că pe termen mediu și lung avantajul competitiv oferit de costul redus al forței de muncă (adică de salariile mici din sectorul sanitar) va dispărea, el determinând ivirea unui dezavantaj major: lipsa profesioniștilor din sistem. Având în vedere interpretarea de ansamblu a Directivei, lipsa profesioniștilor pentru anumite specializări (spre exemplu) generează efecte care nu pot fi blocate nici măcar de autorizarea prealabilă. Altfel spus, în absența posibilității unui tratament în țară, autorizarea tratamentului medical într-un alt stat devine obligatorie. Ceea ce conduce la obligația de a suportat costurile unor intervenții prestate în alte state.

Modificarea practicii în ceea ce privește malpraxisului

Directiva tinde să introducă în aquis-ul comunitar:

- Standardele minime de calitate ale serviciilor medicale;
- Nivelul de protecție a pacienților împotriva daunelor;
- Nivelul de informare a pacienților anterior accesării serviciilor medicale și după acestea.

Introducerea mecanismelor de transparentizare și a standardelor de calitate și siguranță a serviciilor medicale va avea ca efect, odată cu creșterea gradului de încredere (acolo unde este cazul) și sporirea cazurilor de malpraxis care ajung în fața instanțelor, unitățile sanitare și instituțiile medicale (inclusiv cele profesionale) nemaiputând îngreuna accesul la datele personale ce vizează starea de sănătate și tratamentul pacienților prin intermediul procedurilor proprii, fiind eliminată astfel opozabilitatea lor față de pacient. În măsura în care libertatea accesului pacientului la propriile informații medicale va fi realizată în mod efectiv, vom asista la o adevărată „revoluție” în abordarea malpraxisului, ale cărei efecte asupra unităților medicale și salariaților pot fi întrucâtva compensate prin introducerea unui sistem eficient de asigurări de malpraxis.

Putem vorbi de ivirea sistemului de sănătate al Uniunii?!

Faptul că Directiva folosește concepte de genul: *mobilitatea pacienților*, *accesul la asistență medicală transfrontalieră*, *libera circulație a pacienților* etc. este suficient pentru a vorbi cu îndreptățire de o interpretare mult mai amplă a acesteia, care să ia în discuție inclusiv bazele unui sistem de sănătate al Uniunii pe care le pune Directiva. Chiar dacă intenția care a animat multe din statele occidentale în adoptarea acestui act normativ ține mai curând de crearea unui mecanism de acompaniament pentru libera circulație a lucrătorilor, fiind cumva parte a strategiei de luptă împotriva declinului demografic, efectele acestuia pot fi suficient de ample, existând șansa ca ele să depășească cu mult intențiile inițiale.

Luând în considerare efectele estimate ale Directivei, transpunerea într-un mod adecvat a prevederilor acesteia în legislația națională coincide într-o foarte mare măsură cu însăși procesul de reformă. Având

În vedere efectele anticipate ale prevederilor Directivei am sugerat care măsuri de reformă ar acoperi în cea mai mare măsură interesul general, indicând o serie de dificultăți ce vor apărea atât în cazul adoptării variantelor indicate cât și, mai ales, în situația orientării reformei sistemului sanitar către alte strategii.

OBIECTIVELE STRAGICE

OG 1 Aderarea la Rețelele Europene de Referință

Rețelele europene de referință facilitează schimburile de cunoștințe dintre specialiștii și centrele de expertiză din diverse țări în domeniul bolilor rare.

Bolile rare sunt boli care pun viața în pericol sau provoacă o invaliditate cronică. De cele mai multe ori, ele sunt transmise genetic și au o prevalență redusă. De aceea trebuie luate măsuri pentru a:

- reduce numărul cazurilor noi de îmbolnăvire
- evita cazurile de deces în rândul nou-născuților și al copiilor mici
- menține calitatea vieții pacienților și potențialul lor socio-economic.

În țările din UE, este considerată rară orice boală care afectează mai puțin de 5 persoane din 10 000. O cifră care poate părea ne semnificativă, însă, la nivelul celor 27 de state membre ale UE vorbim de aproximativ 246 000 de cazuri. Majoritatea pacienților suferă de boli cu o prevalență și mai scăzută (1 caz la 100 000 de persoane sau chiar mai multe).

Se estimează că, la ora actuală, în UE, un număr de 5000 până la 8000 de boli rare afectează 6-8% din populație (27-36 de milioane de cetățeni).

Rețelele europene de referință trebuie:

să aplice criteriile definite de UE pentru bolile rare care necesită îngrijiri de specialitate

- să servească drept centre de cercetare și diagnosticare care să trateze pacienții provenind din alte țări din UE
- să garanteze accesul la facilități de tratament, atunci când este necesar.

Criteriile de aderare la aceste rețele constituie în fapt cele mai înalte standarde de funcționare a unităților sanitare, devenind puncte de referință pentru toate spitalele. Ele impun atât crearea standardelor de siguranță a pacienților și privind calitatea serviciilor medicale cât și necesitatea echivalării/pregătirii personalului la standardele europene.

Implementarea Rețelelor Europene de Referință include și posibilitatea includerii strategiei noastre ce vizează îmbunătățirea calității serviciilor medicale prin creșterea calității vieții profesionale a lucrătorilor din Sănătate. Exemplul Franței este unul relevant în ceea ce privește demonstrarea legăturii dintre calitatea vieții profesionale și calitatea serviciilor medicale, introducerea unor standarde de evaluare a spitalelor în acest sens dovedindu-se necesară.

OS 1.1 Selectarea și înscrierea unităților sanitare românești de elită în eforturile de constituire a rețelelor europene de referință

Direcții strategice/Măsuri:

- a) Inițierea unui program de informare a unităților sanitare pe tema Rețelelor Europene de Referință (RER);
- b. La nivelul Ministerului Sănătății se va constitui un grup de lucru specializat pe această temă, având drept rol sprijinirea unităților sanitare în îndeplinirea condițiilor necesare pentru aderarea la RER

OS 1.2 Participarea spitalelor românești de elită la rețelele europene de referință

Direcții strategice/Măsuri

- a. Unitățile sanitare publice selectate ca membre ale grupurilor de referință vor fi sprijinite financiar pentru dezvoltare și asigurarea cofinanțării aferente implementării proiectelor;
- b. Se va sprijini constituirea unei „rețele naționale” formată din unitățile sanitare membre ale rețelelor europene de referință.

OG 2 Creșterea calității și siguranței serviciilor medicale

Legea malpraxisului trebuie să fie sincronizată cu o serie întregă de măsuri de reformă a sistemului, necesare atât pentru a asigura o mai bună funcționare a acestuia cât și pentru a putea opera o serie de diferențieri necesare, cum ar fi: culpa sistemului vs. culpa personalului medical, efecte adverse vs. malpraxis,^[1] culpa medicului vs. culpa altor categorii de personal medical, erori individuale vs. disfuncționalități ale echipei medicale. În aceeași situație se află creșterea nivelului de standardizare a procedurilor medicale, care să genereze un sistem de raportare obiectiv, necesar atât pentru identificarea și sancționarea cazurilor de malpraxis cât și pentru prevenirea acestora.

În forma actuală de organizare, erorile de sistem tind să fie atribuite personalului medical, categoria asistentelor medicale jucând deseori rolul de Acar Păun în această ecuație.

Conform lui David H. Sohn „Majoritatea vătămarilor în medicină, totuși, sunt determinate fie de erorile de sistem fie din alte motive decât neglijența”.^[2] În astfel de situația neglijența constă în eșecul furnizării unui standard de îngrijire. Doar cca. 27% din efectele adverse în medicină sunt datorate neglijenței.^[3]

Culpa sistemului este datorată în bună măsură erorilor umane firești, care nu pot fi evitate în condițiile date.

Proiectul de lege inițial se rezuma la a considera malpraxis doar o eroare a salariatului (eventual salariaților), ratând culpa sistemului. Spre exemplu, dacă salariatul este disculpat (așa cum este normal) în caz de absența condițiilor improprii pentru tratament (lipsa medicamentelor, a materialelor etc.) se naște întrebarea cine plătește pentru suferința pacienților în astfel de cazuri? Se poate astfel observa că proiectul de lege vizează de fapt doar instituirea responsabilității civile a salariaților, nu despăgubirea pacienților pentru erorile cărora le cad victime. Faptul că din ansamblul prevederilor lipsește culpa sistemului este ușor de înțeles, în condițiile în care ea nu există ca atare în viziunea de ansamblu asupra acestuia, nici măcar din perspectiva opiniei publice. Din paradigma „acarul Păun - culpa sistemului” inițiatorii preiau doar posibilitatea vinovăției salariaților, considerându-i singurii posibili vinovați. Culpa sistemului este înlocuită parțial de culpa furnizorilor de servicii medicale.

Creșterea nivelului despăgubirilor acordate în caz de malpraxis trebuie să fie simultană cu creșterea veniturilor celor obligați să se asigure. În caz contrar ia naștere 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.

Proiectul de lege inițial introducea forme de răspundere solidară și în situații în care competențele celor implicați nu justifică acest lucru. 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 ceea 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.

Situațiile de incapacitate a pacientului de a-și da acordul informat nu sunt reglementate corespunzător, fiind bazate pe „prezumția deciziei în interesul pacientului pe baza gradului de rudenie”. Această prezumție trebuie însă completată cu un instrument modern de intervenție, pe model occidental, respectiv **Instrucțiunile de sănătate** pe care orice cetățean le poate da, împuternicind o altă persoană să decidă în locul său în situațiile în care va fi lipsit de capacitatea de decizie.

Constituirea unui corp independent de experți, capabil să depună mărturii obiective și relevante privind cazurile de malpraxis, este o măsură urgentă. În acest sens pot fi identificate câteva pericole majore:

- Riscul ca experții să apere de fapt interesele unei anumite categorii profesionale („riscul de castă”). Pentru diminuarea acestui risc este necesară elaborarea unui set de proceduri.
- Absența unei practici în domeniu, respectiv lipsa unei specializări în acest sens. Formulele de pregătire cu raportare la practica desfășurată în alte state membre U.E. sunt necesare, evidențiind astfel fie necesitatea unei perioade de trecere la noile prevederi fie pregătirea intrării în vigoare a prevederilor legale prin derularea activităților de formare adecvate.
- Riscul ca experții să fie strâns legați de organismele profesionale, în condițiile în care acestea nu și-au putut desfășura în mod eficient până acum competențele în domeniu, tinzând mai curând să apere unii din profesioniștii care au greșit (chiar dacă în felul acesta afectează interesele întregului corp profesional).^[5] De altfel, acest fapt devine lesne de înțeles în condițiile în care reprezentanții organismelor profesionale sunt aleși de membrii corpului profesional. În acest sens sunt posibile cel puțin două soluții:
 - Crearea unui corp de experți independent de organismele profesionale, ca instituție independentă (ex. Corpul experților în malpraxis).
 - Sau reforma organismelor profesionale și orientarea acestora către o abordare mult mai obiectivă și mai tranșată a situațiilor de încălcare a îndatoririlor profesionale, reformă care să includă și crearea unui organism de control independent de persoanele alese.

OS 2.1 Introducerea sistemului despăgubirii pacienților pentru prejudicii

Alegerea unuia sau altuia din cele două mari sisteme pe care le prezentăm, respectiv *sistemul malpraxis* și *sistemul despăgubirilor pentru prejudicii*, nu ține de preferințele unuia sau altuia din factorii de decizie, ci de coerența cu orientarea juridică și socială a societății și de respectarea condițiilor ce derivă

din calitatea României de stat membru al Uniunii Europene. În acest sens, considerăm că orientarea societății românești către un sistem social democrat sau către unul liberal stabilește *a priori* modelul dezirabil. Avem în vedere faptul că *sistemul malpraxis-ului* este unul coerent cu modelul liberal, presupunând libertatea cetățenilor vătămați de a-și obține drepturile prin intermediul instanței îndreptându-se împotriva personalului medical, iar *sistemul despăgubirilor pentru prejudicii* presupune adoptarea unei viziuni sociale, care combină plafonarea nivelului despăgubirilor cu un grad mult mai ridicat de accesibilitate la despăgubiri și cu asumarea unei responsabilități sporite din partea statului. Există două argumente politico-juridice fundamentale pentru alegerea sistemului despăgubirilor pentru prejudicii: faptul că România este un stat social, indicând în acest sens prevederile Constituției, și condițiile derivate din statutul României de membru al Uniunii Europene, trimitând în acest sens la prevederile Directivei nr. 24/2011.

Considerăm de asemenea că sistemul sanitar este, la rândul lui, caracterizat de-o orientare socială, constituind astfel un context favorabil mai curând unui „sistem social de despăgubire” decât a unuia liberal. Amploarea sectorului public în domeniul serviciilor medicale, faptul că personalul medical are statutul de angajat, dimensiunea extrem de redusă a sectorului privat atât în ceea ce privește furnizarea serviciilor medicale cât și în privința finanțării sistemului, plafonarea salariilor personalului medical la nivelul personalului bugetar, nivelul foarte scăzut al salarizării, relațiile de muncă și profesionale din cadrul unităților sanitare etc., constituie toate argumente în favoarea introducerii *sistemului de despăgubiri în caz de prejudicii*.

Reforma sistemului în acest domeniu ar trebui să fie în fapt subordonată obiectivului general, creșterea calității serviciilor medicale respectiv creșterea gradului de satisfacției al pacienților. Creșterea calității serviciilor medicale este puternic dependentă de creșterea calității vieții profesionale. Evident, în condițiile în care noul sistem va avea un impact negativ asupra salariaților cel puțin prin intermediul costurilor asigurărilor de malpraxis, care survin pe fondul unui nivel foarte scăzut al salariilor, nu putem vorbi de un impact pozitiv asupra calității serviciilor medicale.

Marea problemă a proiectului propus inițial o constituie faptul că are ca standard *neglijența*, complicată suplimentar cu *inadecvarea* și *incompetența*. Alegerea acestui model are o serie întreagă de dezavantaje, conducând la o inadecvare generală la specificul sistemului sanitar și al mentalității românești.

Într-o analiză comparativă, pot fi observate câteva din consecințele fiecăruia dintre cele două sisteme:

- **Sistemul despăgubirilor administrative** presupune garantarea de către stat/furnizori a unor standarde minime de tratament pentru cetățeni și despăgubirea acestora în cazul nerespectării acestora standarde. Evident, angajamentele legale în acest context tind să fie mult mai precaute în ceea ce privește serviciile garantate (pachetul de servicii).

În condițiile în care modelul este puternic bazat pe precedent, sistemul nostru juridic ar putea constitui un impediment pentru implementarea acestui model.

- **Sistemul litigios** presupune că garantarea unui nivel calitativ este făcută de personalul medical, aceștia fiind nevoiți să asume și costurile despăgubirilor în cazul nerespectării standardelor. În acest context, sistemul alunecă de la respectarea standardelor de tratament la respectarea deontologiei profesionale. Ceea ce înseamnă că pacientul nu mai are garanția unor standarde de tratament, ci a unora de comportament profesional. În această variantă riscurile contextuale (lipsă de resurse, deficit de personal etc.) sunt de fapt preluate de către pacienți, personalul medical fiind ținut doar la respectarea deontologiei profesionale în contextul dat, adică în limitele posibilului definite de situație. În condițiile în care corpul medical își definește singur normele de comportament profesional, este de așteptat ca acestea să cunoască un recul pentru a crea mai multe posibilități de apărare. Problema este însă mult mai complicată dacă avem în vedere

contextul creat de Directiva nr. 24/2011 care scurtcircuitează „zidul național de apărare” impunând aplicarea unor principii europene în domeniu.

Având în vedere faptul că este de preferat sistemul despăgubirii pacienților în caz de prejudiciu indicăm în continuare avantajele acestuia și dezavantajele sistemului malpraxis:

Sistemul litigios/de malpraxis, bazat pe identificarea neglijenței și pe libertatea acțiunii în instanță a celui prejudiciat, are câteva dezavantaje majore, care-l fac impropriu pentru aplicarea lui în România:

- Presupune costuri foarte mari, greu de suportat de „plătitorul final” – cetățeanul.
- Determină apariția medicinei defensive, ale cărei costuri financiare amplifică efectul negativ asupra sistemului.
- Prin intermediul neglijenței, ca principiu de funcționare, sistemul malpraxis tinde să opereze în dauna salariaților. Având în vedere faptul că costurile despăgubirilor și funcționării sistemului sunt suportate în cea mai mare parte de societățile de asigurări, acestea vor urmări deplasarea riscurilor în seama salariaților, în special prin nivelul primelor practicate. Pentru ca salariații să poată suporta astfel de costuri este necesară o creștere proporțională a salariilor, aceasta antrenând la rândul ei creșterea costurilor de funcționare a sistemului.
- Fiind centrat pe neglijență, demonstrarea absenței neglijenței va conduce la tendința salariaților de a respinge pretențiile pacientului care se consideră prejudiciat, deși demonstrarea absenței neglijenței nu este același lucru cu dovedirea absenței prejudiciului.
- Acest model are un impact negativ semnificativ asupra relației dintre personalul medical și pacient. Suplimentar, el determină o reacție de apărare, manifestată prin reticență în declararea cazurilor, tendința de-a ascunde dovezile etc., îngreunând feedback-ul pozitiv asupra îmbunătățirii funcționării sistemului.
- Designul acestui sistem conduce la „forțarea” demonstrării neglijenței în sofismului: nu există prejudiciu fără neglijență. Or, medicina înseamnă de multe ori rezultate sub nivelul așteptat, mai ales când așteptările nu sunt realiste.
- Determină inegalitate în ceea ce privește despăgubirile acordate celor prejudiciați, datorită inegalității în ceea ce privește resursele financiare ale cetățenilor (în condițiile în care solicitarea despăgubirilor în instanță atrage costuri semnificative).
- Ansamblul inegalităților îl fac indezirabil pentru un stat social, așa cum este România.

Sistemul despăgubirilor administrative este mult mai adecvat realităților românești, având următoarele avantaje:

- Are capacitatea de a realiza o distribuție mai echitabilă a despăgubirilor, mult mai apropiată de ponderea celor prejudiciați.
- Costurile de funcționare sunt mult mai mici decât în cazul sistemului litigios.
- Impactul negativ asupra serviciilor medicale și asupra capacității sistemului public (în special) de a le furniza este mult mai redus;
- Poate să absoarbă „culpa sistemului”, contracarând în mod eficient tendința de a arunca vina pe salariați (riscul inerent neglijenței).
- Așezarea cât mai aproape de modelul *No-fault*, adică eliminarea neglijenței ca aspect central în stabilirea despăgubirilor, micșorează durata de rezolvare a cazurilor. Conform studiilor comparative, este vorba de o trecere de la media de 4-5 ani pentru rezolvarea în instanță a unui caz la media de 8 luni în cazul sistemului administrativ.

Riscuri

„Presiunea inutilă”^[6] exercitată asupra salariaților pe calea acuzațiilor de malpraxis, mai ales în situațiile în care acestea sunt nefondate, poate avea câteva efecte negative semnificative:

- Atitudinea defensivă (medicina defensivă)
- Scăderea calității vieții profesionale
- Creșterea tendinței de migrație

Medicina defensivă este poate cel mai important risc, efectele ei fiind cu atât mai severe cu cât este vorba de un sistem sărac în resurse. Orientarea către medicina defensivă poate determina o adevărată buclă negativă, costurile mai mari antrenate de medicina defensivă sărăcind și mai mult resursele sistemului, puținătatea resurselor crescând gradul de precauție..., efectul final constituindu-l diminuarea calității și cantității serviciilor medicale.

Este necesară construirea unui sistem administrativ de despăgubire, bazat pe dreptul pacientului prejudiciat de a fi despăgubit. Modelul garantează astfel pacienților dreptul la o despăgubire onestă și rapidă, fără a-i pune în situația de a intra în conflict cu personalul medical și furnizorii de servicii medicale.^[1] În acest caz nu este vorba de „o lege a malpraxis-ului”, ci de *o lege a despăgubirii pacienților prejudiciați*.

Un astfel de model are avantajul de a putea contura nivelul așteptărilor legitime pentru pacienți, eliminând astfel efectele unei mentalități culpabilizante, dăunătoare atât personalului medical cât și pacienților. În situația în care se optează pentru un model „No-fault”, acesta oferă și avantajul participării personalului medical la constituirea fluxului de informații necesar pentru buna funcționare.

Aplicarea acestui principiu presupune centrarea pe dreptul pacientului la despăgubiri și acordarea despăgubiri, urmată sau nu, după caz, de cercetări pentru identificarea celor culpabili.

Direcții strategice/Măsuri:

Definiție

Despăgubirea pentru pacienții prejudiciați operează în cazul unui prejudiciu determinat de procedurile de diagnostic și/sau tratament, respectiv de îngrijirile de sănătate, prejudiciu care nu s-ar fi întâmplat în situația în care pacientul ar fi tratat de cel mai bun specialist în aceleași circumstanțe.

Sistemul general de asigurări/Sistemul de despăgubire în caz de prejudicii

Considerăm oportună constituirea unui Sistem de despăgubire a pacienților în caz de prejudicii, ca instituție de primă linie în relația cu pacienții, responsabilă de realizarea principiului despăgubirii în caz de prejudicii, respectiv de asigurarea resurselor financiare necesare pentru despăgubire.

Acest sistem ar urma să fie finanțat din următoarele surse:

- Asigurările de sănătate (asigurările sociale de sănătate și asigurările complementare).
- Asigurările de malpraxis, încheiate de:
 - Personalul medical
 - Unitățile medicale
 - Furnizorii de medicamente și materiale sanitare.
- Asigurările pentru accidente de muncă.

Contribuția asigurărilor de sănătate la finanțarea sistemului general de asigurări are în vedere situațiile de prejudicii care nu sunt determinate de o culpă identificabilă și faptul că asigurările de sănătate asigură pacientul și împotriva unor astfel de situații.

Criteriile de despăgubire

Categoriile solicitărilor de despăgubire^[2] se împart, în funcție de cauză, în prejudicii produse de:

- a. Tratament

- b. Diagnostic
- c. Medicamente și materiale sanitare
- d. Infecțiile intra-spitalicești
- e. Accidente.

Punctele a) și b) sunt stabilite în funcție de standardele specialistului experimentat, respectiv *regula specialistului experimentat*: se stabilește dacă prejudiciul s-ar fi produs în situația în care pacientul ar fi fost tratat de cel mai bun specialist din acea specialitate.^[3] Dacă la momentul tratamentului exista o variantă alternativă de tratament care este cel puțin la fel de sigură și eficientă, care ar fi putut fi aleasă și ar fi putut conduce la evitarea prejudiciului atunci solicitările de despăgubiri pot fi onorate.

Toate acestea constituie reguli de despăgubire.

Criteriile de despăgubire^[4]

Principiul aplicabil	Criterii	Regula aplicabilă	Definiția	Cine plătește despăgubirea
Prejudiciile evitabile	Prejudicii determinate de diagnostic și tratament	Regula specialistului experimentat	Prejudiciu determinat de procedurile de diagnostic și/sau tratament, prejudiciu care nu s-ar fi întâmplat în situația în care pacientul ar fi tratat de cel mai bun specialist în aceleași circumstanțe. Include de asemenea prejudiciile care ar fi fost evitate dacă ar fi fost aleasă o altă procedură de diagnostic și/sau tratament cu un grad egal de eficacitate și siguranță pentru pacient.	Sistemul de despăgubiri în caz de prejudicii
	Prejudicii determinate de echipamente și materiale	Utilizarea conformă	Prejudiciile determinate de utilizarea improprie a produselor sau echipamentelor medicale.	Sistemul de despăgubiri în caz de prejudicii
Prejudiciile „de neevitat” – prejudiciile rare și severe, ce survin împotriva așteptărilor rezonabile	Prejudicii determinate de echipamente și materiale	Funcționarea conformă	Prejudiciile determinate de funcționarea improprie a produselor sau echipamentelor medicale.	Sistemul de despăgubiri în caz de prejudicii
	Prejudicii cauzate de infecțiile intra-spitalicești	Infecțiile	Prejudiciile determinate de transmiterea unui agent infecțios către un pacient în timpul îngrijirilor de sănătate. Infecția trebuie să fie peste ceea ce este tolerat în mod rezonabil, iar severitatea și riscul de survenire trebuie să depășească severitatea bolii de bază și nevoia de	Sistemul de despăgubiri în caz de prejudicii

			tratament pentru aceasta.	
	Prejudicii cauzate de accidente	Funcționarea conformă	Prejudiciile datorate unor accidente sau focului care survin în cadrul unei unități de îngrijire a pacienților în timpul furnizării serviciilor de îngrijire	Asigurarea pentru accidente de muncă

Crearea unei instituții specializate

Aceasta ar urma să asigure aplicarea unitară a regulilor și dezvoltarea rezolvării cazurilor bazate pe precedent,^[5] jucând totodată rol de ultimă instanță administrativă. Ea trebuie compusă din specialiști, reprezentanți ai asiguratorilor, ai pacienților și ai salariaților.

Trebuie să fie responsabilă de selectarea experților în domeniu, și constituie Corpului experților în îngrijiri de sănătate. Suplimentar, va avea în sarcină dezvoltarea unor analize în domeniu, propunând cele mai bune soluții.

Organizarea procedurală

Esențială este soluționarea cererilor de despăgubire în cadrul procedurilor administrative. Procedura include posibilitatea apelului instituțional; instanța de apel extraordinar – comisia centrală.

Suplimentare, există posibilitatea apelului la instanță în caz de nemulțumire față de procedura administrativă.

Crearea unui corp disciplinar

În varianta introducerii sistemului de despăgubire a pacienților pentru prejudicii absența efectului inhibitor asupra erorilor profesioniștilor poate fi suplinită de introducerea unui circuit disciplinar. Acesta poate fi constituit într-un cadru mixt, compus din organismele profesionale și unitățile sanitare. Pentru ca un astfel de sistem să fie funcțional este nevoie de o reformă semnificativă a organismelor profesionale, centrată pe întărirea rolului acestora de garanți publici ai respectării deontologiei profesionale. Modificările legislative în acest sens, care includ finanțarea din fonduri publice^[6] și un control din partea instituțiilor statului trebuie dublate de criterii obiective de selecție a specialiștilor la care recurg organismele profesionale.

Acest corp disciplinar ar avea menirea de a prelua cazurile în care pacienții sunt despăgubiți în măsura în care este implicată neglijența/culpa salariaților și de a stabili atât dacă este cazul aplicării sancțiunilor cât și modificările de procedură necesare pentru evitarea situațiilor care de acest gen. La limită, poate fi luată în considerare și posibilitatea ca pentru cazurile de neglijență demonstrate să opereze despăgubirea compensatorie de la asiguratorul personalului medical.^[7] Construcția acestui mecanism de feedback are menirea de a crește siguranța pacienților și a spori încrederea acestora în funcționare sistemului.

Îmbunătățirea procedurilor medicale

Analiza solicitărilor de despăgubiri și a anchetelor desfășurate trebuie să conducă la o semnificativă îmbunătățire a procedurilor de diagnostic și tratament, contribuind pozitiv la creșterea siguranței pacienților. De asemenea, procedura include și un mecanism de feedback privitor la măsurile de siguranță a pacienților.

Câteva măsuri care pot conduce la reducerea transferului culpei sistemului asupra salariaților:

- Introducerea unor formule de recunoaștere a erorilor sistemului
- Informatizarea sistemului de administrare a medicației

- Introducerea brățărilor de identificare pentru a evita confundarea unui pacient cu altul
- Introducerea formelor de audit al organizării sistemului medical^[4]
- Introducerea listelor de verificare în cadrul procedurilor medicale
- Introducerea unui sistem de raportare a erorilor cu rol de feedback în organizarea medicală
- Identificarea și eliminarea erorilor celor mai frecvente.

Astfel de erori pot fi reduse mai curând prin modificarea sistemului decât prin intermediul aplicării unor sancțiuni individuale, ultima determinând tendința de a le ascunde.

Note:

^[1] Chiar și în situația introducerii unei proceduri disciplinare consecutive, ea operează doar în cazurile de neglijență, generând astfel un spațiu al încrederii în personalul medical bazat pe ceea ce am denumit generic *cupa sistemului*.

^[2] Conform modelului suedez.

^[3] Problemele pe care le ridică:

- Trebuie evaluată doar procedura aplicată sau ar trebui să ia în considerare și procedurile alternative?
- Măsura în care factorii de decizie trebuie să se bazeze pe regula precedentului.

^[4] Definițiile și criteriile de despăgubire sunt rezultatul preluării și prelucrării informațiilor în Kachalia, et al., *Avoidability and Medical Injury Compensation*, Tabelul nr. 2, *Criteria for Compensability of Medical Injury in Four Countries*.

^[5] Rezolvarea cazurilor bazată pe precedent necesită un consum de timp semnificativ doar la primele cazuri rezolvate, ulterior putând fi implementate proceduri specifice de rezolvare a anumitor tipuri de cazuri (cu verificarea periodică a procedurilor).

^[6] Este vorba cel puțin de-o finanțare parțială, ce vizează susținerea dimensiunii ce interesează garantarea publică a respectării deontologiei profesionale. La ora actuală s-a ajuns la situația nefuncțională în care membrii organismelor profesionale sunt obligați să susțină financiar funcționarea unor organizații ce ar trebui să facă și o gamă largă de servicii publice, inclusiv acțiuni de control asupra propriilor membri. Acesta este unul din principalele motive pentru care aceste organisme au devenit în bună măsură nefuncționale în ceea ce privește acțiunile de stabilire a standardelor profesionale, controlul respectării acestora și aplicarea sancțiunilor în cazul abaterilor.

^[7] O astfel de variantă necesită construcția unui sistem dublu de asigurări pentru despăgubiri în caz de prejudiciu: cel de bază, ce are ca obiectiv despăgubirea pacientului, și cel secundar, constituit din asigurările de malpraxis ale personalului medical, ce creează posibilitatea unei susțineri financiare a sistemului de bază de către salariați, în situații de neglijență, via societățile de asigurări pentru malpraxis. Într-o astfel de variantă este vorba de două proceduri separate, ce au un doar câteva punct de contact între ele, procedura secundară, bazată pe neglijență, fiind detașată de prima, bazată pe dreptul pacientului prejudiciat de a fi despăgubit. Pe această cale, în intervalul creat de cele două proceduri se poate contura dimensiunea culpei sistemului.

OS. 2.2 Introducerea ghidurilor clinice

Continuarea procesului de elaborare a ghidurilor clinice, protocoalelor terapeutice și elaborarea traseelor clinice constituie o măsură bună, necesară, care nu este însă abordată la modul cel mai potrivit, deoarece nu finanțarea acestei activități este principala problemă, ci acordul specialiștilor pe teme specifice acestor mecanisme de diagnostic și tratament

OS 2.3 Introducerea standardelor de calitate și siguranța

Servicii de sănătate mai sigure pentru pacienți. O nouă abordare a medicinei.

Direcții strategice/Măsuri:

Acțiuni menite să facă din calitatea și siguranța serviciilor medicale o preocupare națională.

Creșterea standardelor de calitate și siguranță a serviciilor medicale și a așteptărilor prin intermediul instituțiilor de supraveghere a calității, a organizațiilor ce reprezintă pacienții, furnizorii și profesioniștii din sănătate.

Implementarea practicilor profesionale sigure la nivel bazal.

Creșterea gradului de conștientizare a tuturor actorilor sistemului asupra frecvenței și efectelor erorilor ce survin în cadrul serviciilor medicale.

Crearea rețelelor de diseminare a cunoștințelor și practicilor de prevenire a erorilor comune.

Crearea unui mediu care încurajează organizațiile să identifice erorile, cauzele acestora și să implementeze acțiunile menite să îmbunătățească performanțele în domeniul calității și siguranței (mecanism de feedback din erori).

Alinierea sistemului de despăgubiri și de asigurări de sănătate la o strategie comună care să încurajeze calitatea și siguranța serviciilor medicale.

Utilizarea eficientă a mecanismelor existente pentru asigurarea standardelor minime de performanță:

- Acordarea licențelor
- Certificarea
- Acreditarea
- Finanțarea.

Se are în vedere și existența următorului cadru general:

- Acțiunile „consumatorilor” (asociațiile pacienților, alte structuri de reprezentare) afectează comportamentul organizațiilor din sănătate;
- Valorile și normele organizațiilor profesionale/profesioniștilor din sănătate influențează:
 - Standardele de practică
 - Pregătirea și educația furnizorilor.

Standardele de calitate și siguranță vizează:

- **Profesioniștii din sănătate:**
 - Organizațiile profesionale
 - Planuri de formare obligatorii
 - Proceduri de lucru specifice fiecărei categorii de profesioniști
 - Roluri clare definite în documentele strategice
 - Identificarea „profesioniștilor nesiguri” și dezvoltarea unor acțiuni corective
 - Identificarea competențelor legate de calitatea și siguranța serviciilor medicale
 - Profesioniștii
 - Certificatul de liberă practică corelat cu un minim de cunoștințe în domeniu
 - Re-examinarea periodică în domeniul cunoștințelor teoretice și practice pe teme cheie ce țin de calitatea și siguranța serviciilor medicale
 - O dimensiune a salarizării în funcție de performanță corelată cu rezultatele în domeniul calității și siguranței
- Unitățile sanitare:
 - Standarde specifice în procesul de acreditare periodică
 - Monitorizarea continuă a respectării standardelor de calitate și siguranță
 - Implementarea unui sistem de raportare și analiză a erorilor care nu sunt bazate pe pedeapsă
 - Stabilirea unor programe de pregătire a echipelor medicale, care să includă simularea
 - Programele în domeniul calității și siguranței trebuie să includă: definirea obiectivelor de program, personal și bugete, și să conțin procese de raportare permanentă și de evaluare periodică a erorilor medicale.

- Introducerea practicilor medicamentoase sigure.
- Furnizorii de formare:
 - Dezvoltarea unei curricule specifice calității și siguranței;
- Instrumentele și metodele prin intermediul cărora aceștia își desfășoară activitatea.
- Asiguratorii de sănătate
 - Stimularea financiară a măsurilor eficiente de reducere a erorilor

Planul de acțiune:

1. Instituirea unui Acord privind creșterea calității și siguranței serviciilor medicale
2. Elaborarea unui set de propuneri legislative pentru creșterea calității și siguranței serviciilor medicale.
3. Constituirea Comitetului de calitate și siguranță a serviciilor medicale - instituție cu caracter de scurtă durată
4. Constituirea Centrului de calitate și siguranță a serviciilor medicale - instituție centrală cu caracter permanent
5. Constituirea la nivelul spitalelor a Nucleelor de calitate și siguranță a serviciilor medicale (prin reforma actualelor nuclee de calitate).
6. Orientarea cercetării către problema calității și siguranței serviciilor medicale
7. Instituirea unui Sistem național de raportare și diseminare a informațiilor în domeniul calității și siguranței serviciilor medicale
8. Orientarea planurilor de formare ale organizațiilor profesionale către creșterea calității și siguranței serviciilor medicale.

Indicatori:

- Reducerea erorilor medicale cu peste 10%
- Creșterea gradului de satisfacție al pacienților.
- Elaborarea unui standard de acreditare a spitalelor din punctul de vedere al calității

Crearea unei agende naționale pentru reducerea erorilor în sănătate și îmbunătățirea siguranței pacienților. Ea își propune să determine răspunsuri la nivel regional și în cadrul unităților sanitare și organizațiilor profesionale.

Activitatea întregului sistem va fi evaluată după o perioadă de 5 ani, urmând a se lua decizia în ceea ce privește eficiența acestuia și schimbările necesare.

OS 2.3 Înființarea Centrului pentru Calitatea și Siguranța Serviciilor Medicale

Direcții strategice/Măsurii:

Constituirea Centrului de Calitate și Siguranță a Serviciilor medicale:

- Raport anual către Parlament și primul-ministru
- Stabilește obiectivele de siguranță și calitate
- Construcția unor modele pentru sistemele de siguranță
- Dezvoltarea mecanismelor de cunoaștere și înțelegere a erorilor survenite în furnizarea serviciilor medicale prin dezvoltarea unei agende de cercetare (și conectarea ei la resursele de finanțare)
- Înființarea unor centre de excelență în domeniul calității și siguranței serviciilor medicale, ca diseminatori de bune practici în domeniu
- Evaluarea metodelor de identificarea și prevenirea erorilor și stabilirea procedurilor de acțiune

- Crearea mecanismelor și activităților de comunicare și diseminarea a informațiilor și procedurilor relevante pentru îmbunătățirea calității și siguranței serviciilor medicale.
- Dezvoltă instrumentele și mecanismele pentru educarea pacienților și populației în domeniul siguranței și calității serviciilor medicale.

Introducerea unui sistem național de raportare, orientat pe următoarele dimensiuni:

1. Sistemul de raportare obligatorie
 - a. Vizează evenimentele adverse care au drept rezultat decesul sau efecte foarte grave
2. Sistemul de raportare voluntară
 - a. Vizează evenimentele adverse care nu sunt incluse în prima categorie
 - b. Înscrierea voluntară poate fi punctată suplimentar la evaluare
3. Sistemul de comunicare a informațiilor/metodelor/procedurilor utile
4. Sistemul de raportare/monitorizare a gradului de respectare a standardelor de calitate/acreditare

NOTE:

^[1] Absența unor eforturi în acest sens dăunează în special personalului medical, ce cade victima unor continue suspiciuni și acuzații, dar și pacienților, care riscă să irosească bani și timp în instanțe în situații în care nu este vorba de malpraxis. Spre exemplu, conform statisticilor din SUA peste 60% din reclamații se dovedesc nefondate încă din prima fază procedurală și doar 1% din astfel de reclamații se soldează cu un verdict de despăgubire. (Importantă în acest sens este și „presiunea juridică” exercitată de societățile de asigurări, care au un evident interes în diminuarea numărului de cazuri și a sumelor plătite pentru a-și apăra profitul.) Evident, trebuie luat în considerare și faptul că este vorba de o „mentalitate procesomană” specifică SUA. Însă cu observația că o lege care nu este sincronă cu o serie de modificări ale sistemului și cu măsuri eficiente de conștientizare riscă să orienteze și la noi populația către o mentalitate identică.

^[2] David H. Sohn, No-Fault Compensation; Are there benefits to not assessing blame?, American Academy of Orthopaedic Surgeons Now, november 2012 Issue , <http://www.aaos.org/news/aaosnow/nov12/managing6.asp> (accesat 16.08.2013).

^[3] Ibidem, citând un studiu al Harvard Public Health.

^[4] La momentul actual acesta intră parțial în atribuțiile Comisiei Naționale de Acreditare a Spitalelor.

^[5] Raportându-ne la studiile occidentale în domeniu considerăm că un număr mare de erori medicale ce pot fi considerate malpraxis aparțin unui număr mic de medici, aceștia din urmă putând fi îndepărtați din sistem în condițiile existenței unor organisme profesionale funcționale.

^[6] *Presiunea inutilă* este generată de introducerea unei legi inadecvate realităților sistemului, ce face din personalul medical principalul vinovat pentru toate disfuncționalitățile sistemului sanitar.

OG. 3 Reforma finanțării sistemului sanitar

Principala problemă a sistemului sanitar o constituie deficitul financiar, adică lipsa fondurilor necesare pentru a trata în mod onorabil cetățenii. Având în vedere că suntem o țară săracă un anumit nivel al deficitului este firesc (asta înseamnă că ne permitem un nivel mai redus de servicii de sănătate decât o țară bogată). Problema o constituie însă faptul că există un deficit financiar și raportat la nivelul nostru de sărăcie, fapt evident atunci când comparăm cheltuielile pentru sănătate din România cu cele din alte state în procente din PIB. Altfel spus, printr-o decizie nu se știe de cine luată, România este cel mai puțin preocupată de sănătatea propriei populații din toată Uniunea Europeană.

Penuria de consumabile și medicamente (ce este dublată de o lipsă tot mai accentuată a personalului medical) are drept principală cauză deficitul de finanțare, restul cauzelor (spre exemplu deficiențele manageriale și cele legislative) fiind secundare raportat la amploarea problemei.

Dincolo de diferitele declarații privind risipa din sistem rămâne un adevăr trist: prea puțini cetățeni plătesc pentru sănătatea tuturor (așa cum este ea asigurată) iar statul nu vine să compenseze din alte surse acest deficit.

Incompetența managerială contribuie și ea uneori la accentuarea deficitelor financiare. Chiar și dese cazuri de manageri competenți nu pot avea rezultate nemaipomenite în condițiile în care dirijarea puținilor bani existenți suferă numeroase contorsiuni politice.

În acest context financiar trist creșterea ponderii asigurărilor de sănătate private poate constitui o parte a soluției pentru actuala stare de finanțare a sistemului de sănătate. Condiția este însă ca ele să aducă o suplimentare a sumelor ce intră în sistemul sanitar.

Analizele comparative: studiu de caz – sistemul Britanic de sănătate.

Una din cele mai importate variabile o constituie posibilitățile statului de finanțare a unui astfel de sistem. Particularitatea esențială a sistemului britanic de sănătate (des invocat ca exemplu de funcționare eficientă a unui sistem social de sănătate) este direct legată de resursele financiare ale Marii Britanii. Comparațiile în această direcție trebuie făcute fie pe două dimensiuni, respectiv procentul din PIB alocat pentru sănătate și PIB-ul pe cap de locuitor, fie, mai simplu, cheltuielile pe sănătate pe cap de locuitor. Având în vedere faptul că putem vorbi de costuri similare în ceea ce privește medicamentele, aparatura, materialele sanitare etc., singura variabilă care poate aduce un cost mai scăzut al serviciilor medicale în România o reprezintă nivelul de salarizare al personalului. Însă chiar dacă se asumă menținerea profesioniștilor din sănătate la nivelul unor venituri reduse (fapt care va favoriza în continuare migrația), diferențele în ceea ce privește nivelul de sănătate al populației (la care se adaugă diferite practici cum ar fi automedicația și, mai ales, alte variabile: modul de viață, nivelul veniturilor etc.) pot conduce la un nivel mai mare al serviciilor medicale necesare populației, deci la costuri cel puțin similare. Ceea ce va avea ca efect fie o creștere exponențială a timpului de așteptare fie excluderi (randomizate sau pe diferite tipuri de criterii; de observat faptul că sărăcia resurselor constituie un factor de stimulare a corupției) ale populației de la anumite servicii medicale.

Orice ecuație a sistemului sanitar este puternic dependentă de variabila numită *resurse financiare*, care definește în mod esențial tipul de sistem adecvat. Comparația dintre resursele alocate pentru sănătate de Guvernul Marii Britanii și cele alocate în România (Guvern –asigurări-plăți directe de către populație) face dificilă de evaluat impactul unei transpuneri ad literam a sistemului britanic de sănătate.

Punctele slabe care tind să influențeze negativ finanțarea sănătății în paradigma public versus privat:

a. Cheltuielile publice pentru sănătate

- Depind puternic de două variabile esențiale:
 - Mersul economiei
 - Capacitatea de colectare a impozitelor/contribuțiilor.
- În funcție de mentalitățile naționale, tind să împărtășească soarta oricărui ban public, fiind deseori atinse de riscul ineficienței
- Atunci când constituie singura formă de finanțare a unui sistem sanitar plafonează posibilitățile cetățenilor de a accede la servicii medicale ce depășesc posibilitățile sistemului. Într-o astfel de situație devine vizibil un efect secundar al *principiului solidarității*: solidaritatea întru sărăcia serviciilor.
- Nu țin cont de variabila: *disponibilitatea suplimentară a cetățenilor de plată*, ratând astfel accesarea unor resurse suplimentare ce poate avea ca efect creșterea calității și cantității serviciilor medicale prestate populației.

b. **Cheltuielile private pentru sănătate**

- Principalul dezavantaj îl constituie *profitul* (se ivește în situația asigurărilor private de sănătate pe model *for-profit*). Într-un model ideal profitul societăților de asigurări poate fi interpretat ca o pierdere din suma totală colectată pentru sănătate.^[3] Totuși, rolul profitului este mult mai complex, neputând fi redus la statutul de pierdere (mai ales atunci când se situează în marje acceptabile). Spre exemplu:
 - Profitul este principalul stimulator al eficienței;^[4]
 - Profitul impulsionează atragerea unor resurse financiare suplimentare de pe piață. Într-o astfel de situație, raportându-ne la modelul ideal, este posibil ca „pierderea” pe care-o reprezintă profitul pentru sumele alocate sănătății să fie compensată din plin de sumele suplimentare atrase. Pe această linie de argumentare devine evident faptul că profitul ar putea juca mai curând rolul de stimulator al atragerii unor sume suplimentare pe piață;
- Afectarea principiului solidarității, respectiv inegalitatea accesului la servicii medicale. Poate fi compensată de construcția unui sistem mixt, respectiv unul în care să coexiste cheltuielile publice cu cele private.

Una din măsurile imediate o constituie discursul public onest în ceea ce privește posibilitățile sistemului, el modelând într-un mod semnificativ așteptările populației.^[5] O „resursă” importantă o constituie *raționalizarea serviciilor medicale*^[6] acordate populației. O anumită dimensiune a *raționalizării* este posibilă doar prin intermediul a două tipuri de acțiuni:

- Conștientizarea populației (o modalitate de educare sanitară a populației) asupra diferitelor aspecte care interferează în mod negativ cu funcționarea sistemului;
- Crearea mecanismelor de raționalizare (de tip constrângere și restrângere a „supra-accesării” sistemului de sănătate) a accesului la serviciile medicale.

Această direcție de acțiune este una generatoare de economii raportat la deficiențele constatate ale sistemului de sănătate, generând posibilitatea realocării mult mai eficiente a unor resurse. Reluarea programului de screening și introducerea cardului electronic de sănătate (informatizarea sistemului) constituie doar câteva din măsurile necesare.

Deficitul de personal tinde să accentueze impactul asupra timpului de așteptare, mai ales pentru specializările cu un deficit semnificativ. Pe zona resurselor umane este necesar un transfer semnificativ de competențe dinspre medici înspre asistentele licențiate, în special prin introducerea unor specializării și conturarea unui traseu de carieră mai complex.^[7]

Introducerea asigurărilor complementare de sănătate. Analiză de impact

Sistemul privat trebuie să intervină doar pe zona asigurărilor complementare și a asigurărilor voluntare paralele, pachetul de bază de servicii medicale trebuind a fi asigurat doar de sistemul public de asigurări sociale de sănătate. În același timp, trebuie găsită starea de echilibru între necesitățile sistemului de resurse economice și impactul acestora asupra costului forței de muncă. Trecerea unei părți din asigurarea de sănătate pe zona pachetelor de beneficii prin care angajatorul își poate stimula salariații ar putea fi o parte a soluției.

Resursele sistemului public sunt relativ limitate, orice încercarea de sporire a lor peste un anumit prag^[8] fiind resimțită din plin de economie. Motiv pentru care după atingerea acestui prag este indicată atragerea unor resurse pe bază de voluntariat. În acest sens considerăm că piața oferă câteva oportunități, ele putând fi accesate prin intermediul asigurărilor complementare:

- Cum o parte din firmele care activează în România își „exportă veniturile” (ex. marile lanțuri de magazine, diferitele corporații etc.), asigurările voluntare s-ar putea conecta la acest flux financiar, orientând o parte din el către sistemul de sănătate;
- Zona gri (sau chiar neagră) a economiei este la rândul ei inaccesibilă sistemului public, putând fi însă accesată de asigurările complementare.
- Fluxul financiar rezultat în urma migrației reprezintă și el o posibilă sursă de venituri suplimentare.
- Dorița de diferențiere socială a celor bogați poate avea și ea o contribuție semnificativă la sporirea resurselor financiare.
- Disponibilitatea firmelor de recompensa suplimentar angajații fără ca acest lucru să fie însoțit de o impozitare suplimentară.

De notat faptul că sporirea resurselor alocate sănătății prin introducerea asigurărilor complementare poate aduce cu sine un impact pozitiv pe orizontală asupra funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate, o bună reglementare în domeniu,^[9] putând conduce cel puțin la susținerea semnificativă a funcționării unităților sanitare publice, deci la menținerea infrastructurii. Cu alte cuvinte, sistemul de asigurări complementare de sănătate poate conduce la diversificarea surselor de venit ale unităților sanitare, compensând întrucâtva limitele efortului public în domeniu. Suplimentar, într-o anumită măsură pot fi create chiar mecanisme indirecte de transfer dinspre asigurările complementare către cele publice sau forme de compensare a cheltuielilor publice.^[10]

În discuție este *disponibilitatea suplimentară de plată a cetățenilor*.

La ora actuală această disponibilitate suplimentară de plată are un efect paradoxal, afectând deseori bunul mers al sectorului public. Spre exemplu, prin intermediul plăților informale (mai ales în cazul în care acestea sunt consistente)^[11] o persoană neasigurată (raportat la pachetul de bază) poate beneficia de transformarea artificială a cazului în urgență, accesând astfel serviciul public. Mai mult decât atât, printr-un astfel de demers poate beneficia suplimentar de prioritate în privința resurselor alocate, în dauna asiguraților onești. Efectele negative sunt astfel multiple: crearea unui statut privilegiat pentru unii cetățeni atât în ceea ce privește obligația de plată cât și în privința accesului la serviciile medicale, contribuie la anomia sistemului, dezavantajează asigurații onești, generează inegalități flagrante în privința egalității în drepturi a cetățenilor asigurați de a beneficia de servicii medicale, contribuie la existența unor venituri nefiscalizate, eventualele venituri suplimentare ale celor care lucrează în sistemul sanitar sunt distribuite fie în mod aleatoriu fie invers proporțional cu gradul de respectare a normelor deontologice (constituind un factor negativ de presiune asupra principiilor deontologice care trebuie să guverneze activitatea salariaților), generează un curent de „justiție personală” raportat la nivelul veniturilor la care sunt îndreptățiți angajații, contribuie la accentuarea fisurilor existente, determină o diminuare a capitalului social.

Principala problemă pe care ar trebui s-o rezolve noua lege a sănătății trebuie să fie creșterea finanțării pentru sistemul sanitar, în special a finanțării publice. Din perspectiva intereselor cetățeanului o creștere a deficitului bugetar pe seama creșterii cheltuielilor de sănătate este oportună.^[1] O analiză simplă arată faptul că dacă în restul statelor din Uniunea Europeană cheltuielile pentru sănătate pe cap de locuitor sunt mai mari (în multe cazuri considerabil mai mari) atunci fie acele state au un sistem de sănătate mai puțin performant decât cel pe care și-l propune actualul proiect de lege, fie statul român își propune să mențină la un nivel foarte scăzut nivelul serviciilor de sănătate acordat propriilor cetățeni. Cum în privința eficienței administrative a sistemelor românești nu prea avem îndoeli (mai ales acolo unde ele cad în sfera de interese a politicului), nu ne rămâne decât să constatăm că ultima explicație este cea validă, respectiv statul român își propune măsuri de restructurare a sănătății anunțate în mod triumfalist uitând să aloce fondurile necesare acestor măsuri.

După cum ne arată și analiza comparativă la nivelul Uniunii Europene (deoarece cu S.U.A. nu suntem doritori a face comparații în domeniul sănătății datorită efectelor sociale dezastruoase în plan social ale aceluia sistem), îmbunătățirea stării de sănătate a populației se poate face în primul rând prin creșterea ponderii cheltuielilor publice pentru sănătate (în fond bani colectați din alte surse decât cele constituite de angajatori și angajați). Or, proiectul de lege propune o strategie inversă, de tip S.U.A., de degrevare a statului de responsabilitatea asigurării unui nivel minim de servicii de sănătate pentru cetățenii săi.

Deficitul financiar în sectorul sanitar este deficiența majoră a sistemului pe care guvernării sunt chemați, de ani de zile, s-o remedieze. În mod paradoxal,^[2] inițiatorii unor proiecte de lege pe această temă anunțau triumfători: *Populația nu va resimți financiar această modificare*; altfel spus, vor exista ca și până acum doar unii care plătesc oficial și alții care se descurcă, toți trebuind în final să-și procure mijloacele financiare necesare atunci când ajung în spitale. Or, *modificarea majoră trebuie s-o constituie fie o mai echilibrată așezare a sarcinii financiare pentru susținerea sănătății pe umerii populației, astfel încât să sporească fondurile colectate și cheltuite (concret) pentru starea de sănătate a populației, fie ca statul să preia toate aceste cheltuieli în bugetul său (modelul spaniol), eliminând orice contribuție la sănătate.*

Orice strategie care se concentrează mai curând pe reducerea costurilor are cel puțin două deficiențe:

- Ori cât ar fi de mare nu poate să acopere deficitul structural creat de finanțarea insuficientă;
- Afectează în mod serios latura socială a îngrijirilor de sănătate.

În ceea ce privește finanțarea sistemului de sănătate considerăm relevante și următoarele aspecte: „Evaluarea rezonabilă economico-financiară” riscă să însemne o abordare nerezonabilă din perspectiva interesului pentru starea de sănătate a cetățenilor.

- Măsurile privitoare la finanțarea și organizarea sistemului nu trebuie să aibă ca obiectiv asigurarea echilibrului între venituri și cheltuieli (care reprezintă o abordare pur contabilă a sistemului de sănătate), ci creșterea finanțării sistemului corelată cu o creștere semnificativă a calității serviciilor medicale acordate pacienților.
- Revizuirea pachetului de bază de servicii medicale trebuie să se desfășoare concomitent atât cu introducerea asigurărilor complementare (și cu sprijinul statului pentru un grad cât mai ridicat de accesibilitate a acestora, inclusiv prin deduceri fiscale semnificative) cât și cu creșterea finanțării sistemului de asigurări sociale de sănătate.

^[1] De observat că economiile și pretensele mențineri ale actualului nivel de impozitare se fac de fapt pe seama sănătății cetățenilor, măsura ținând de o decizie de politică economică a statului român luată în defavoarea propriilor cetățeni.

^[2] Paradoxul pare să fie de înțeles dacă ne amintim că intrăm într-un an electoral iar o creștere a contribuțiilor riscă să afecteze un anumit electorat. Situația este de natură a sugera un motiv pentru a nu adopta o astfel de lege în această perioadă.

Direcții strategice/Măsuri:

Obligația de plată la sistemul public de sănătate trebuie să se raporteze la totalul veniturilor fiecărui cetățean. La ora actuală sistemul funcționează în special pe baza contribuțiilor aferente salariilor, generând o atitudine discriminatorie în funcție de tipul veniturilor și afectând în mod substanțial principiul solidarității.

Limitarea accesului la servicii constituie unul din cele mai importante mecanisme reglatoare. Ea este cunoscută îndeobște sub forma **pachetului de bază de servicii medicale** și a condițiilor ce trebuie îndeplinite pentru a avea calitatea de asigurat.

Reducerea calității și celerității serviciilor medicale constituie și ea o soluție pentru armonizarea cererii cu oferta. Deși nu tocmai acceptat la nivel oficial, este principalul mecanism prin intermediul căruia se

asigură încadrarea sistemului în resursele existente, populația fiind cea pe spatele căreia se decontează sărăcia resurselor.

Eficientizarea sistemului de sănătate pare a constitui cea mai bună soluție, asigurând un raport optim între resursele alocate și serviciile acordate populației. Eficientizarea are totuși două limite: presupune un minim de resurse necesare începând de la care ea poate fi adusă în discuție^[12] și depinde de complianța la reguli a ansamblului societății (deci inclusiv a sistemului sanitar). Relevanța eficientizării în orice proces de reformă ce are ca obiectiv o creștere a cantității și calității serviciilor medicale este direct proporțională cu resursele alocate sistemului. Altfel spus, ea tinde să fie o temă falsă, politicianistă, atâta timp cât lipsa resurselor este cea care aduce cu sine principalele perturbări. Pentru a seta un indicator al necesarului de resurse *cheltuielile pentru sănătate pe cap de locuitor ca medie la nivelul U.E.* considerăm că sunt cele mai relevante. Un exemplu elocvent îl constituie *cererea indusă de servicii medicale*: asistăm la ora actuală la o creștere nejustificată a internărilor, spre exemplu, însă ea este determinată în special de finanțarea insuficientă a serviciilor medicale (serviciile medicale nu sunt plătite la costul de piață al acestora), unitățile sanitare tinzând să compenseze deficiențele prin creștere numărului de servicii medicale solicitate la decontare.^[13] Ceea ce indică faptul că tocmai lipsa resurselor este cea care provoacă o scădere a calității serviciilor medicale.

Note:

^[1] În sistemele sociale de sănătate cetățenii sunt obligați să facă din sănătate o prioritate, cel puțin în ceea ce privește plata impozitelor/contribuțiilor necesare susținerii unui astfel de sistem.

^[2] Această influență este foarte importantă în cazul sistemului românesc de sănătate în condițiile în care cheltuielile private de sănătate tind să fie interpretate ca exprimând disponibilitatea de plată. Pe o astfel de interpretare a fost construit proiectul legii sănătății din 2011-2012, acest indicator fiind într-o oarecare măsură interpretat și de firmele de asigurări ca indicând un teren propice lansării asigurărilor private de sănătate în România.

^[3] Acest dezavantaj, care poate apărea mai ales în situațiile ce pot fi descrise ca „profitul cu orice preț”, poate fi compensat/echilibrat prin intermediul asigurărilor private non-profit (organizate pe principiul mutualității).

^[4] Evident, eficiența unui sistem de asigurări se poate traduce uneori prin calitatea mai slabă a serviciilor medicale, prin reducerea cantității, prin inconfortul pacientului.

^[5] Remarc în acest sens pasul înainte făcut de fostul ministru Vasile Cepoi, care a reușit să arunce în dezbaterile publice câteva din problemele esențiale ale sistemului de sănătate românesc.

^[6] Prin *raționalizare* înțeleg acordarea lor în mod rațional, pe baza dovezilor științifice. *Raționalizarea* este opusă atât cererii induse de servicii medicale, adică tendinței unităților sanitare de a crește în mod artificial necesarul de servicii medicale de care are nevoie populația, determinată de dorința accesării mai ridicate a nivelului de finanțare (parțial determinată de modul defectuos de funcționare a sistemului de finanțare a sistemului medical, inclusiv de deficiențele sistemului DRG), cât și solicitărilor de servicii medicale care nu sunt necesare sau care nu au caracterul de urgență (raportat la calea de accesare aleasă) de către populație.

^[7] Avansul tehnologic riscă să aglomereze în prima treaptă a ierarhiei medicale toate noile achiziții, generând aici specializări tot mai înguste și/sau măbind continuu durata de specializare. Transferul de competențe poate denționa situația deficitului de personal care, în fapt, se traduce printr-un deficit de competențe.

^[8] Estimăm acest prag la nivel contribuției mixte (angajatori-angajați) de 14%. Un argument l-ar putea constitui faptul că economia românească a funcționat pe acest procent cca. 6 ani iar reducerea lui n-a avut un impact semnificativ asupra economiei. De altfel, trebuie reținut că orice încercare de creștere a resurselor aferente sistemului, indiferent de mecanismul preferat, va avea același impact asupra economiei, ea fiind sursă esențială de venituri.

^[9] Care să vizeze, spre exemplu, evitarea constituirii unor circuite separate de asigurări complementare și spitale private.

^[10] O formă de compensare o constituie posibilitatea introducerii unor asigurări substitutive, cu menținerea însă a obligației de plată la sistemul public la un nivel mai redus (o „taxă de solidaritate”, având ca argument moral, printre altele, susținerea infrastructurii de sănătate. Evident, în acest caz vorbim de o a treia dimensiune a sistemului de asigurări de sănătate, respectiv asigurările substitutive, care determină și sporirea unităților sanitare

private. Este clar că este nevoie de o simulare economică în acest sens, parte a unei analize de impact. Prin introducerea unui astfel de sistem se elimină unul din efectele negative ale principiului solidarității, respectiv obligarea tuturor cetățenilor de a se limita la posibilitățile relativ reduse ale sistemului sanitar, interzicându-i parțial să adopte o altă strategie față de sănătate personală.

[11] Însă acestea sunt deseori cu mult sub valoarea contribuției medii pe un an de zile a unui asigurat onest.

[12] Minim necesar pe care încă nu l-am atins pentru a putea vorbi de *eficientizare* ca panaceu al problemelor sistemului sanitar românesc.

[13] Evident, această tendință se păstrează și în situația existenței unui nivel satisfăcător de resurse, ea fiind mai accentuată în sectorul privat. Motiv pentru care ea trebuie anihilată prin intermediul unor mecanisme eficiente de control (validarea cazurilor raportate, ghiduri de practică etc.). Aceste mecanisme aplicate ad literam la acest moment ar conduce însă la situația în care spitalele nu ar mai putea funcționa datorită lipsei resurselor financiare.

O S 3.1 Creșterea încasărilor la Sănătate constituie una din măsurile prioritare pentru reforma sistemului sanitar

Una din caracteristicile sistemului sanitar actual o reprezintă transferul inechitabil al efectelor crizei pe spinarea pacienților și a familiilor acestora. Reducerea acestei contribuții, mai ales că ea a fost mai mare pentru angajator, a condus la creșterea poverii financiare pentru pacienți, aceștia fiind obligați să suporte din buzunarele proprii sau să plătească cu sănătatea lor angajamentele de scăderea a fiscalității luate de Guvern față de mediul privat și instituțiile financiare mondiale. Efectul direct al reducerii contribuțiilor pentru sănătate l-a constituit creșterea cheltuielilor pe care pacienții sunt nevoiți să le facă în mod direct, aceștia fiind obligați să cumpere tot mai multe materiale și medicamente și să achite alte costuri.

Este imperios necesară eliminarea a cât mai multe din inechitățile sistemului de asigurări sociale de sănătate, un sistem centrat pe contribuțiile angajatorilor și angajaților, atât în sensul creșterii categoriilor de cetățeni obligați să plătească contribuția cât și în sensul reducerii impunerilor excesive.

Spre exemplu, este necesară reducerea progresivă a contribuției la sănătate a persoanelor care realizează mai multe venituri din salarii, eliminând astfel împovărarea suplimentară a celor care aleg să muncească mai mult. Prin această măsură ar crește gradul de echitate al asigurărilor sociale de sănătate, eliminând parte din abuzurile făcute pe baza principiului solidarității.

În practică, nu este posibilă definirea pachetului de bază fără sporirea finanțării dimensiunii sociale a sistemului sanitar, creșterea contribuțiilor la sănătate fiind prima măsură ce trebuie luată în acest sens. Dincolo de declarațiile politice, stabilirea onestă a pachetului de bază de servicii medicale la actualul nivel de finanțare înseamnă excluderea unui număr important de servicii medicale esențiale, cu impact major asupra sănătății populației.

Din perspectiva reformei financiare a sistemului sanitar, care este cea mai urgentă și importantă parte a reformei în acest moment, ordinea măsurilor trebuie să fie următoarea:

- Creșterea finanțării sistemului de asigurări sociale de sănătate
- Definirea pachetului de bază de servicii medicale
- Introducerea asigurărilor complementare.

Direcții strategice/Măsuri:

Pentru a putea vorbi de reforma legii sănătății în interesul cetățeanului prima, o măsură la îndemână o constituie creșterea contribuției la bugetul asigurărilor sociale de sănătate la 14%, (7% pentru angajat și 7% pentru angajator)

Măsurile au ca obiectiv atât identificarea și introducerea unor noi surse de venit la bugetul Casei de Asigurări Sociale de Sănătate cât și eficientizarea surselor existente, respectiv creșterea nivelului de colectare și alocarea conformă colectării. Suspiciunile care planează, chiar și la nivel oficial, asupra modului în care Ministerul de Finanțe și ANAF colectează și repartizează banii colectați de la cetățeni cu titlul de **contribuții la sănătate** justifică fie crearea unui mecanism separat de colectare a banilor pentru

sănătate, aflat sub controlul Casei, fie introducerea unui mecanism de control al modului în care aceste instituții colectează și distribuie acești bani.

Pentru garantarea managementului corect al resurselor financiare este necesar de asemenea controlul administrării banilor colectați de către partenerii sociali și organizațiile reprezentative ale pacienților, Casa fiind indicat a fi condusă de un Consiliu de administrație care să garanteze reprezentarea tuturor actorilor relevanți, proporțional cu contribuția lor la finanțarea Fondului.

Implementarea unei reforme structurale a sectorului sanitar la același nivel global de finanțare a acestuia se transformă într-o încercare de eficientizare a sărăciei, efectele benefice fiind ne semnificative raportat la ansamblul problemelor și la așteptările populației.

Reforma finanțării sistemului sanitar, parte integrantă a oricărei strategii aplicabilă Sănătății, va fi realizată pe de o parte prin *creșterea finanțării publice până la nivelul maxim posibil*, pe de altă parte prin *dezvoltarea mecanismelor de finanțare privată, care să asigure suplimentările necesare*.

Creșterea finanțării publice până la nivelul maxim posibil este primul demers ce va fi făcut, el stabilind de fapt dimensiunea pachetului minim și a pachetului de bază, respectiv nivelul gratuităților ce pot fi suportate.

Analizată pe cele două direcții de finanțare publică situația este următoarea:

a) Finanțarea realizată „de la bugetul de stat”

Creșterea finanțării publice până la nivelul maxim posibil pe zona finanțării realizate de la bugetul de stat condiționează în primul rând pachetul minim de servicii medicale, acesta fiind asigurat/finanțat (de fapt, trebuind să fie asigurat/finanțat) pe această cale.

În același timp însă, finanțarea realizată de la bugetul de stat are un impact semnificativ și asupra pachetului, prin intermediul transferului de fonduri ce trebuie realizat de la diferite capitole ale bugetului de stat (în special Asigurări sociale - pensii și șomaj) la bugetul CNAS în contul diferitelor categorii de cetățeni considerați asigurați și pentru care contribuția este plătită (de fapt, ar trebui să fie plătită) din aceste fonduri. Situația este identică și în cazul cetățenilor scutiți de la plata contribuției la sănătate, cel care introduce scutirea (respectiv Statul) fiind obligat să finanțeze această gratuitate (prin bugetul de stat).

b) Finanțarea realizată prin intermediul bugetului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

OS 3.2 Introducerea și operaționalizarea pachetului de bază și a pachetului minim de servicii medicale

Abordarea pachetului de bază înainte de a identifica și asigura nivelul maxim de finanțare publică a sănătății riscă să conducă la o diminuare radicală a serviciilor medicale ce pot fi acordate pacienților asigurați. Evident, acest efect va interveni doar în condițiile în care pachetul de bază va fi construit (așa cum considerăm normal) respectând principiile economice, respectiv asigurând un nivel rezonabil al decontării serviciilor medicale.

Direcții strategice/Măsuri:

Pachetul de servicii medicale de bază (PSMB)

Elaborarea pachetului de bază de servicii medicale reprezintă principala și cea mai importantă măsură de adecvare a ofertei de servicii medicale la posibilitățile de plată ale cetățenilor (și ale statului).

Fundamentarea pachetului de servicii medicale de bază (PSMB) pe riscul asigurat, așa cum sa intenționat în diferite proiecte de lege, aduce cu ea riscul neasigurării unor servicii medicale importante pentru populație și aruncarea sarcinii finanțării lor pe umerii asiguraților, în condițiile în care o mare parte din ei nu-și vor putea permite asigurări complementare.

Evaluarea *riscului financiar sustenabil* are un grad de aplicabilitate destul de redus în condițiile unor mari disparități economice între cetățeni.

Sistemul de asigurări sociale de sănătate și sistemul public de îngrijiri medicale nu pot suporta ale adresabilității pacienților, aceasta riscând a fi limitată, prin proiect, la unitățile care au contract cu casa la care este asigurat pacientul. Acest sistem trebuie să funcționeze doar pe zona asigurărilor complementare și a altor asigurări voluntare.

Pachetul minim (social) de servicii medicale trebuie suportat de către stat (la limită și de autoritățile publice locale). El trebuie să cuprindă și **pachetul de bază de servicii medicale** acordate cetățenilor care intră în categoria celor care trebuie să beneficieze de protecție socială totală.

Dezvoltarea asigurărilor sociale de sănătate

Asigurările de sănătate au un puternic rol stimulator pentru populație în sensul creșterii interesului pentru a fi activ pe piața muncii sau măcar contribuitor la sistem, chiar și în cazul asigurărilor sociale de sănătate. Motiv pentru care optăm pentru acest sistem, în dauna plății serviciilor de sănătate de la bugetul de stat. Chiar dacă în cazul României efectul stimulator s-a făcut mai puțin simțit aceasta se datorează în special diferitelor forme de compensare introduse de stat și corupției care le însoțește.^[3]

Construcția autonomă a acestui sistem poate avea un impact mult mai bun decât subordonarea lui totală de către stat. Modelul propus și susținut ani la rând de mai multe organizații îl constituie administrarea lui tripartită, statul fiind astfel așezat pe picior de egalitate cu partenerii sociali.

Asumarea cheltuielilor sociale de sănătate (aferele 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.

OS 3.3 Introducerea asigurărilor complementare

Mecanismele de finanțare privată trebuie gândite abia după epuizarea posibilității de finanțare publică a sănătății și în completarea acesteia. Altfel spus, finanțarea privată trebuie să fie complementară celei publice, intervenind acolo unde posibilitățile celei dintâi au fost epuizate. Una din consecințele evidente o reprezintă faptul că, într-o astfel de variantă, nu se poate vorbi de „privatizarea sănătății”, ci de asocierea public-privat în finanțarea sănătății. Introducerea asigurărilor complementare de sănătate trebuie să se facă luând în considerare un nivel de deductibilitate cât mai ridicat, impulsivând dezvoltarea organismelor non-profit (mutuale) în domeniul asigurărilor complementare, care ar trebui să constituie baza în domeniu.

Sistemul construit pe trei paliere (programe naționale, asigurări sociale de sănătate și asigurări complementare) aduce clar un gen de inegalități în accesul la servicii medicale pentru populației. Însă este vorba de un gen de inegalități coerente cu libertatea persoanei, diferențierile ivindu-se abia după ce statul a epuizat posibilitățile sale de sprijin. Altfel spus, inegalitățile apar după mobilizarea tuturor resurselor colective pentru sănătate. Păstrarea modelului actual sau introducerea celui britanic pe posibilitățile românești de finanțare au marele dezavantaj al limitării accesului unui segment din populație la servicii suplimentare de sănătate în condițiile în care există dorința finanțării suplimentare.

Direcții strategice/Măsurile

Plata cash a unei părți din costuri și decontarea acestei plăți de către societățile de asigurări ar putea crește nivelul calității serviciului medical și al costurilor, având în vedere interesul pacientului de a urmări realitatea serviciilor efectuate.^[1] Evident, mecanismul nu este aplicabil decât unor situații bine delimitate, în special a celor care nu necesită o competență deosebită din partea pacientului pentru a constata realitatea unor servicii.

Sistemul privat de asigurări poate interveni pe două paliere, separate sau simultane:

- Suplimentarea cantității de servicii medicale decontate/asigurate
 - Sistemul pachet de bază + pachet complementar;
- Suplimentarea calității serviciilor medicale
 - Pachetul complementar centrat pe calitatea serviciilor medicale (incluzând și rapiditatea efectuării lor).

Ponderarea contribuției la sistemul social de sănătate cu o variabilă care să țină cont și de volumul contribuției raportat la durata asigurării.^[2]

Asigurările complementare de sănătate

O funcționare eficientă în plan social poate fi asociată introducerii unor standarde în domeniul nivelului primelor de asigurare (cel puțin prin intermediul nivelului deductibilităților), eliminând o parte din efectele stabilirii primelor de asigurare calculate în funcție de riscul individual de îmbolnăvire.^[4]

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 vor constitui baza în domeniu.

Fondurile mutuale de asigurări complementare

Sistemul complementar de asigurări de sănătate trebuie să permită și construcții pe modelul mutualității, ele conturând un spațiu particular, situat între public și privat, respectiv un spațiu asociativ, bazat pe construcții în jurul unui interes obștesc. Sprijinirea dezvoltării acestui spațiu ar putea avea în primul rând eliminarea discuțiilor legate de „costul profitului” în cadrul sistemului de asigurări complementare. Acestuia i se adaugă o serie de efecte pe orizontală, orientate mai toate în jurul creșterii capitalului social.

Fondurile mutuale de asigurări complementare de sănătate pot constitui una din cele mai eficiente soluții de contrabalansare a „efectului de profit” pe care-l aduc cu ele sistemele private de asigurări. Chiar dacă presupune un efort considerabil constituirea acestora, mai ales în perioada de tranziție, pe termen lung ele pot reprezenta una din cele mai eficiente soluții de finanțare complementară a serviciilor de sănătate.

Economiile pentru sănătate pot avea un grad de succes în măsura în care ele ar beneficia de o marjă de deductibilitate. Impactul asupra economiei poate fi și el considerat unul pozitiv. Ele pot funcționa fie prin intermediul băncilor, care preiau cumva rolul de pseudo-asigurator, fie prin intermediul unor fonduri special constituite. Acestea presupun o modalitate mai prudentă de asumare a riscului în mod individual, pe zona complementară, adică renunțarea la gestionarea colectivă a riscului. Unul din dezavantaje l-ar constitui perturbările pe care le poate induce în funcționarea asigurărilor complementare de sănătate propriu-zise, datorită unei selecții în funcție de risc (cei cu riscul mai mic –

exemplu tinerii - pot prefera varianta economiilor) reducând potențialii numărul potențialilor participanți la sistemul asigurărilor complementare.

Note:

[1] Aceasta constituie și una din problemele actualului sistem, derivată din dorința stabilirii unui diagnostic care beneficiază de o valoare mai mare de decontare. Crearea unei instituții de monitorizare obiectivă a unor astfel de situații (suplimentar față de Școala Națională de Management Sanitar) ar putea îmbunătăți întrucâtva situația.

[2] Ar putea crește gradul de echitate față de salariații care au contribuții mari pentru diferite perioade de timp și apoi intră în șomaj, riscând imediat după asta să piardă calitatea de asigurat. Ponderarea ar putea fi introdusă în sensul creșterii duratei pentru care se consideră asigurat.

[3] Cea mai evidentă fiind situația beneficiarilor venitului minim garantat, formă de sprijin care permite accesul gratuit la servicii medicale. Dată fiind imposibilitatea stabilirii într-un mod corect a tuturor situațiilor celor care au dreptul, dublată de corupției și de interesele electorale, asistăm la o sporire artificială a beneficiarilor legii 416 cu efect inhibitor asupra activității legale pe piața muncii și, mai ales, diligențelor individuale pentru a dobândi calitatea de asigurat. Dat fiind rolul primăriilor, se remarcă faptul că instituția responsabilă de gestionarea asigurărilor sociale de sănătate, Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate, a fost nevoită să cedeze o parte din atribuțiile ei de verificare și certificare a calității de asigurat către un organism fără competență în domeniu și care, suplimentar, are toate deficiențele unei structuri intens politizate.

[4] Evident, este nevoie de un calcul economic prealabil, care să stabilească nivelul contribuțiilor necesar pentru a garanta funcționarea sistemului. Modelul de referință îl pot constitui cheltuielile aferente unei organizații non-profit de asigurări complementare.

O S 3.3 Creșterea nivelului de decontare a serviciilor medicale către spitale

Din perspectiva pacienților internați, principalul fundament al reformei spitalelor îl constituie *cererea indusă de servicii medicale spitalicești*. O analiză critică a factorilor care determină *cererea indusă de servicii medicale spitalicești* poate indica direcțiile în care trebui desfășurată reforma.

Ivită în cadrul unui sistem de finanțare pe bază de DRG care ar funcționa la modul ideal, cererea indusă de servicii medicale este determinată de dorința unităților sanitare de a face profit. Deoarece acest criteriu este aplicabil doar unităților spitale private avem nevoie de o grilă de analiză specifică spitalelor publice. Este drept, într-o oarecare măsură în cazul spitalelor publice interesul pentru profit poate fi înlocuit cu interesul pentru creșterea sumelor aflate la dispoziție (pentru a avea mai mult spațiu de manevră în cazul achizițiilor - spre exemplu) sau pentru a acoperi deficiențe manageriale. Acest fenomen ocupă însă un loc minor în ansamblul spitalelor, fiind de asemenea lesne de combătut.

În cazul spitalelor publice *cererea indusă de servicii medicale spitalicești* este determinată în principal de nivelul mult prea redus al decontării serviciilor medicale în sistemul DRG, acestea fiind insuficiente pentru a acoperi costurile pe care le au spitalele pentru furnizarea serviciilor medicale respective. Altfel spus, *cererea indusă* este în majoritatea cazurilor un mecanism de supraviețuire al spitalelor, acestea salvându-se de la faliment pe această cale, adică evitând să fie afectate de modul defectuos în care funcționează sistemul DRG.

Al doilea „mecanism de eschivarea din fața falimentului” îl constituie neplata furnizorilor, adică acumularea datoriilor. Au reușit să evite datoriile (sau nivele mari ale datoriilor) spitalele care au învățat din timp cum funcționează sistemul DRG, respectiv cele care au apelat la serviciile de consiliere privind „optimizarea raportărilor DRG”.

Există și un al treilea mecanism de supraviețuire pe care-l activează spitalele: *rabatul de la calitatea serviciilor medicale*. Deși este cel mai îngrijorător, despre el se vorbește prea puțin deoarece nu există

standarde clare de calitate a serviciilor medicale. Este drept, el este parțial abordat în discuțiile despre obligarea pacienților internați de a-și cumpăra medicamentele și materialele sanitare.

Sistemul a părut să funcționeze cumva doar atâta timp cât doar unele spitale au „optimizat raportările” (a se vedea exemplele de spitale foarte mici cu ICM-ul mai mare decât al spitalelor universitare)(Demersul Ministerului Sănătății de a stabili câteva paliere de decontare pe tipuri de spitale constituie una din încercările de a remedia astfel de anomalii.) El ascunde faptul că „spitalele istețe” încasau suplimentar în detrimentul celor care nu au înțeles mecanismul. Din momentul în care majoritatea spitalelor a tins către „optimizare”, banii fiind aceeași, beneficiile au dispărut ,deoarece ele nu puteau fi asigurate pentru toți.

În același timp însă, *cererea indusă de servicii medicale spitalicești* are o a doua componentă importantă: *pacienții dispuși să se interneze*. Se naște astfel întrebarea: De ce sunt dispuși pacienții să se interneze? Un răspuns simplist ar putea suna în felul următor: Pentru că așa le spune medicul! Uneori se întâmplă și din acest motiv. Însă această explicație este departe de a epuiza fenomenul. Expresia curentă „Mă internez să-mi fac analizele!” evocă, simultan, și dorința pacienților de a se interna, menținând validitatea întrebării. Care este motivul pentru care pacienții preferă condițiile mizere din spitale (deseori), înghesuiala, plățile informale etc., în locul diagnosticului în ambulatoriu și tratamentului la domiciliu? De răspunsul la această întrebare atârnă succesul câtorva dintre direcțiile reformei.

Răspunsul necesită o analiză multi-cauzală. Contribuie la nașterea acestui fenomen (indicăm doar câteva dintre cauze) :

- disfuncționalitățile medicinei primare și ambulatorii; remediarea acestora condiționează deplasarea rezolvării unor cazuri din spital în aceste sectoare.
- Neîncrederea în medicina primară și ambulatorie - acțiunile în acest domeniu sunt mai complicate și de lungă durată pentru a produce efecte.
- Concentrarea specialiștilor în spitale - este posibil ca ambulatoriile de specialitate ale spitalelor să constituie o soluție.
- Costurile mai mari (financiare dar și în termenii bugetelor de timp) ale diagnosticului și tratamentului ambulatoriu.
 - Privatizarea unei bune părți din medicina ambulatorie de specialitate contribuie la creșterea costurilor (mai ales dacă este dublată de eliminarea serviciilor publice de același tip).
 - Sărăcia unei categorii de cetățeni intervine și ea în acest mecanism. Enumerăm doar câteva cazuri:
 - Cetățenii care se prezintă la unitățile sanitare „în ultimul moment”, respectiv doar în momentele de gravitate deosebită a bolilor;
 - Cetățeni care nu-și permit accesarea „rutei alternative” de diagnostic și tratament - medicina primară și ambulatorie.
 - Inegalitatea (teritorială a) accesului la serviciile medicale

Ideea înlocuirii ofertei de servicii spitalicești neperformante cu servicii alternative ambulatorii are o aplicativitate limitată, reducându-se la cazul „internărilor pentru analize” și similare. O analiză atentă a acestui tip de *cereri induse de servicii medicale spitalicești*, respectiv „internările pentru analize”, relevă faptul că de multe ori ele sunt determinate tocmai de funcționarea deficitară a medicinei primare și a celei ambulatorii, care se dovedesc deseori incapabile de a demara setul de investigații necesar, stabilirea diagnosticului și demararea terapiei.

Din tot acest context ne putem da seama că împiedicarea spitalelor de a mai interna anumite cazuri este departe de a constitui o soluție imediată, ea trebuind precedată de o perioadă de pregătire a sectorului

primar și a celui secundar pentru preluarea anumitor fluxuri de pacienți, și de o perioadă de trecere de la un moment la altul.

În același timp, în condițiile în care o anumită cazuistică a spitalelor contribuia la un grad de echilibrare financiară (reamintim: în contextul unui dezechilibru general determinat de nivelul decontărilor prea mici pentru serviciile medicale), eliminarea ei va accentua deficitele financiare ale unităților.

Nivelul actual al costurilor serviciilor medicale în spitale este menținut la un nivel redus (reduc în mod forțat) prin următoarele mecanisme:

- Menținerea la nivele foarte scăzute a salariilor personalului. În condițiile în care în medicină, în toată lumea, costurile cu resursa umană dețin ponderea cea mai mare în ansamblul costurilor aferente serviciilor medicale, este firesc ca salariile mici să contribuie la nașterea unor costuri reduse.
- Plățile informale, care intervin în suplimentarea deficitului de finanțare.
- Optimizarea raportărilor, acestea vizând o creștere a veniturilor pentru a le apropia de veniturile necesare.
- Acumularea datoriilor.

În absența unei reforme a finanțării, tradusă direct printr-o creștere a finanțării spitalelor, vom asista în continuare la activarea celor trei mecanisme de supraviețuire a unităților sanitare, cel mai îngrijorător fiind rabatul de la calitatea serviciilor medicale.

Direcții strategice de acțiune/Măsuri:

Reforma spitalelor va fi centrată pe creșterea nivelului decontărilor pentru serviciile medicale, dublată de introducerea procedurilor de raționalizare și eficientizare (ghiduri și proceduri de practică, trasee clinice etc.).

- Sumele alocate medicinei spitalicești trebuie vor crește, pentru a permite tinderea către decontarea serviciilor medicale prestate în spitale la nivelul costurilor.
- Pentru calculul costurilor reale ale serviciilor medicale vor fi stabilite standarde de cost, în baza unor studii pilot desfășurate la nivel național, pe un eșantion reprezentativ de unități sanitare.

Nivelul de decontare al serviciilor medicale acordate în unitățile sanitare va include și posibilitatea creșterilor salariale așteptate. Studiul pilot privind stabilirea nivelului standard de decontare al serviciilor medicale către spitale trebuie vor include variabila independentă *cheltuieli cu resursa umană*, ea urmând să fie ajustată continuu în funcție de obiectivele salariale stabilite de comun acord cu organizațiile sindicale reprezentative din sectorul sanitar.

- Revizuirea sistemului DRG trebuie de fapt să vizeze în special trei direcții principale:
 - Adaptarea costurilor tratamentelor și procedurilor medicale la costurile de piață (reale, nu la cele „discret” umflate de diferiții furnizori).
 - Introducerea mecanismelor de control care să elimine procedurile de „optimizare” practicate de unii furnizori de servicii medicale, care șuntează astfel mecanismele concurențiale de piață punând în dificultate „naivii” care raportează corect.
- Crearea unei categorii de profesioniști în domeniu care să-și desfășoare activitatea în unitățile sanitare, asigurând astfel aplicarea uniformă a procesului de raportare.

Aria Strategică 4. Resursa umană

O. G. 4: O resursă umană pregătită și bine motivată, care să furnizeze serviciile medicale necesare populației și un nivel de calitate al serviciilor medicale la standarde europene

OS 4.1 Asigurarea armonizării nivelului de calificare a profesioniștilor din sănătate în conformitate cu prevederile Directivei U.E. nr. 36/2005 privind recunoașterea calificărilor profesionale

Sistemul sanitar a fost afectat în ultimii 24 de ani de o serie de anomalii pe zona de formare a asistentelor medicale. Pentru a ilustra situația, recurgem la prezentarea situației existentă într-unul din studiile desfășurate pe tema salariaților din Sănătate:

*„Formarea profesională a asistentelor medicale constituie o dovadă de incompetență a sistemului desfășurată pe seama asistentelor în condițiile în care modificările continue de pregătire au adăugat continuu obligații în seama asistentelor medicale. Cele mai afectate au fost asistentele medicale deja angajate în sectorul public de sănătate, majoritatea fiind prinsă în **cercul vicios al formărilor redundante**. Este vorba de asistente medicale care au fost obligate să parcurgă mai multe forme de pregătire pentru a-și putea menține profesia la nivelul inițial. Exemplele de situații sunt de-a dreptul halucinante, ele conducând uneori la durate totale de formare care depășesc durata de formare pentru un medic:*

1. **Traseul maxim:** absolventă de liceu (soră medicală) + școală postliceală (3 ani) + colegiu (3 ani) + facultate (4 ani)= **10 ani de formare** (fără a lua în considerare pregătirea de specialitate din liceu);
2. **Traseul mediu:** absolventă de liceu (soră medicală) + școală postliceală (3 ani) + facultate (4 ani)= **7 ani de formare** (fără a lua în considerare pregătirea de specialitate din liceu);
3. **Traseele minime:**
 - a. absolventă de liceu (soră medicală) + școală postliceală (3 ani) = nivel mai redus de salarizare decât absolventele de facultate.
 - b. Școală postliceală = nivel mai redus de salarizare decât absolventele de facultate.
 - c. Colegiu = nivel mai redus de salarizare decât absolventele de facultate.
 - d. Facultatea de asistente medicale.

Această evoluție nefirească a creat un grad semnificativ de incertitudine în rândul asistentelor medicale în ceea ce privește dezvoltarea carierei proprii, contribuind în mod semnificativ la scăderea calității vieții profesionale.”

Implementarea unei strategii ce vizează evaluarea, formare și echivalarea la nivel universitar a asistentelor medicale absolvente de studii postliceale, așa cum avem în vedere în continuare, prezintă următoarele avantaje:

- Respectă principiul egalității de șanse și al accesului egal la formarea profesională. În marea lor majoritate asistentele medicale cu postliceală nu au avut posibilitatea de urma cursurile facultăților de asistenți medicali în special datorită distanței, dar și costurilor adiacente. Suplimentar, sistemul are o datorie morală față de aceste asistente medicale care i-au susținut funcționare în ultimii ani în contextul unui deficit accentuat de personal. Este vorba de persoane care și-au sacrificat timpul ce trebuia alocat familiei pentru a face deseori ore suplimentare neplătite (de multe ori chiar nepontate), pentru a îndeplini sarcinile de serviciu ale colegelor plecate la muncă în străinătate.
- Contribuie în ceea mai mare măsură la creșterea nivelului de pregătire profesională, respectiv la creșterea calității serviciilor medicale.
- Este conformă cu Directiva U.E. privind calificările și cu eforturile pe care sistemul trebuie să le depună pentru a avea lucrători cu un înalt nivel de pregătire.
- Este relevantă pentru Directiva nr. 24/2011 din perspectiva nivelului de pregătire al celor care furnizează servicii medicale în România în contextul liberei circulații a pacienților, oferind astfel un avantaj competitiv sistemului sanitar românesc.
- Prin intermediul acestei măsuri se creează posibilitatea unor creșteri salariale semnificative pentru un număr cât mai mare de asistente medicale, contribuind astfel la atingerea altor obiective specifice.

Planul de intervenție trebuie dublat de introducerea specializării asistentelor medicale cu studii superioare. Specializarea asistentelor medicale deschide posibilitatea accederii la întreg ciclul de formare de tip Bologna, respectiv licență-master-doctorat, instituind o modificare necesară a sistemului universitare de pregătire a asistentelor medicale: asistentele medicale să fie pregătite/formate în principal de alte asistente medicale (și nu în special de medici, cum se întâmplă în prezent).

Introducerea specializării asistentelor medicale cu studii superioare satisface totodată o condiție esențială pentru reducerea actualelor tensiuni de care este traversat sistemul: posibilitatea unor atribuții diferențiate care să justifice diferențele de salarizare actuale și, mai ales, viitoare.

O astfel de măsură trebuie dublată de stabilirea unor atribuții specifice pentru toate asistentele medicale absolvente cu studii universitare, indiferent dacă vor fi sau nu specializate. Din această perspectivă, atribuțiile diferențiate au un caracter urgent.

Direcții de acțiune/Măsurii:

a. Crearea cadrului legal necesar și implementarea unei strategii ce vizează evaluarea, formare și echivalarea la nivel universitar a asistentelor medicale absolvente de studii postliceale. Programul de revalorizare a diplomelor/echivalare poate fi accesat de asistentele medicale angajate în unitățile sanitare cu o vechime de cel puțin 3 ani.

b. Susținerea implementării planului de revalorizare a diplomelor asistentelor medicale. Implementarea planului de revalorizare a diplomelor pentru asistentele medicale absolvente ale cursurilor de învățământ postliceal care au obținut diploma de asistenți medicali generaliști înainte de anul 2010, angajate în sistemul public de sănătate se va face prin intermediul unor proiecte specifice pe fonduri structurale.

c. Recunoașterea internă a nivelului de formare pentru asistentele medicale ce urmează planul de revalorizare a diplomelor. Planul de revalorizare a diplomelor va include atât revalorizarea externă cât și pe cea internă. În acest sens, absolventele unor astfel de cursuri vor fi echivalate și la nivel național în ceea ce privește pregătirea și nivelul de salarizare cu asistentele medicale cu studii superioare. Prin intermediul acestei măsuri se va asigura intrarea în normalitatea europeană în ceea ce privește salarizarea asistentelor medicale.

d. Implementarea specializărilor pentru asistentele medicale cu studii superioare, respectiv deschiderea unui traseu suplimentar de carieră, care să fie corelat cu o salarizare diferențiată pentru fiecare situație în care o asistentă medicală exercită atribuții specializate.

OS 4.2 Dezvoltarea formării profesionale continue și creșterea impactului acesteia asupra calității serviciilor medicale

Abordarea problemelor practice ale formării profesionale continue specifică sectorului sanitar este concentrată pe o analiză globală a situației, respectiv pe expunerea problemelor concrete cu care se confruntă sistemul în acest domeniu. Perspectiva de abordare este cea a unui sistem sanitar normal, centrat pe calitatea serviciilor medicale și pe calitatea vieții profesionale a salariaților, având în vedere influența celei din urmă asupra celei dintâi. În acest sens, evaluarea câtorva din factorii care intervin în dimensionarea calității vieții profesionale, raportați la elementele ce țin de calitatea serviciilor medicale (incluzând și atitudinea generală față de pacienți) ne-a furnizat informații utile, transpuse în prezentele constatări. Principalele probleme care ne rețin atenția sunt următoarele:

Aspectul formal al majorității cursurilor de formare profesională continuă. Situația este aplicabilă în special profesiunilor medicale, pentru celelalte categorii de personal putând vorbi mai curând de absența acestor cursuri. Contribuie la ivirea acestui aspect formal în special rolul pe care-l are formarea profesională continuă în traseul de carieră, dar și o bună parte din disfuncționalitățile expuse în continuare. În condițiile în care cea mai mare parte a salariaților participă la activitățile de formare doar din cauza obligațiilor legale (condiționarea acordării certificatului de liberă practică de obținerea unui anumit număr de credite), interesul angajaților se concentrează pe achitarea în cel mai ușor mod de această obligație și obținerea într-o modalitate cât mai facilă a creditelor aferente. Suplimentar, interesul salariaților față de formarea profesională continuă este relativ redus în special datorită faptului că aceasta are un impact foarte mic sau chiar deloc asupra propriei cariere profesionale și nivelului veniturilor salariale. Introducerea unui sistem de salarizare care să ia în considerare performanța profesională drept una din variabile constituie o parte importantă a soluțiilor de remediere a acestei situații.

Monopolul organismelor profesionale asupra formării profesionale continue pentru personalul medical^[1] constituie o altă deficiență semnificativă. Absența concurenței (pe care ar putea-o genera liberul acces al formatorilor la furnizarea cursurilor de formare profesională continuă) este un inhibitor al calității. Suplimentar, în condițiile în care cursurile de formare sunt o sursă suplimentară de venit pentru aceste organisme, bazat pe plata lor de către salariați, intervine interesul de a crește nivelul satisfacțiilor de „*prima facie*” reprezentate în special prin durata cursurilor mult mai mică decât cea oficială, număr de credite disproporționat raportat la importanța cursurilor etc. Modelul câtorva din statele occidentale indică o mai mare rigoare în acest domeniu, dublată de menținerea concurenței. Elocvent este exemplul Italiei, unde coordonarea și controlul activităților de formare recunoscute este realizat de Ministerul Sănătății, organismele profesionale concurând alături de alte organizații la obținerea acreditării, sub rezerva îndeplinirii standardelor de calitate. Acest exemplu considerăm că este unul indicat și pentru cazul României, aducând cu el posibilitatea unui spor de eficiență în domeniu, dublată de doza necesară de control din partea celui care trebuie să garanteze calitatea serviciilor medicale către cetățeni, respectiv calitatea formării profesionale: statul român, prin Ministerul Sănătății.

Nu există diagnoză națională sau locală a nevoilor de formare profesională continuă, sub forma unui screening global sau a unei evaluări continue. De asemenea, lipsește un inventar al competențelor profesionale existente, pe baza cărora poate fi construită o strategie de formare la nivel național, pot fi dezvoltate strategiile regionale și ale unităților sanitare și pot fi elaborate strategiile de dezvoltare a carierelor individuale. Toate acestea sunt determinate de o deficiență mult mai amplă: absența unei strategii coerente în domeniul resurselor umane din sectorul sanitar. Chiar dacă după ani de eforturi în direcția campaniilor de conștientizare privind problemele determinate de migrația personalului medical și de politicile greșite de personal, s-a reușit înțelegerea parțială a unora din aceste probleme, această înțelegere nu a fost dublată de luarea măsurilor corespunzătoare. În acest context, asistăm la o continuă diluare a competențelor profesionale existente, în special în sistemul public, fără a avea o imagine clară a deficitului și, evident, fără a fi luate măsurile corespunzătoare. Soluția evidentă o constituie instituirea unei campanii de cercetare în domeniu, dublată de o strategie de formare profesională continuă la nivel național.

Lipsa obiectivelor clare ale formării profesionale continue la nivelul organismelor profesionale, singurele care au demersuri (fie ele minime) în această direcție, determinată de absența inventarului competențelor și a strategiei în domeniu. În acest context, selecția cursurilor de formare se face adesea în mod aleatoriu, multe din ele fiind irelevante pentru activitatea curentă a spitalelor sau pentru necesarul viitor de competențe ale salariaților sau ale unităților sanitare. Mai mult decât atât, elaborarea unor pseudo-obiective (obiective stabilite în absența unei diagnoze și a unei strategii de formare) are drept efect un grad ridicat de aleatoriu în ceea ce privește direcțiile de dezvoltare profesională.

Formarea profesională continuă se face pe costurile salariaților, personalul medical ajungând să plătească atât cotizația (obligatorie) de membru al organismului profesional și fiind în majoritatea cazurilor obligat, de același organism profesional, să suporte costurile cursurilor de formare profesională. Astfel de situații se alătură cazurilor relativ numeroase în care formarea profesională continuă constituie o afacere, în cadrul căreia veniturile sunt realizate pe seama angajaților salariați la un nivel foarte scăzut. Suplimentar, ivite pe fondul unui nivel de salarizare, cheltuielile adiționale cursurilor de formare profesională continuă accentuează deficitele financiare în care se zbat salariații. Situația este cu atât mai gravă în cazurile de sărăcie salarială, ce pot fi întâlnite mai ales la salariații începători. Finanțarea formării profesionale continue prin intermediul Programului Operațional Capital Uman.

Nu există alocări bugetare semnificative pentru formarea profesională continuă (cu excepția fondurilor structurale; însă și acestea sunt alocate în mod haotic). La acest context contribuie în special deficitele financiare cu care se confruntă spitalele publice, lipsurile bugetare conducând la situația în care unitățile sanitare nu-și achită obligațiile financiare și de altă natură, având ca izvor legea, aferente formării profesionale legale. Situația are două efecte: contribuie la sporirea poverii financiare suportate de personalul medical (în special) pentru propria formare continuă și conduce deseori la situația în care alte categorii de personal decât cele medicale nu participă la formarea profesională continuă.

Lipsa cronică de timp pentru formarea profesională continuă determinată de deficitul de personal; una din manifestările concurente pentru timpul lucrătorilor din sănătate este determinată de foarte multele ore lucrate suplimentar (fără a fi plătite). Întregul context de lucru nu este unul favorabil armonizării vieții profesionale cu viața de familie, cea mai afectată fiind viața de familie. Ponderea mare a femeilor în totalul salariaților, combinată cu nivelul ridicat al obligațiilor de accentuează lipsa timpului pentru formarea profesională continuă pentru această categorie de personal.

Unitățile sanitare nu au o strategie de personal și nu sunt interesate de *tabloul competențelor existente* sau de orientarea strategiei în funcție de competențe. De altfel, o astfel de strategie este absentă și la nivelul Ministerului Sănătății, ea fiind înlocuită de soluții alternative ineficiente, de tipul strategiilor de formare profesională continuă dezvoltate de organismele profesionale și de diversitatea ofertei facultăților de medicină și altor furnizori autorizați de organismele profesionale. Suplimentar, resursa umană este profund afectată de metodele informale de selecție a personalului care afectează sectorul public, absența concurenței oneste în cazul angajărilor (chiar dacă ele sunt puține) conducând de fapt la o contraselecție.

Nu există o situație clară în privința tabloului competențelor necesare fiecărui post, reglementările reducându-se la fișa postului (care tinde către un aspect strict formal) și la evaluările făcute cu ocazia examenelor de promovare în carieră de diferitele organisme și instituții. La rândul lor, salariații nu-și elaborează propriul traseu de carieră pe baza competențelor, fie datorită necunoașterii acestei cerințe, fie din cauza faptului că gestiunea resurselor umane, în ansamblul ei, nu acordă importanța necesară competențelor, eforturile salariaților centrate pe competențe rămânând fără răsunet. Situația derivă dintr-o preocupare de ansamblu a sistemului sanitar pentru competență și concurența bazată pe concurență, relațiile profesionale fiind fie de natură birocratică, fie căzând în zona diferitelor tipuri de dominanță.

La nivelul **unităților nu există departamente/compartimente specializate pe formarea profesională continuă a salariaților** și pe problemele adiacente acesteia. Este unul din motivele importante pentru care formarea continuă este lăsată în bună măsură la voia întâmplării și la decizia salariaților în domeniu, lipsind orientarea ei conform intereselor unității.^[2] Formarea noilor veniți nu are un caracter organizat, nefiind cunoscută importanța acesteia pentru salariați și pentru unitate. Considerăm deosebit de utile în acest domeniu structurile de tip *mentorat*, care ar trebui instituționalizate.

Ponderea mare a competențelor dobândite informal complică și ea lucrurile în mod semnificativ. Tematicile formării nu acoperă transferul informal de atribuții între diferitele categorii profesionale, competențele utilizate în acest sens fiind dobândite predominant pe căi informale. Competențele profesionale dobândite informal, ca urmare a pregătirii personale a salariatului sau pe calea transferului informal de experiență, nu beneficiază de recunoaștere, lipsind cu desăvârșire procedurile necesare în acest sens. Din acest motiv, o parte considerabilă din activitatea profesională din sectorul sanitar se desfășoară pe baza competențelor dobândite informal, în această situație aflându-se, spre exemplu, unii dintre asistenții medicali.

Transferul de experiență nu este instituționalizat, nefiind luat în considerare ca tip de formare profesională continuă. Situația este paradoxală în condițiile în care preluarea unui nivel de experiență, prin prezența în unitate, în cadrul perioadelor de formare inițială, este considerată pregătire (fiind bifată la capitolul *pregătire practică*), în timp ce același demers, dublat de o eficiență deseori mult mai mare, nu beneficiază de recunoașterea instituțională.

Absența unor standarde de formare relevante, care să fie dublate de o monitorizare riguroasă a respectării lor, determină deseori o atmosferă de neîncredere a salariaților în relevanța cursurilor organizate/girate de organisme profesionale. Preocuparea pentru calitatea formării profesionale continue este insuficientă, efectele resimțindu-se și în domeniul calității serviciilor medicale.

Procedurile aferente formării profesionale continue sunt greoaie, nefiind adaptate la flexibilitatea specifică pieții muncii. Suplimentar, formarea profesională continuă suferă consecințele negative ale redundanței formelor inițiale de pregătire, redundanță vizibilă mai ales în cazul asistenților medicali.

Conceptul *resursă umană* are un sens mult prea abstract pentru decidenți, astfel încât nu se poate vorbi de existența unei strategii coerente de investiții în acest domeniu, care să cuprindă și dimensiunea formării profesionale continue. Așa cum spuneam în prima parte, o lectură a Strategiei propusă de Ministerul Sănătății este lămuritoare în acest sens.

Direcții strategice de acțiune/Măsuri:

a. Responsabilitățile instituționale

Ministerul Sănătății

Una din principalele direcții de acțiune o constituie crearea unei strategii pentru dezvoltarea și profesionalizarea compartimentelor de resurse umane din unitățile sanitare (incluzând transformarea acestora în Direcții de resurse umane), ca formă de sprijin a spitalelor, parte a procesului de reformă. Ea presupune investiții și proiecte pe fonduri structurale pentru formarea specialiștilor în resurse umane și schimburi de experiență. Ministerul Sănătății va avea inițiativa în acest sens, inclusiv prin construirea unui departament de specialitate pentru implementarea unei astfel de strategii, care să monitorizeze atât nivelul formării profesionale continue cât și indicatorii calității vieții profesionale a personalului din sectorul sanitar. O bună parte din aceste activități vor face parte din dialogul social, prin extinderea instrumentelor/instituțiilor de dialog social. Strategia include dezvoltarea consilierii profesionale la nivelul unităților sanitare, în parteneriat cu organisme profesionale și partenerii de dialog social.

O acțiune complementară, parte a dialogului social, o constituie introducerea unui management participativ, respectiv a unei forme de participare a salariaților, prin intermediul organizațiilor sindicale, la managementul unității, luând în considerare necesitatea lărgirii cadrului de dialog social raportat la indicatorul EPI II (European Participation Index).^[3]

Acordarea sprijinului necesar pentru constituirea unor organisme profesionale pentru specialiștii în resurse umane din sectorul sanitar, care să contribuie la creșterea gradului de profesionalizare și la menținerea noilor nivele de competență constituie o altă direcție de acțiune.^[4]

Introducerea în COR a profesiei/specializării *codificator DRG* și crearea mecanismelor specifice de formare rapidă a unor specialiști în domeniu, ea răspunzând unei necesități reale de competențe necesare la nivelul spitalelor.

Creșterea nivelului de finanțare al sistemului sanitar, cu impact direct asupra bugetului spitalelor, ar genera un efect pe orizontală, ar avea ca efect sporirea posibilităților de finanțare de către unitățile sanitare a formării profesionale continue, conducând astfel la creșterea calității serviciilor medicale.

Modificarea semnificativă a traseului de carieră prin adăugarea unor noi trepte, crearea conexiunilor inter-profesionale, sporirea nivelului de specializare, includerea unor noi competențe care

acoperă necesități concrete ale unităților sanitare atât pe domeniul unui mai bun management cât și pe acela al acordării unor îngrijiri medicale de calitate.

Includerea formării profesionale continue în obiectivele strategiei aplicabilă pentru următoarea perioadă de programare în cadrul fondurilor structurale este necesară, ea putând suplimenta chiar în mod eficient lipsa posibilităților financiare ale unităților sanitare.

Unitățile sanitare

Va fi implementată o strategie ce vizează implicarea activă a unităților sanitare în formarea continuă a personalului propriu, centrată pe următoarele demersuri:

- Identificarea ansamblului competențelor existente la nivelul unității – *tabloul competențelor existente*. Demersul specific în acest sens ar putea purta numele de *bilanțul instituțional de competențe*, realizabil prin intermediul *bilanțului individual de competențe*, aplicabil tuturor salariaților. Bilanțul individual de competențe trebuie să ia în considerare:
 - Competențele profesionale atestate
 - Competențele comune atestate (comunicare, TIC, bioetică/deontologie etc.)
 - Competențele profesionale și comune dobândite în mod informal.^[5]
- Stabilirea setului de competențe necesare (raportat la nivelul spitalului, la specializările existente, la strategia de dezvoltare, la standardele de evaluare) – *tabloul competențelor necesare*;
- Identificarea nevoilor de formare profesională la nivelul unităților:
 - Se face ca diferență dintre *tabloul competențelor necesare* și *tabloul competențelor existente*;
 - Necesită crearea unor instrumente de evaluare a nivelului de formare profesională continuă și a eficienței cursurilor de formare profesională desfășurate și implementarea acestora;
- Stabilirea unei strategii de formare profesională continuă, centrată pe următoarele direcții:
 - Crearea unui compartiment de specialitate la nivelul unității. Acesta va avea ca atribuții, în afară de cele conexe strategiei de formare, și:
 - Accesarea fondurilor europene pentru formarea profesională continuă și introducerea unor noi instrumente de management resurse umane;
 - Identificarea oportunităților de formare oferite de proiectele aflate deja în implementare;
 - Participă la activitățile de cercetare în domeniul resurselor umane din sectorul sanitar.
 - Stabilirea panelului de competențe țintă. Se raportează la două dimensiuni:
 - Stabilirea competențelor a căror menținere necesită formare profesională continuă;
 - Identificarea noilor competențe necesare, grupate pe următoarele categorii:
 - Competențe profesionale;
 - Competențe tehnice de specialitate;
 - Competențe comune;
 - Strategia trebuie realizată împreună cu partenerii sociali și organismele profesionale de la nivel local. Motiv pentru care este necesară încheierea unor relații de parteneriat cu toți actorii implicați/interesați în formarea continuă a salariaților (organisme profesionale, organizații sindicale, furnizori de formare profesională). În acest sens, elaborarea strategiei de formare profesională continuă și monitorizarea implementării ei trebuie să facă parte din obiectivele dialogului social la nivelul unităților sanitare.
 - Finanțarea cursurilor de formare profesională continuă, acolo unde acestea nu sunt finanțate /furnizate gratuit de organismele profesionale. Se are în vedere și finanțarea acestora prin intermediul proiectelor pe fonduri europene.

- Dezvoltarea unui compartiment de formare profesională continuă la nivelul unității, care să includă autorizarea unităților sanitare pentru furnizarea cursurilor de formare profesională continuă necesare unității la nivelul acesteia. Acest compartiment include formarea unor lectori din rândul angajaților unității.
- Îmbunătățirea calității dialogului social la nivelul unității, inclusiv prin introducerea unor noi mecanisme de dialog social specifice dimensiunii formării profesionale și analizei/monitorizării factorilor care intervin în motivarea personalului.
- Introducerea și dezvoltarea structurilor de tip *mentorat*, utilizabile pentru noii angajați și pentru practica profesională dezvoltată în cadrul spitalelor, ca parte a formării continue. Ea presupune cel puțin următoarele:
 - Crearea rețelei de mentori
 - Vor fi selectați angajații cu experiență și cu bune rezultate profesionale;
 - Se adaugă pregătirea acestora în domeniul formării;
 - Necesită, de asemenea, modificarea traseelor de carieră în sensul adăugării calității de mentor și introducerii unor forme de recompensă;^[6]
 - Introducerea unor proceduri de formare practică, bazate pe standarde de formare și instrumente de evaluare;
- Creșterea nivelului de corectitudine a comportamentului față de salariați prin modificarea și completarea prevederilor care reglementează activitatea în unități.

Organismele profesionale

Implementarea unei strategii centrată pe redefinirea rolului formării profesionale continue în acord cu interesele multiplilor actori și beneficiari, angajați, angajatori, pacienți, cetățeni, organizații, instituții, ar trebui să constituie principala direcție strategică a organismelor profesionale.

Având în vedere cadrul legal existent și situația concretă, în care salariații reclamă dificultăți financiare pentru urmarea cursurilor de formare profesională continuă iar posibilitățile de intervenție pe această zonă a unităților sunt limitate de problemele bugetare de notorietate, este necesar ca organizațiile profesionale să furnizeze într-o pondere mult mai mare cursurile de formare profesională continuă în mod gratuit pentru proprii membri, atât din surse proprii cât și prin intermediul proiectelor implementate pe fonduri structurale. Pe această cale s-ar putea ieși din discretul aspect formal al cursurilor de formare profesională continuă, indicat de respondenți, depășindu-se presiunea în acest sens creată de finanțarea de către participant a cursurilor. Pentru reușita unei astfel de acțiuni considerăm că sunt necesare modificări legale orientate în această direcție.

Efortul combinat al unităților sanitare și al organismelor profesionale de finanțare a cursurilor de formare profesională continuă și implementare a proiectelor pe această zonă va avea un impact direct asupra veniturilor salariaților din sănătate, contribuind în mod semnificativ la o creștere a veniturilor disponibile pentru alte nevoi, adică la creșterea calității vieții de familie (care are un impact important asupra vieții profesionale).

Dezvoltarea activităților de cercetare în domeniu pentru identificarea competențelor relevante pentru activitatea profesională curentă, orientate simultan către creșterea calității serviciilor medicale acordate pacienților.

Strategiile de formare profesională continuă vor fi construite pe baza identificării necesarului de competențe la nivelul unităților sanitare. În acest sens este necesară crearea unor departamente de specialitate atât la nivel central cât și la nivel local, împreună cu o rețea de comunicare în domeniu, conectată la organismele specializate de la nivelul spitalelor.

Crearea unor standarde minime obligatorii în domeniu furnizării cursurilor de formare profesională continuă desfășurate atât de organizațiile proprii cât și de cele acreditate, care să includă obiective de

competență și monitorizarea nivelului de atingere a acestora în urma activităților de formare (inclusiv prin intermediul unei proceduri obiective de evaluare).

Dezvoltarea unor relații de parteneriat cu organisme implicate în domeniu care au contacte specializate cu salariații din sănătate, în special cu organizațiile sindicale și departamentele unităților sanitare.

Instituirea unei mai mari obiectivități și transparențe în procesul de acreditare a furnizorilor de formare profesională continuă, dublate de proceduri care să asigure accesul egal la acreditare al furnizorilor interesați.

Modalitățile informale de pregătire a personalului vor fi cuprinse în cadrul general al formării profesionale continue, beneficiind inclusiv de mecanisme de recunoaștere instituțională a competențelor dobândite informal. În acest sens organizațiile au un rol esențial de crearea a cadrului instituțional necesar acestei recunoașteri, trebuind în același timp să beneficieze de sprijinul tuturor actorilor semnificativi pentru sistemul sanitar.

Organizațiile sindicale

La nivelul acestor organizații este necesară o mai mare orientare și preocupare pentru intervenția și monitorizarea formării profesionale continue, inclusiv privind implicarea în implementarea unor proiecte specifice pe această temă.

Reglementarea modului concret de furnizare a formării profesionale continue a salariaților de către unitățile sanitare trebuie să aibă cel puțin statutul de anexă la Contractele colective de muncă la nivel de unitate, pentru reușita acestui demers minim urmând să se constituie un model cadru de anexă la nivelul contractelor colective superioare, respectiv la nivelul contractelor colective de muncă la nivel de grup de unități și/sau sector de activitate.

Implicarea în desfășurarea unor cursuri de formare profesională cu impact asupra calității vieții profesionale și armonizarea vieții profesionale cu viața de familie trebuie implementată, ea înscriindu-se în preocuparea pe care organizațiile sindicale europene o au în acest domeniu.

Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor (CoNAS)

Strategia și acțiunile unităților sanitare în domeniul formării profesionale continue vor fi incluse în standardele de acreditare a unităților sanitare de către CoNAS, ca parte a instrumentelor de monitorizare a calității serviciilor medicale și a calității vieții profesionale, respectiv a relației de influență reciprocă dintre acestea. În acest sens, evaluarea măsurilor privitoare la formarea profesională continuă va avea în vedere atât indicatorii calității serviciilor medicale^[7] cât și indicatorii calității vieții profesionale.^[8]

Având în vedere accentul pus pe calitatea serviciilor medicale de Directiva U.E. nr. 24/2011, ale cărei prevederi au intrat în vigoare începând cu luna octombrie 2013, și ținând cont că atât aspectele ce țin de formarea profesională continuă cât și cele legate de calitatea vieții profesionale au un impact direct și semnificativ asupra calității serviciilor medicale, această instituție va fi preocupată atât de identificarea/crearea standardelor minime de calitate la nivelul U.E. cât și de identificarea relației dintre calitatea vieții profesionale și calitatea serviciilor medicale, dublată de introducerea în propriile standarde de verificare a măsurilor ce se dovedesc a fi necesare.

Salariații

În contextul trecerii la salarizarea în funcție de performanță, este evidentă urgența orientării salariaților către abordarea din punctul de vedere al competențelor a propriei cariere profesionale și a modului curent de exercitare a profesiei. O astfel de abordare va avea ca efect creșterea calității serviciilor medicale acordate, obiectiv esențial pentru propria carieră, mai ales dacă avem în vedere contextul creat de Directiva U.E. nr. 24/2011. Creșterea nivelului de accesare a serviciilor de consiliere profesională^[9] face parte și ea din noua orientare ce va fi sprijinită pentru a fi adoptată de salariați față de propria profesie.

Efortul pentru creșterea propriilor performanțe profesionale prin intermediul formării profesionale continue este esențial pentru creșterea calității serviciilor medicale acordate populației, având totodată o influență semnificativă asupra calității propriei vieți profesionale. Demersul centrat pe calitatea vieții profesionale și calitatea serviciilor medicale va fi unul comun, instituții – organizații – salariați, crescând șansele de succes ale acestei strategii.

Furnizorii de formare profesională continuă

Orientarea către efectivitatea și calitatea cursurilor de formare profesională furnizate (ce presupune limitarea la minimum posibil a caracterului pur formal al cursurilor de formare profesională continuă) constituie una din cele mai eficiente măsuri în atingerea obiectivului de creștere a nivelului de pregătire al salariaților.

Centrarea formării pe competențele furnizate/completate/susținute poate contribui și ea în mod semnificativ la implementarea unei noi strategii în domeniul formării profesionale continue.

b. Direcțiile de acțiune ce va implica efortul conjugat al mai multor factori

Organizarea riguroasă a fiecărei profesii pe sistemul competențelor (constituirea tabloului competențelor specific fiecărei profesii) permite introducerea traseelor profesionale progresive, salariații putând adăuga prin diferite tipuri de pregătire (inclusiv informală și/sau la locul de muncă)^[10] competențele necesare pentru a ajunge la un nou nivel de pregătire, la a cărui certificare trebuie, de asemenea, să aibă acces. În acest sens, principalul obiectiv îl constituie structurarea tuturor formelor de învățământ în domeniu pe competențe concrete și instituirea unor forme concrete de certificare/constatare a acestora, care să permită:

- analiza obiectivă a competențelor deținute de un absolvent/salariat (în procesul angajării și al evaluării profesionale continue);
- salarizarea în funcție de competență;
- analiza propriilor competențe de către salariați și construirea unui traseu de carieră;
- realizarea unui tablou al tuturor competențelor la nivelul fiecărei unități sanitare și chiar la nivel național;
- eliminarea formelor de învățământ redundante.

Eliminarea formelor de învățământ redundante considerăm că are un caracter de urgență, ea dând seama de unul din viciile sistemului de pregătire inițială și continuă. Este de notorietate situația asistentelor medicale care au ajuns/au fost obligate să urmeze și câte 4 forme de pregătire inițială diferite care atestă același nivel profesional, pe care-l obținuseră deja după absolvirea primei forme. Spre exemplu, asistentele medicale care au terminat *liceul* sanitar înainte de 1989 și chiar după (considerate ulterior „soră medicală”), au fost nevoite să urmeze ulterior *școala postliceală*, apoi *colegiul* și la urmă *facultatea*, pentru ca în final să aibă aceleași atribuții pe care le avea inițial. Chiar și în situația tratării diferențiate din punct de vedere formal (diferențele de nivel de salarizare), nivelul de competențe și atribuțiile sunt identice.

Importanța competențelor dobândite informal înregistrează cele mai mari valori pozitive (peste 57% dintre respondenți optând pentru *mare și foarte mare*), ridicând o adevărată problemă pentru gradul de relevanță al formării continue pe sistem clasic. Răspunsurile predominant pozitive în ceea ce privește aprecierea formării profesionale continue și marcant pozitive raportat la competențele dobândite informal pot fi conciliate doar prin intermediul *unui model centrat pe formarea continuă la locul de muncă*, adică pe *transferul de experiență între generații*. Din această perspectivă, formarea profesională continuă instituționalizată se dovedește cel puțin insuficientă pentru asigurarea nivelului necesar de competențe al unităților și salariaților. În acest context, considerăm indicate două soluții

complementare: *formalizarea transferului de experiență între generații și dezvoltarea formării profesionale continue în direcția competențelor dobândite informal.*

Formalizarea transferului de experiență presupune crearea cadrului instituțional pentru eficientizarea acestui transfer, constituirea instrumentelor metodologice de dezvoltare, monitorizare și evaluarea acestui tip de formare. Necesitatea formalizării derivă și din caracterul ambivalent axiologic al acestui cadru formativ, el fiind permeabil aproape în mod egal la achizițiile pozitive și la cele negative. Această realitate constituie un motiv suficient pentru ca atât unitățile sanitare cât și organismele profesionale să fie interesate de organizarea acestui domeniu esențial pentru activitatea profesională din sectorul sanitar.

Dezvoltarea formării profesionale continue în direcția competențelor dobândite informal presupune în primul rând crearea cadrului instituțional necesar pentru evaluarea acestor competențe, dublat de linii directoare care să orienteze acest tip de formare. În aceste condiții este evidentă necesitatea organizării întregii formări profesionale pe unități de competență, cel puțin pentru profesiile medicale, abia acestea generând posibilitatea articulării logice a celor două mari tipuri de formare: formarea inițială și formarea continuă. Suplimentar, sistemul presupune atât posibilitatea evaluărilor periodice și a monitorizării competențele deținute de fiecare profesionist cât și crearea cadrului pentru evidențierea tipurilor de formare, la care se adaugă conștientizarea salariaților privind nevoia proprie de formare. Este evidentă în acest context nevoia centrării sistemului de formare pe persoană, introducerea instrumentelor de evaluare și autoevaluare și stimularea formării bazate pe obiective de competențe. Totodată, este necesară adaptarea tuturor instrumentelor de formare și evaluare la noile mijloace de comunicare, în special la Internet. Centrarea pe evaluarea competențelor dobândite informal nu este însă suficientă de una singură, fiind necesară accesibilizarea accesului salariaților la informațiile profesionale relevante, introducerea formării continue ca parte integrantă a activității profesionale curente,^[11] recunoașterea și stimularea (inclusiv materială) profesioniștilor de succes.

Eficientizarea formării profesionale continue - dezvoltarea și implementarea unei strategii de intervenție în dimensiunea motivațională a salariaților, care va include:

- Recunoașterea eforturilor depuse de salariați în domeniul propriei formări profesionale continue:
 - Stimularea salarială a:
 - Diferențelor de competență dovedite;
 - Diferențelor de calitate a serviciilor medicale;
 - Introducerea unor noi forme de recunoaștere a calității și cantității activității profesionale la nivelul unităților sanitare.
- Diversificarea traseelor de carieră, formarea profesională continuă urmând să facă parte din criteriile esențiale pentru avansare.
- Crearea instrumentelor de monitorizare a gradului de satisfacție profesională a salariaților.
- Introducerea unui sistem multidimensional și obiectiv de evaluare a performanțelor profesionale.^[12]

Creșterea nivelului de reglementare a formării profesionale continue în sectorul sanitar

Pornind de la următoarele premise:

- Efectele pozitive ale pregătirii și dezvoltării profesionale se regăsesc în creșterea calității serviciilor medicale și, totodată, în creșterea calității vieții profesionale;
- Nevoia de dezvoltare profesională la locul de muncă cere deschidere spre formare din partea angajatorilor, derularea unor programe și activități de dezvoltare personală;
- Pregătirea și dezvoltarea profesională este un proces care presupune planificare, organizare și supervizare;

- Gândirea unei strategii coerente și globale în domeniul formării și dezvoltării profesionale este necesară;

Este necesară reglementarea organizării pregătirii profesionale continue a tuturor categoriilor de personal din sistemul sanitar printr-o prevedere legală unică, elaborată în comun de Ministerul Sănătății, organismele profesionale și partenerii sociali. În acest sens, prin rezultatele obținute, studiul de față, întărește nevoia unui astfel de document.

De asemenea, ținând cont de faptul că educația a devenit un factor din ce în ce mai important în viețile oamenilor, în special la locul de muncă, se impune crearea unor contexte stimulatoare, facilitatoare și încurajatoare pentru toate activitățile de însușire a cunoștințelor noi. Dacă angajatorul va dovedi aprecierea interesului angajaților pentru cunoaștere și învățare, va obține din partea acestora comportamente și atitudini pozitive față de muncă, motivare și performanță.

În ciuda faptului că pregătirea profesională este considerată importantă, de multe ori este privită de angajator drept o obligație ce revine exclusiv angajatului. Inițierea unor cursuri de perfecționare profesională, stabilirea de parteneriate cu sindicatele și organizațiile profesionale, manifestarea deschiderii pentru orice ofertă de pregătire profesională de calitate care este în interesul salariaților sunt câteva exemple de bune practici în domeniul managementului resurselor umane.

Aprecierea obiectivă a performanțelor prin evaluarea profesională anuală nu ar trebui să fie o simplă problemă de administrație formală ci trebuie să constituie o ocazie de a demonstra salariatului că îi este recunoscută valoarea profesională, stimulându-i preocuparea pentru pregătire și perfecționare profesională.

OS 4.3 Implementarea unei strategii privind informarea, orientarea și consilierea profesională a salariaților

Principii:

- Informarea, orientarea și consilierea angajaților vizează, în primul rând, menținerea locului de muncă și îmbunătățirea carierei.
- În secundar, ele trebuie să sprijine salariatul pentru căutarea unor locuri de muncă mai bune în cadrul sistemului sanitar din țară.
- În al treilea rând, aceste activități trebuie să ajute angajarea în străinătate și căutarea unui loc de muncă în cazul riscului de disponibilizare.

Direcții strategice de acțiune/Măsuri:

a. Sprijin pentru menținerea și îmbunătățirea condițiilor la actualul loc de muncă

- Evaluarea competențelor ce nu țin strict de aspectele profesionale (competențele profesionale directe), dar sunt importante pentru desfășurarea unei bune activități profesionale.
- Evaluarea abilităților/competențelor etc. legate de muncă.

b. Sprijin pentru dezvoltarea carierei

- Aplicarea formelor tradiționale de sprijin;
- Utilizarea mecanismelor și elementelor indicate în prezenta strategie.

c. Noi instrumente utile în carieră

- Descoperirea unor noi metode de intervenție în sprijinul salariaților, corespunzătoare atât competențelor clasice necesare cât și noilor competențe ce se adaugă continuu la profilul fiecărei profesii.

d. Îmbunătățirea serviciilor de gestiune resurse umane

- Crearea unor instrumente utile pentru evaluarea candidaților la diferite posturi;
- Dezvoltarea unor instrumente utile (și recunoscute) pentru recrutarea personalului;

- Elaborarea unor protocoale de practică pentru resursele umane aplicabile pentru momente precum
 - Evaluarea personalului
 - Concedieri colective și individuale
 - Angajare;
- Introducerea unor instrumente de gestionare rațională a resurselor umane.

e. Schimbarea obiceiurilor riscante

- Strategii de combatere a angajărilor pe baza mecanismelor de corupție;
- Diminuarea impactului negativ al *solidarității de breaslă* și schimbarea mentalităților în domeniu.

f. Stabilirea elementelor de strategie la nivel sectorial în privința informării, orientării și consilierii personalului

- Identificarea tipurilor de activități din sistemul sanitar și a profilurilor pentru fiecare loc de muncă;
- Dezvoltarea programelor online, care diminuează costurile adiționale formării și evaluării;
- Dezvoltarea unor instrumente online de formare/evaluare/proceduri și integrarea lor în managementul modern al resurselor umane.

g. Dezvoltarea unor instrumente de informare, consiliere și orientare profesională

- Crearea Ghidului de consiliere a salariaților din sănătate;
- Crearea unor instrumente de consiliere și orientare cu auto-utilizare/auto-administrare;
- Crearea unor instrumente de consiliere/orientare specifice anumitor profesii;
- Multiplicarea surselor de informații online în domeniu.

Note:

^[1] Este vorba de formarea profesională recunoscută, respectiv luată în considerare pentru acordarea certificatelor de liberă practică.

^[2] Deficitul este derivat din unul mult mai grav: absența unor orientări strategice ale unităților sanitare. Este drept, situația nu poate fi imputată doar managementului acestora, fiind determinată și de amploarea incertitudinii în care sunt situate spitalele.

^[3] Referințe suplimentare la adresa: <http://www.worker-participation.eu/About-WP/European-Participation-Index-EPI>. Avem în vedere faptul că valorile înalte ale acestui indicator sunt asociate în cea mai mare parte a cazurilor cu un nivel mare de dezvoltare, ilustrând astfel eficiența unei astfel de abordări.

^[4] Se va desfășura o analiză a atentă și a altor categorii profesionale din sistemul sanitar din perspectiva posibilității de-a introduce organisme profesionale sau forme similare de organizare, care ar putea să asigure creșterea nivelului de pregătire și omogenizarea procedurilor utilizate. Câteva exemple sunt ilustrative: managerii unităților sanitare, specialiștii în finanțe din sector, juriștii din spitale și responsabilii de achiziții. Astfel de construcții instituționale ar putea aduce un surplus de eficiență în zona administrativă a spitalelor (salariații numiți generic T.E.S.A.).

^[5] Pentru acest din urmă demers se va acționa pentru introducerea unei proceduri de evaluare a competențelor informale, cu implicarea în această acțiune a Ministerului Sănătății, a organismelor profesionale și a instituțiilor de formare inițială și continuă în domeniul profesional și în cel al competențelor comune.

^[6] Aceasta intrând în atribuțiile Ministerului Sănătății, a organismelor profesionale și a partenerilor de dialog social.

^[7] Construiți în special pe baza *output*-urilor furnizate de pacienți, fără însă a fi limitați la asta. În acest sens, este vitală existența și funcționarea instrumentelor de monitorizare a gradului de satisfacție

^[8] Într-o variantă standardizată a acestora, care ar trebui elaborată în urma unor studii în domeniu. Acești indicatori trebuie să includă gradul de satisfacție al personalului față de propria viață profesională, monitorizat anual.

[9] Evident, în condițiile construcției efective a unui sistem eficient de consiliere.

[10] Diferențierea între competențele dobândite informal și cele dobândite la locul de muncă este doar aparent tautologică, putând vorbi de competențe dobândite informal și în afara locului de muncă.

[11] Spre exemplu, cea mai mare parte a timpului alocat formării profesionale continue va fi inclusă în timpul de lucru.

[12] În această direcție se va acționa pentru introducerea unui sistem mult mai complex de evaluare, cu un grad mult mai ridicat de obiectivitate, care, în același timp, să aibă un impact semnificativ asupra carierei profesionale și nivelului de salarizare, întărind locul acesteia în ansamblul factorilor motivaționali, care contribuie totodată în mod semnificativ la creșterea calității vieții profesionale.

OG 5 Implementarea unei politici de asigurare a resurselor umane în sănătate la nivelul de pregătire și motivare necesar asigurării unor servicii medicale de înaltă calitate

OS 5.1 Creșterea salariilor și introducerea salarizării în funcție de performanță

Sistemul de salarizare din Sănătate constituie o temă de interes public, având în vedere influența acestuia asupra calității serviciilor medicale. Faptul că salarizarea în sistemul sanitar constituie una din cele mai grave probleme ale acestuia tinde să fie unanim acceptat, fără însă a exista abordări serioase ale acestei probleme, determinate de interesul pentru identificarea unor soluții satisfăcătoare pentru cea mai mare parte a salariaților și care să aibă drept efect creșterea calității serviciilor medicale.

Salarizarea în sistemul sanitar suferă de ceea ce am putea numi „eroarea socialistă”: încadrarea într-un model uniformizant, caracterizat de o distribuție a veniturilor pe modelul clopotului lui Gauss. Plățile informale se dezvoltă ca o reacție compensatorie la această forțare a normalității, veniturile realizate în urma lor înregistrând o variație mult mai amplă, adică mai apropiată de cea caracteristică unui asemenea domeniu de activitate. În felul acesta s-a ajuns la situația în care veniturile sistemului sanitar sunt caracterizate simultan de două modele diferite: cel oficial (un model ce forțează egalități), și cel real, dezvoltat în conformitate cu aspirațiile economice normale ale profesioniștilor și aflat într-o relație de dependență de realitățile „pieței”.

Sistemul de salarizare din sănătate (adică sistemul bugetar de salarizare) este tributار la modul cel mai profund unui model socialist de organizare, adică principiului unei egalități forțate. Dacă adecvarea acestui model la diferitele sectoare bugetare poate fi discutată, în ceea ce privește sectorul sanitar este vorba în mod clar de o inadecvare de substanță. Argumentul fundamental în acest sens îl constituie diferențele imense între profesioniști în ceea ce privește pregătirea, efortul personal și rezultatele, dublate de talentul personal. Altfel spus, acest domeniu este caracterizat de un tip de aleatoriu specific, care face inadecvate abordările de tipul curbei gaussiene. Mai multe decât atât, acest sistem de

salarizare are la ora actuală o dimensiune considerabilă de inechitate raportat chiar la propriile principii, respectivi cele egalitariste.

Unul din câștigurile dezbaterilor din ultimii ani pe tema salarizării în Sănătate îl reprezintă răspândirea conceptului „salarizare în funcție de performanță” și creșterea aderenței salariaților față de implementarea acestui sistem. Având în vedere regulile salarizării în sistemele publice de sănătate, salarizarea în funcție de performanță are o aplicare limitată, principala dificultate în implementarea unui astfel de sistem constituind-o identificarea limitelor sale. Pentru a depăși dificultățile inerente, modelul pe care-l avem în vedere este cel al „saliilor minime din sănătate” (luând ca punct de reper nivelul actual de salarizare, respectiv salarizarea prevăzută de Legea 284), dublat de salarizarea în funcție de performanță. Ceea ce înseamnă că trebuie avut în vedere un sistem mixt de salarizare, care să combine modelul grilei cu cel al salarizării suplimentare în funcție de performanță.^[2]

Argumentul fundamental pentru salarizarea suplimentară în funcție de performanță îl constituie faptul că suferința profesioniștilor din Sănătate nu este legată doar de nivelul insuficient de salarizare, ci și de absența posibilităților de diferențiere a veniturilor în funcție de efortul depus și de rezultatele obținute. Într-un mediu dominat de profesiile liberale dorința de afirmare individuală și de recunoaștere prin intermediul diferențierii veniturilor are caracterul unei nevoi fundamentale.

Salarizarea din sistemul sanitar se confruntă la ora actuală cu câteva probleme foarte grave:

1. Raportarea sporurilor la „diferite salarii de bază”. Acest fapt este evident mai ales în situația salariaților aflați la nivelul salariului minim, unde se constată următoarele situații grave:
 - a. În cazul salariaților angajați înainte de 2009 raportarea sporurilor se face la salariul de bază de la acea dată, în timp ce în cazul salariaților nou angajați raportarea sporurilor se face la un salariu mai mare (respectiv la salariul de bază actual). Această situație generează o gravă inechitate salarială, deseori noii angajați ajungând în final la salarii mai mari decât salariații angajați în perioada anterioară.
 - b. În cazul angajaților care au avut salariul minim în perioada anterioară (inclusiv în 2013) raportarea sporurilor se face la salariul anterior, deși salariul minim s-a modificat.
2. Creșterea salariului minim aduce cu sine un set de inechități salariale foarte grave:
 - a. Egalizarea nivelului salariilor între salariați cu vechimi diferite de muncă și chiar cu nivele de pregătire diferite. Creșterea salariilor mici conduce la anularea diferențelor dintre diferite categorii de salariați, generând un val de nemulțumire.
 - b. Iivirea a tot mai multe situații de discriminare salarială a angajaților cu vechime în unitate față de noii angajați.
3. Sunt numeroase unitățile în care angajații cu salariile mici au salariul de bază sub salariul minim pe economie.

Câteva date rezultate în urma unor cercetări având ca subiecți salariații din sectorul sanitar sunt grăitoare atât în ceea ce privește problemele existente cât și în privința soluțiilor recomandate.^[13]

46% dintre salariați sunt afectați de fenomenul inechităților salariale, determinat de incoerențele legislative din ultimii 5 ani, aceștia având salariul mai mic decât colegii loc care au același nivel de pregătire și lucrează la același loc de muncă.

Rezultatele cercetării au indicat un nivel crescut *insatisfacției față de nivelul salariilor* în rândul lucrătorilor din Sănătate. Nivelul satisfacției față de *recunoașterea statutului de către societate* este unul foarte scăzut, comparabil cu nivelul insatisfacției față de salarizare; motiv pentru care putem considera

că salariații tind să perceapă nivelul salarizării drept principalul indicator al recunoașterii statutului social.

46% dintre respondenți au indicat că sunt afectați de fenomenul inechităților salariale, având salarii mai mici decât colegii lor aflați în aceleași condiții. Inechitățile sunt rezultatul modificărilor prevederilor legale din ultimii 5 ani, aplicabile salarizării din Sănătate. Rezultatele cercetării au indicat de asemenea un nivel crescut *insatisfacției față de nivelul salariilor* în rândul lucrătorilor din Sănătate. Nivelul satisfacției față de *recunoașterea statutului de către societate* este unul foarte scăzut, comparabil cu nivelul insatisfacției față de salarizare. Motiv pentru care putem considera că salariații tind să perceapă nivelul salarizării drept principalul indicator al recunoașterii statutului social.

Cca. 84 % dintre salariați sunt de acord cu introducerea unui sistem de salarizare care să garanteze salarizarea în funcție de performanță. Salarizarea în funcție de performanță se bucură în bună măsură de adevăratul suport al respondenților, 40% dintre ei indicând un grad de satisfacție *mare și foarte mare* față de introducerea unui astfel de sistem. Într-o contradicție evidentă cu unele revendicări vehiculate de mișcările de protest din acest an, varianta salarizării în conformitate cu Legea nr. 284/2010 nu este una dorită de salariați.

84% dintre salariați consideră că creșterea salariilor va conduce la creșterea calității serviciilor medicale.

Din punctul de vedere al salariaților salarizarea în funcție de performanță ar trebui să se *aplice tuturor categoriilor de salariați* (52%), urmată de *tuturor categoriilor de personal* (38%). 74% dintre salariați consideră că salarizarea în funcție de performanță trebuie să se aplice în mod diferențiat pe categorii de salariați și pe specialități.

Având în vedere categoriile de criterii propuse în cadrul dezbaterilor pentru evaluarea personalului în vederea salarizării în funcție de performanță, răspunsurile salariaților indică următoarea pondere în evaluare pentru fiecare categorie de criterii:

- Nivelul de pregătire profesională – 35%
- Cantitatea muncii – 21%
- Calitatea muncii – 32%
- Fidelizarea muncii – 12%.

Considerăm că pentru fiecare din aceste categorii este necesară în continuare elaborarea câte unui set de criterii relevante pentru evaluarea activității profesionale, respectiv salarizarea în funcție de performanță.

78% dintre respondenți au indicat creșterea discretă sau semnificativă a calității serviciilor medicale în cazul introducerii salarizării în funcție de performanță.

46% dintre salariați sunt afectați de fenomenul inechităților salariale, determinat de incoerențele legislative din ultimii 3 ani, aceștia având salariul mai mic decât colegii loc care au același nivel de pregătire și lucrează la același loc de muncă.

În ceea ce privește reforma finanțării Sănătății, introducerea asigurărilor complementare cumulează 50,9% din opțiunile salariaților; același procent indică drept parte a soluției *creșterea nivelului de colectare la bugetul asigurărilor sociale de sănătate*. Suportarea diferențelor de cost (pentru ceea ce depășește pachetul de bază) este indicată de 25,8% dintre salariați.

Având în vedere că în cadrul unuia din proiectele legii salarizării în funcție de performanță (prin care se intenționa de fapt să introducă salarizarea suplimentară pentru munca suplimentară/munca desfășurată în afara programului normal de lucru), era vizată o redistribuire a veniturilor suplimentare realizate de unitate, distribuția acestor venituri între diferitele categorii profesionale și unitate indicată

de salariați este următoarea: medic – 45%; asistenți medicali – 22%; alți membri ai echipei medicale – 12%; alte categorii de salariați – 8%; unitatea – 13%. Se poate observa că modelul propus de respondenți diferă într-o măsură considerabilă de cel avut în vedere de Ministerul Sănătății în cadrul proiectelor de legi prezentate public. Una din diferențele importante o constituie faptul că de veniturile astfel realizate ar trebui să beneficieze toți salariații unității, în procente variabile, pornind de la faptul că toți participă, prin activitatea lor specifică, la realizarea actului medical.

Condiționarea actului medical

Raportat la opinia comună, procentul pe care-l ocupă condiționarea tratamentului de plățile informale este mult mai mic decât cel indus de frecvența cu care acest aspect este vehiculat. Însă, atât din perspectiva normalității funcționării sistemului sanitar cât și, mai ales, din punctul de vedere al intereselor pacienților, procentul de aproape 6% este îngrijorător atunci când vorbim de condiționarea actului medical, aceste cazuri înscriindu-se în categoria a ceea ce opinia publică desemnează drept *șpagă*.

Valoarea medie a sumelor obținute în cazul condiționării actului medical (ca medie a valorilor indicate de cei 6% dintre respondenții care au arătat existența condiționării actului medical) este de 424 lei.

Plățile informale voluntare

Existența plăților informale voluntare făcute de pacienți către personal este indicată de cca. 37% dintre respondenți. Cuantumul mediu al plăților voluntare (indicat doar de respondenții care au confirmat existența plăților voluntare) este de 166 lei. Se poate observa că nivelul este considerabil mai mic decât în cazul condiționării.

Echitatea veniturilor informale

Marea majoritate (92%) a salariaților care au indicat existența plăților informale (doar aceștia răspunzând la această întrebare) consideră inequitabil „sistemul plăților informale”.

Principalii beneficiari ai plăților informale sunt *medicii*, care apar în toate variantele, urmați de *asistenții medicali*. Majoritatea medicilor consideră că beneficiază de plățile informale/onorariu *medicii și asistenții* în timp ce majoritatea asistenților consideră că *beneficiază doar medicii*.

Majoritatea respondenților (50,3%) consideră că sistemul plăților informale trebuie înlocuit de un sistem eficient de asigurări, care să asigure finanțarea sistemului sanitar, respectiv posibilitatea unei salarizări corespunzătoare. Dacă adăugăm și respondenții care cred că acestea ar trebui să fie pur și simplu eliminate, se ajunge la un procent de 72% dintre respondenți care doresc eliminarea plăților informale. Doar 28% dintre respondenți consideră oficializarea plăților informale, marea lor majoritate indicând însă faptul că o astfel de variantă ar trebui dublată de mecanisme care să asigure distribuirea lor echitabilă.

După cum se poate observa, în varianta legalizării plăților informale se pune totuși problema echității unui astfel de sistem, marea majoritate a salariaților considerând că el este inequitabil. Ținând cont de faptul că această variantă este vehiculată, inclusiv la nivel oficial, este evident că ea nu este agreată de salariați.

Direcții de acțiune/Măsuri:

Salarizarea personalului medical se va face pe două coordonate esențiale:

- Asigurarea unui nivel de bază de salarizare, specific sectorului sanitar, organizat pe trepte ierarhice în funcție de categoriile de personal, având caracter minim, deci valabil pentru toți salariații. În acest sens, nivelul actual de salarizare constituie baza de referință pentru acest an, el urmând să fie crescut progresiv în următorii ani.

- Asigurarea cadrului legal pentru suplimentarea salariului de bază pentru salariații performanți, proporțional cu importanța activității desfășurate și nivelul reușitei profesionale. O astfel de acțiune este posibilă prin implementarea unui sistem de evaluare obiectiv care să permită salarizarea suplimentară, în funcție de performanțele concrete realizate. În acest sens, considerăm că Ministerul Sănătății ar trebui să demareze negocierea unui astfel de proiect cu partenerii sociali, procedurile de evaluare propuse de noi putând constitui un bun punct de pornire. Această modalitate de salarizare se va aplica tuturor salariaților din sănătate, impulsionând astfel performanța în toate domeniile de activitate.

- Introducerea unei metodologii obiective de evaluare a performanțelor angajaților din sistem.

OG 6 Creșterea calității vieții profesionale pentru a determina creșterea calității serviciilor medicale

OS 6.1 Studii și analize pentru identificarea factorilor calității vieții profesionale

Rolul profesioniștilor în îmbunătățirea calității și siguranței serviciilor medicale

Identificarea cauzelor care influențează în mod semnificativ calitatea serviciilor medicale

Identificarea factorilor calității vieții profesionale

- Cercetări cantitative (două, la interval, pentru a putea valida datele obținute)
- Cercetări calitative (workshopuri)
- Mese rotunde cu actori relevanți

OS 6.2 Calitatea și siguranța serviciilor medicale – o prioritate pentru profesioniștii din sănătate

Direcții strategice de acțiune/Măsuri:

- introducerea standardelor de calitate a serviciilor medicale
- acțiunea asupra calității serviciilor medicale prin intermediul măsurilor luate pentru creșterea calității vieții profesionale
- Introducerea sistemului despăgubirii pacienților pentru prejudicii
- crearea sistemului de asigurării privind despăgubirea pacienților în caz de prejudicii.

OS 7.5 Gărzile medicilor constituie timp de lucru

Abordarea situației timpului de lucru al medicilor din România face parte din strategia ce vizează analiza relației dintre calitatea vieții profesionale a salariaților și calitatea serviciilor medicale. În acest sens, această analiză pornește de la premisa că insatisfacțiile față de timpul de lucru, dublate de-o modalitate de organizare a activității care conduce la supra-aglomerarea salariaților au un impact negativ asupra calității serviciilor medicale, datorită demotivării, stării de oboseală, influențelor negative asupra vieții de familie etc.

Această abordare privește timpul de muncă din sectorul sanitar în ansamblul său, concentrându-se asupra problemei gărzilor efectuate de medici din punctul de vedere al statutului pe care-l au acestea, inclusiv din perspectivă juridică.

Statutul timpului de lucru al medicilor ridică câteva întrebări esențiale care orientează abordarea:

Gărzile sunt considerate timp de lucru?

Care este numărul de ore de gardă pe care este obligat să le facă un medic?

Plata orelor de gardă ține cont/trebuie să țină cont de faptul că este vorba și de ore lucrate noaptea?

Date fiind aceste efecte posibile și impactul acestora asupra factorilor care determină migrația personalului medical, abordarea constituie și un bun instrument de investigare din perspectiva cauzalității migrației medicilor.

Abordarea debutează cu o prezentarea a situației în fapt, așa cum reiese din studiile desfășurate (cităm aici rezultatele *Studiului asupra timpului de muncă în sectorul sanitar din România. Analiză de caz: gărzile medicilor*, Editura Sodalitas, 2013) urmată de o prezentare a situației de drept, clarificând interpretările legale și, astfel, situația în drept a timpului de lucru.

Situația în fapt

Media lunară a orelor de gardă efectuată de medici este de 90. Ceea ce înseamnă însă că jumătate dintre respondenți lucrează mai mult de 90 de ore de gardă. Medicii care fac peste 150 de ore de gardă tind către echivalentul duratei normale a încă unui contract individual de muncă, unii și depășind acest nivel.

Numărul mediu de ore de lucru pe săptămână este de 58 de ore. Dacă avem în vedere faptul că durata normală a timpului de lucru este de 40 de ore/săptămână, putându-se merge până un maxim de 48 de ore pe săptămână, este evidentă o depășire medie cu echivalentul unei jumătăți de normă.

Media numărului de ore lucrate de un medic într-o lună este de 227. Observăm că sunt medici care depășesc și durata a două norme de lucru (media unei norme de lucru pentru un medic fiind de cca. 147 ore/lună).

Faptul că media orelor lucrate continuu, fără pauză, depășește 30 de ore accentuează numărul cazurilor situate dincolo de prevederile legale în ceea ce privește protecția salariaților. Suplimentar, starea de oboseală asociată timpului de lucru prelungit poate constitui un risc pentru siguranța pacienților.

Procentul celor care nu primesc spor pentru orele de gardă se situează la cca. 79%.

Nivelele cele mai mari ale timpului de lucru, respectiv ale numărului mare de gărzi, se observă în cazul specialităților **medicină de urgență, chirurgie, medicină internă, pediatrie, obstetrică-ginecologie, radiologie, ATI.**

Pentru cca. 46% dintre respondenți garda are un caracter obligatoriu. Situația reprezintă o încălcare a prevederilor legale în vigoare, riscând chiar o interpretare în sensul muncii forțate.

În cca. 35% din cazuri medicii efectuează gărzile pentru a putea câștiga mai mult. Se observă în aceste situații că fie nivelul mic al câștigurilor (cel mai probabil) fie dorința unor câștiguri mult mai mari determină medicii să achieseze la situații ilegale din perspectiva timpului legal de muncă. Cca. 32% dintre respondenți indică obligația ca motiv pentru desfășurarea gărzilor. În cca. 24% din cazuri situația a căpătat chiar un aspect de normalitate, fiind considerată de subiecți ca făcând parte din normalitatea profesiei.

Gărzile afectează într-o măsură semnificativă subiecții. În acest sens trebuie luate în considerare toate tipurile de efecte negative pe care orele de gardă le au asupra medicilor. Principalele efecte: stare de oboseală accentuată (55% din subiecți) urmată de o creștere semnificativă a riscului de erori profesionale (cca. 20% dintre respondenți). Afectarea implică și viața de familie, peste 70% dintre subiecți indicând-o.

În ceea ce privește măsurile dezirabile, solicitările respondenților vizează în primul rând plata suplimentară a orelor de gardă, urmată de îmbunătățirea condițiilor de lucru și reducerea numărului de ore de gardă.

Analiza de ansamblu arată că sănătatea funcționează în bună măsură pe seama și în dauna salariaților din sistemul sanitar.

Orele de gardă constituie timp de lucru - analiza situației în drept

a. Definiția timpului de lucru/timpului de muncă

Principala problemă a situației orelor de gardă din sectorul sanitar derivă din modul în care este definit timpul de muncă în cadrul acestuia. În acest sens, trebuie remarcate următoarele definiții:

1. OMS 870/2004, anexa nr. 1 art. 1: *Timpul de muncă reprezintă timpul pe care salariatul îl folosește pentru îndeplinirea sarcinilor de muncă.*
2. Codul Muncii, art. 111: *Timpul de muncă reprezintă orice perioadă în care salariatul prestează munca, se află la dispoziția angajatorului și îndeplinește sarcinile și atribuțiile sale, conform prevederilor contractului individual de muncă, contractului colectiv de muncă aplicabil și/sau ale legislației în vigoare.*
3. Directiva 2003/88/EC, art. 1, pct. 1: *prin „timp de lucru” se înțelege orice perioadă în care lucrătorul se află la locul de muncă, la dispoziția angajatorului și își exercită activitatea sau funcțiile, în conformitate cu legislațiile și practicile naționale.*^[1] Se adaugă faptul că Directiva privește unele aspecte ale organizării timpului de lucru, amintind în cadrul ei și de orele de gardă ale medicilor (spre exemplu, în cazul medicilor rezidenți

După cum se poate observa, Ordinul MS nr. 870/2004 operează cu o definiție incorectă a timpului de muncă, aceasta fiind inadecvată atât raportat la definiția stabilită de Codului muncii cât și la prevederile Directivei 2003/88/EC. După cum vom putea observa la analiza separată a legislației europene în domeniu, definirea timpului de muncă/timpului de lucru este atributul legislației comunitare, ea fiind consacrată în cadrul Directivei 2003/88/EC. Codul muncii, legea generală în domeniu, nu derogă de la

această definiție, deoarece o astfel de derogare nu este posibilă, neintrând în rândul derogărilor permise de Directivă. În schimb, Ordinul MS nr. 870/2004 derogă în mod inexplicabil de la normele europene în domeniu, definiția pe care o propune fiind incompletă. Motiv pentru care poate fi invocată fără probleme prevalența normei europene în domeniu.

Suplimentar, contractele colective de muncă aplicabile sectorului sanitar conțin fără excepție definiția prevăzută de Codul Muncii.^[2] Interpretate inclusiv prin prisma atribuțiilor pe care Directiva 2003/88/EC le acordă partenerilor sociali, este cu atât mai mult evidentă prevalența acestei definiții a timpului de muncă în sectorul sanitar.

În acest context trebuie remarcate și prevederile art. 42 din OMS 870/2004:

(1) *Orele de garda nu sunt considerate ore suplimentare și nici cumul de funcții.*

(2) *Orele de garda nu constituie vechime în muncă și în specialitate.*

(3) *Orele de garda efectuate în afara programului normal de lucru și salarizate conform prevederilor prezentului regulament se includ în veniturile salariale brute lunare în funcție de care se determină numărul de puncte realizat în fiecare luna, pe baza cărora se determină cuantumul pensiei.*

Art. 42 din OMS 870/2004 este un exemplu de nerespectare a tehnicii legislative prin definiția negativă pe care o dă orelor de gardă în cadrul aliniatelor 1 și 2 și prin lipsa de coerență cu întregul cuprins al actului normativ.

După cum se poate observa în cuprinsul actului normativ orele de gardă sunt clasificate în două situații distincte:

- a. Ore de gardă prestate în completarea timpului normal de lucru (art. 4, alin 1)
- b. Ore de gardă prestate suplimentar față de timpul normal de lucru.
- c. Orele de gardă prestate în completarea timpului normal de lucru constituie timp de lucru aferent unui contract individual de muncă, antrenând toate drepturile corespunzătoare în favoarea salariatului, inclusiv dreptul de a fi considerate vechime în muncă și în specialitate.

(Notă: Este cu atât mai evidentă eroare de tehnică legislativă în cazul alin. 2, art. 42 în condițiile în care timpul normal de lucru se întrecește cu un număr de ore de gardă, conform alin. 1 al art. 4. Altfel spus, faptul că alin. 2 al art. 42 prevede faptul că „Orele de gardă nu constituie vechime în muncă și în specialitate.” riscă să aibă drept consecință o scădere a vechimii în muncă și în specialitate a medicilor proporțional cu orele de gardă care le întregesc programul de lucru, ceea ce este aberant.)

- d. Orele de gardă prestate în afara timpului normal de lucru constituie, în opinia noastră, timp de muncă cu caracter de ore suplimentare. În acest sens invocăm următoarele argumente:
 - Calculul drepturilor bănești aferente acestor ore de gardă este cel corespunzător contractului individual de muncă. Prin urmare, drepturile bănești sunt drepturi salariale, deci orele de gardă prestate în afara timpului normal de lucru fac parte din timpul de muncă.
 - Orele de gardă desfășurate în afara timpului normal de muncă nu sunt prin nimic diferite (subordonare, plată etc.) față de orele de gardă care fac parte din timpul normal de lucru. Motiv pentru care ele constituie timp de muncă.
 - Conform alin. 3 al art. 42, drepturile salariale aferente orelor de gardă prestate în afara timpului normal de lucru sunt luate în considerare la punctajul lunar pe baza căruia se calculează cuantumul pensiei. În ipoteza în care ar fi fost vorba de un contract civil sau alt tip de contract (ipoteză nesusținută de altfel de niciuna din prevederile legale în vigoare) aceste lucruri nu ar fi fost posibil. Deci orele de gardă prestate în afara timpului normal de lucru fac parte din timpul de muncă.
 - Având în vedere că este vorba de un timp de muncă este evident că medicul beneficiază de toate drepturile legale aferente timpului de muncă.

- Conform prevederilor legale, timpul de muncă se împarte în timp normal de muncă și ore suplimentare.
- Relațiile cu colegii, șefii ierarhici și subordonații sunt cele specifice relațiilor de muncă.
- Având în vedere că efectuarea orelor de gardă suplimentare timpului normal de lucru nu necesită încheierea unui contract individual de muncă separat, este evident faptul că nu poate fi vorba de cumul de funcții.

A considera că orele de gardă ce depășesc timpul normal de lucru (altele decât cele 20, respectiv 40 de ore de gardă obligatorii conform art. 4, alin 1) nu sunt nici ore suplimentare și nici cumul de funcții este echivalent cu a spune că ele nu fac parte din timpul de lucru. Cu atât mai mult cu cât se consideră că orele de gardă nu constituie vechime în muncă și în specialitate, conform prevederilor alin. 2, art. 42.

Reducerea la absurd de arată că dacă orele de gardă ce depășesc timpul normal de lucru nu sunt considerate timp de lucru și nu sunt evidențiate ca atare în cadrul CIM atunci activitatea medicului în această perioadă excede cadrului legal de exercitare a activității, nefiindu-i aplicabile prevederile CIM și legislației incidente. Ceea ce înseamnă fie că nu există un cadru contractual fie că suntem în situația unui contract nenumit și cu un caracter mai curând implicit, ceea ce este greu de admis.

Timpul de gardă este timp de lucru

Faptul că un număr de ore de gardă fac parte din timpul normal de lucru (completând timpul de lucru aferent normei de bază) indică natura de timp de lucru a tuturor orelor de gardă, indiferent dacă ele fac sau nu parte din timpul normal de lucru.

Poziția Parlamentului European este că timpul de gardă în integralitatea sa, trebuie considerat drept timp efectiv de muncă, inclusiv perioada inactivă. Acest amendament a fost susținut de majoritatea deputaților europeni fiind adoptat cu 576 voturi pentru, 122 împotriva și 13 abțineri

În condițiile în care mai multe prevederi legale limitează timpul maxim de lucru (aferent unui CIM), depășirea acestuia poate fi interpretată și împotriva salariatului în situațiile de malpraxis, invocându-se starea de oboseală ca motiv pentru scăderea randamentului profesional și prilej favorabil pentru apariția erorilor. Art. 2, pct. 9 din Directiva 2003/88/EC definește repausul ca o metodă de prevenire a unor astfel de situații: „prin „repaus suficient” se înțelege faptul că lucrătorii dispun de perioade de repaus regulate a căror durată se exprimă în unități de timp și care sunt suficient de lungi și de continue pentru a se evita ca aceștia să se rănească sau să producă vătămarea colegilor lor sau a altor persoane și că nu își dăunează propriei persoane, pe termen lung sau scurt, ca rezultat al oboselii sau al altor ritmuri neregulate”. După cum se poate observa definiția indică, *per a contrario*, contribuția absenței unui repaus suficient la cauzalitatea erorilor, chiar la ivirea posibilității de a vătăma pe alții.

Așa cum arătam, orele de gardă conduc deseori la situația în care salariatul lucrează continuu timp de 30 de ore, fiind astfel încălcate și prevederile privind durata repausului obligatoriu.

Depășirea timpului limitei timpului de lucru se poate face doar cu acordul (expres) al salariatului

Presupunând că OMS 870/2004 reprezintă un act în care statul român derogă cu intenție de la prevederile Directivei (nu putem fi de acord cu această interpretare, cu atât mai mult cu cât nu este vorba de o lege sau măcar de o hotărâre de guvern, ci doar de un ordin de ministru), totuși el trebuie să respecte prevederile art. 22 din Directivă:

„(1) Un stat membru are opțiunea de a nu aplica articolul 6, respectând totodată principiile generale de protecție a sănătății și securității lucrătorilor cu condiția să ia măsurile necesare pentru a asigura că:
(a) nici un angajator nu cere unui lucrător să muncească mai mult de 48 de ore într-o perioadă de șapte zile, calculată ca medie pentru perioada de referință prevăzută la articolul 16 litera (b), dacă nu a obținut acordul prealabil al lucrătorului de-a efectua o asemenea muncă;
(b) nici un lucrător nu suferă nici un prejudiciu din partea angajatorului dacă refuză să își dea acordul de a efectua o asemenea muncă;
(c) angajatorul ține evidențe actualizate ale tuturor lucrătorilor care efectuează o asemenea muncă;
(d) evidențele sunt puse la dispoziția autorităților competente care pot, din motive legate de securitatea și sănătatea lucrătorilor, să interzică sau să limiteze posibilitatea de depășire a duratei maxime de muncă săptămânale;
(e) angajatorul furnizează autorităților competente, la cererea acestora, informații cu privire la cazurile în care lucrătorii și-au dat acordul de a munci mai mult de 48 de ore într-o perioadă de șapte zile calculată ca medie pentru perioada de referință prevăzută la articolul 16 litera (b).”

Ceea ce ne conduce la obligativitatea existenței unei proceduri speciale pentru orele de gardă ce conduc la depășirea timpului normal de lucru mediu de 48 de ore pe săptămână, centrată pe acordul salariatului și pe monitorizarea acestor situații. Având în vedere prevederile art. 111 din Codul Muncii procedura trebuie extinsă la toate situațiile în care se efectuează ore suplimentare de muncă, fie sub forma orelor de gardă fie sub altă formă. Considerăm că introducerea acestei proceduri trebuie să facă atât obiectul contractelor colective de muncă la toate nivelele cât și la modificării OMS 870/2004 în acest sens.

Orele de gardă desfășurate peste timpul normal de lucru constituie ore suplimentare și trebuie retribuite în mod corespunzător.

Orele de gardă și durata legală a timpului de muncă

Din punctul nostru de vedere analiza modului în care în cazul unui salariat sunt respectate prevederile art. 114 din Codul muncii și ale Directivei 2003/88/EC privind durata maximă a timpului de muncă trebuie să se raporteze la un contract individual de muncă. Deoarece regula în materia desfășurării orelor de gardă o constituie salariații unității, acestea fiind aferente contractului individual de muncă pe care salariatul îl are cu unitate, ne vom ocupa de situația acestor salariați, lăsând la o parte situația medicilor care au locul de muncă în altă parte decât unitatea în care desfășoară orele de gardă.

Conform alin. 1, art. 30 din Regulamentul aprobat prin OMS 870/2004 numărul minim de medici dintr-o specializare pentru a organiza o gardă este de 4.^[3] Dacă o specializare are doar numărul minim necesar, pentru o medie lunară de 30 de zile un medic ajunge la un număr de 7,5 gărzi / lună, din care două sunt în zile de sărbătoare. Asta înseamnă un număr de 130,5 ore de gardă; dacă scădem 20 de ore aferente timpului normal de lucru ajungem la 110,5 ore suplimentare de gardă. Adică, un astfel de medic ajunge să lucreze 275 de ore/lună, adică echivalentul a mai mult de o normă și jumătate lunar (o normă și cca. 0,66 din a doua).

Dacă avem în vedere o limitare a timpului săptămânal maxim de lucru la 48 ore/săptămână ajungem la o limită lunară maximă de cca. 210 ore. Ceea ce conduce la situația în care un astfel de medic lucrează cu mult peste durata maximă legală a timpului de muncă.

Autorizarea derogărilor care nu prevăd acordarea unor perioade echivalente de repaus compensatoriu

România figurează în mod oficial în lista țărilor care nu au autorizat derogări de la prevederile ce prevăd acordarea unor perioade echivalente de repaus compensatoriu.^[4]

Principalul argument împotriva acestei autorizări îl constituie faptul că, așa cum arătam anterior, nu sunt posibile derogări de la art. 6 din Directivă. Acestuia i se adaugă hotărârile Curții (ex. Jaeger, C-151/02).

În lipsa acordării repausului compensatoriu munca suplimentară trebuie compensată prin acordarea unui spor la salariu, pentru salariu aferent orelor de muncă suplimentară, ce nu poate fi mai mic de 75% din salariul de bază, în baza prevederilor art. 123 din Codul muncii.

Orele suplimentare desfășurate de alte categorii de personal din sistemul sanitar decât medicii

În contextul în care lipsa de personal este de notorietate, fiind confirmată și de studiile noastre în domeniu, este relativ ușor de anticipat impactul ei asupra salariaților care lucrează în continuare la aceleași locuri de muncă. Studiile arată însă o situație mult mai gravă decât este cunoscut, caracterizată pe de o parte de creșterea constatată a numărului de ore suplimentare desfășurate de o mare parte din salariați (proportia cea mai mare a salariaților aflați în această situație o reprezintă asistenții medicali) iar pe de altă parte de imposibilitatea/lipsa dorinței de plată a acestor ore suplimentare în conformitate cu prevederile legale. Dacă în cazul medicilor orele de gardă ce constituie muncă suplimentară nu sunt recunoscute prin OMS 870/2004 ca având acest caracter^[5] în mod expres, în cazul altor categorii de personal acestea nu sunt recunoscute în mod concret în această calitate, nefiind de multe ori nici măcar evidențiate în pontajele de activitate. Chiar dacă lipsa evidențierii orelor suplimentare în pontaje și celelalte documente de resurse umane întrunește elementele infracțiunii de fals în acte publice, practica generalizată atât la nivelul întregii țări cât și în timp (transformată deja în cutumă) dublată de lipsa controlului eficient și, mai ales, de imposibilitatea financiară a unităților sanitare de plată a acestor drepturi (în mare parte din cazuri) conduce la persistența situației fără a fi luate măsurile corespunzătoare. Situația este datorată într-o oarecare măsură și complicității salariaților, care fie din anumite interese legate de acoperirea unor eventuale lipsuri/deficiențe profesionale fie mai ales de teamă, nu întreprind demersurile necesare pentru a-și apăra propriile drepturi. Evident, ea este dublată de lipsa de eficiență a organizațiilor sindicale în acest domeniu, putându-se vorbi de grade diferite de nereușită în apărarea drepturilor propriilor membri de sindicat.

Alte critici ale OMS 870/2004

Art. 3 din Regulament^[6] este cel puțin problematic, el introducând o discriminare de principiu (derivată și dintr-o incompletă definire) între diferitele categorii profesionale care exercită funcțiile de director general (acum manager) și directori generali adjuncți^[7] medicali. Astfel, în măsura în care timpul de muncă este alocat exercitării acestei funcții el trebuie stabilit în mod unitar raportat la funcție și nu la profesia de bază, deoarece atribuțiile postului sunt identice. Diferențele de timp de lucru intervin atunci când alături de exercitarea funcției de director un medic își exercită și funcția de bază,^[8] art. 17 menționând această posibilitate. Însă și în acest caz reducerea timpului de lucru trebuie să fie proporțională cu timpul în care lucrează în funcția de medic.

Art. 4.1 dă seama de o neînțelegere a principiilor de organizare a muncii, fiind o soluție slabă la o problemă reală. Interpretate sistemic, atribuțiile medicului sunt legate în primul rând de tratarea propriilor pacienți, restul atribuțiilor ce țin de buna funcționare a unității fiind secundare. Chiar dacă nu privesc în mod direct timpul de lucru, aceste prevederi au un impact asupra acestuia prin încărcarea cu sarcini suplimentare pe care o pot aduce, mai ales în condițiile în care ele nu sunt contabilizate la constatarea necesarului de personal.

Art. 8 alin. 1 din Regulament este în contradicție cu art. 9 alin. 1, fiind o dovadă de eroare în interpretarea semnificației unor concepte: asistentele medicale cu pregătire superioară fac parte din

personalul sanitar cu pregătire superioară. În condițiile în care există o rațiune pentru ca un nivel de pregătire să conducă la reducerea programului de lucru într-un anumit sector, nu există nici o rațiune pentru a face excepție o categorie profesională care îndeplinește condițiile de „pregătire superioară” și „personal sanitar”. Altfel spus, în cauză se face aplicarea principiului de drept *Ubi eadem est ratio eadem lex esse debet!* (*Unde este aceeași rațiune trebuie să fie aceeași prevedere legală!* – t.n.). Suplimentar, tratarea în mod diferit a asistenților medicali, nejustificat, are un caracter discriminatoriu. Motiv pentru care alin. 1 al art. 9 trebuie eliminat, fiind suficiente prevederile art. 8 alin. 1,^[9] reducerea timpului de lucru la 7 ore/zi fiind aplicabilă și asistenților medicali cu studii superioare.

Având în vedere principiul identității de rațiune și existența unor motive temeinice pentru reducerea timpului de lucru atât pentru „pregătirea superioară” cât și pentru condițiile deosebite, se impune cumularea celor două tipuri de cauze, respectiv a reducerii timpului de muncă, rezultatul fiind următorul:

- Personalul sanitar cu pregătire superioară beneficiază de următorul program de lucru:
 - 7 ore zilnic
 - 6 ore zilnic pentru personalul care își desfășoară activitatea la următoarele locuri de muncă: hidrotermoterapie sau laboratoare sau compartimente de analize medicale (cumularea reducerii timpului de lucru cu o oră pentru studii superioare cu reducerea de o oră pentru locul de muncă);
 - 5 ore zilnic pentru personalul care își desfășoară activitatea la următoarele locuri de muncă: anatomie patologică; medicină legală, în activitatea de prosectură, săli de disecție și morgi; radiologie și roentgenterapie, medicină nucleară și radioizotopi, igiena radiațiilor nucleare, terapie cu energii înalte, angiografie și cateterism cardiac (cumularea reducerii timpului de lucru cu o oră pentru studii superioare cu reducerea de două ore pentru locul de muncă);
- Personalul sanitar mediu și personalul sanitar auxiliar beneficiază de reducerile timpului de lucru prevăzute deja de anexa nr. la OMS 870/2004.

Art. 13, alin. 5 nu ține cont de situațiile concrete în care, prin intermediul graficelor lunare de activitate, salariații sunt obligați să desfășoare ore suplimentare pentru a acoperi deficitul de personal. Având în vedere faptul că art. 120, alin. 2 din Codul muncii menționează obligativitatea de a solicita acordul salariatului pentru a munci suplimentar (cu excepția lucrărilor urgente), este necesară modificarea procedurii elaborării graficelor lunare de activitate în acest sens. Modificarea este aplicabilă tuturor situațiilor în care este menționată procedura elaborării graficelor lunare de activitate. De asemenea, modificarea este aplicabilă și art. 44, respectiv în ceea ce privește programul gărzilor, privitor la orele de gardă desfășurate în afara programului normal de lucru (în afara orelor de gardă obligatorii).

Note:

^[1] Formularea ridică întrebarea dacă vorbim de trei condiții cumulative sau este suficientă doar prima.

^[2] A se vedea, spre exemplu, prevederile art. 103 din CCM grup de unități în vigoare în anul 2013.

^[3] Pot fi întâlnite și situații de linii de gardă organizate cu 3 medici/per specializare.

^[4] A se vedea Raportul Comisie către Parlamentul European, Consiliu, Comitetul Economic și Social European și Comitetul Regiunilor privind punerea în aplicare de către statele membre a Directivei 2003/88/CE („directiva privind timpul de lucru”).

^[5] Art. 42, alin. 1-2 din Regulament.

^[6] **Art. 3 (1) Medicii directori generali și directori generali adjuncți medicali au program de 7 ore zilnic.**

(2) Directorii generali, cu excepția medicilor care ocupă aceste funcții, au program de 8 ore zilnic.

(3) Medicii șefi de secție/laborator/serviciu medical au program de 7 ore zilnic.

- [7] O formulă nepotrivită, normală fiind utilizarea formulei Director adjunct, diferența specifică față de primul director fiind dată tocmai de faptul că nu sunt directori generali.
- [8] Din punctul nostru de vedere o astfel de situație ar trebui să fie posibilă cel mult prin cumul de funcții, lucrurile fiind tratate diferit inclusiv în ceea ce privește timpul de lucru raportat la fiecare dintre funcții.
- [9] Trebuie observat faptul că la negocierea contractelor colective de muncă acest aspect a trecut neobservat, ratându-se până acum rezolvarea în favoarea salariaților a acestei erori de interpretare/tehnică legislativă.