

FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA



Membră a CNS „Cartel Alfa”,
afiliată la EUROFEDOP
Site: www.solidaritatea-sanitara.ro
E-mail: solidaritateasanitara@yahoo.fr

București, sector 3, Str. Lipscani
nr. 53, et. IV, cam. 3.
Telefon: 0737028094
0336/106.365
Fax: 0336/109.281



Nr. VVV 128/27.05.2016



Către:

Ministerul Sănătății

Domnului Vlad Vasile Voiculescu, Ministru

Stimate domnule Ministru,

Federația "Solidaritatea Sanitară" din România vă supune atenției principalele probleme ale salariaților din sistemul sanitar, dar și soluțiile pentru remedierea acestora, argumentate și susținute de documentele și studiile elaborate în cadrul propriului centru de cercetare.

Pentru o expunere detaliată a conceptului pe care organizația noastră îl propune și susține, respectiv creșterea calității serviciilor medicale prin creșterea calitatății vieții profesionale, vă solicităm o primă întâlnire oficială pentru analiza și soluționarea principalelor probleme cu care se confruntă membrii noștri de sindicat.

Pentru a asigura cunoașterea prealabilă a intențiilor și așteptărilor noastre prezentăm mai jos o structură sintetică, ce se poate constitui într-o strategie de reformă a sistemului sanitar, având atașate documentele strategice ale organizației noastre, cu rol de suport al acestor solicitări:

I. Reforma finanțării sistemului sanitar

1. Creșterea finanțării sistemului sanitar prin:

- Introducerea pachetului de bază de servicii medicale la nivelul posibilităților reale ale FNUASS, raportat la costurile reale ale serviciilor medicale;
- Finanțarea pachetului minim de servicii medicale și a programelor naționale de sănătate de la bugetul de stat și din alte surse, pe principiul „cine scutește (de plată) plătește”
- Introducerea asigurărilor complementare și a celor suplimentare (cu substituție parțială)

Notă: Având în vedere negocierile purtate de-a lungul ultimilor ani pe această temă, considerăm că „proiectul de lege al dr. Cepoi” poate constitui un bun punct de pornire pentru dezbaterile pe tema reformei finanțării sistemului sanitar.

2. Decontarea serviciilor medicale către spitale la costurile reale:

- Demararea unui studiu pilot, pe un eșantion reprezentativ de unități sanitare, pentru stabilirea costurilor reale ale serviciilor medicale;
- Crearea unei comisii de arbitraj independente, care să arbitreze obiectiv conflictele dintre spitale și Case.

II. Creșterea salarizării personalului din sistemul sanitar prin:

- a. Lege de salarizare specifică sectorului sanitar, luând în considerare specificul sistemului sanitar în ceea ce privește finanțarea, respectiv decontarea serviciilor în baza contractelor cu casele de asigurări de sănătate, precum și în ceea ce privește durata specifică a formării profesionale a cadrelor medicale;
- b. Actualizarea și adoptarea Regulamentului de sporuri;
- c. Eliminarea anomaliilor ce afectează salarizarea în Sănătate, respectiv:
 - i. Eliminarea discriminărilor salariale prin constituirea „salariului de bază din sănătate” - la nivelul salariului maxim actual aferent fiecărei funcții. Aplicarea proiectului de O.U.G., cu completările ulterioare, negociat în ultima lună cu Ministerul Muncii, ar reprezenta primul pas în soluționarea acestei probleme.
 - ii. Aplicarea procentuală a sporurilor la salariul de bază, în conformitate cu legislația muncii
 - iii. Clarificarea situației juridice a gărzilor medicilor și plata tuturor drepturilor salariale aferente acestora, conform definirii gărzilor ca timp normal/suplimentar de lucru.
- d. Asigurarea plății orelor suplimentare;
- e. Introducerea salarizării suplimentare în funcție de performanță.
 - Introducerea unui model de evaluare obiectivă a personalului

Notă: Pentru a elimina reluarea unor trasee deja bătătorite, recomandăm ca punct de pornire al dezbaterilor pe tema salarizării (suplimentare) în funcție de performanță proiectul de lege negociat în perioada domnului ministru Eugen Nicolăescu.

III. Creșterea calității vieții profesionale a lucrătorilor din Sănătate cu măsuri adiționale creșterii salariilor, în special prin:

- Crearea unor condiții decente de muncă;
- Asigurarea materialelor și aparaturii necesare bunei desfășurări a activității;
- Crearea unui mecanism de monitorizare a îmbolnăvirilor profesionale, care să permită și identificarea unor eventuale noi boli profesionale;
- Flexibilizarea timpului de muncă în acord cu condițiile reale de desfășurare a activității medicilor și a restului angajaților din Sănătate;
- Respectarea normativelor de personal.

IV. Eliminarea sistemului malpraxis și trecerea la sistemul despăgubirii pacienților pentru prejudicii.

V. Reforma profesiilor medicale prin intermediul următoarelor măsuri:

- Reconstrucția unității profesiei de asistentă medicală prin echivalarea asistentelor medicale absolvente de școală postliceală conform metodologiei prezentate în documentele atașate
- Eliminarea formării medicului pe modelul „specialist sau nimic” prin includerea dreptului de practică (respectiv a unor competențe specifice) pentru absolvenții de medicină și pentru medicii care nu iau examenul de specialist.
- Dezvoltarea traseului profesional al asistentelor medicale prin introducerea specializărilor pentru asistentele medicale absolvente de studii superioare

VI. Modificarea Strategiei Naționale pentru Sănătate 2014-2020 prin includerea solicitărilor noastre, așa cum au fost transmise (și înregistrate anterior). Introducerea finanțării din fonduri structurale, prin proiecte specifice, pentru:

- a. Formarea profesională continuă și pentru echivalarea asistentelor medicale absolvente de postliceală; includerea Federației „Solidaritatea Sanitară” din România în calitate de partener în aceste proiecte. - POCU
- b. Construcția unor noi unități sanitare, refacerea și dotarea celor existente

c. Accesarea European Reference Network pentru tratamentul bolilor rare

VII. Eliminarea deficitului de personal și regândirea normativelor de personal, cu un accent special pe normativelor TESA.

VIII. Reforma organismelor profesionale ale specialiștilor din Sănătate prin:

- transformarea reală a acestora, în acord cu scopul legal, în instituții care garantează populației respectarea deontologiei profesionale;
- Finanțarea lor de la bugetul de stat (eliminarea finanțării prin contribuția obligatorie a profesioniștilor) sau obligarea acestora să asigure în mod gratuit formarea profesională continuă;
- Crearea organismelor profesionale pentru profesiile nemedicale.

IX. Transpunerea Directivei 24/2011 în legislația națională în acord cu interesele României privind transformarea sistemului sanitar românesc într-o destinație semnificativă a liberei circulații a pacienților în Uniunea Europeană.

X. Introducerea mecanismelor de asigurare a siguranței și calității serviciilor medicale.

Prezenta adresă are ca anexe următoarele documente strategice:

1. Reforma finanțării sistemului sanitar secțiunea A
2. Creșterea salarizării personalului din sistemul sanitar secțiunea B
 - *Salariații din sectorul public de sănătate au dreptul la raportarea procentuală a sporurilor la salariul de bază. Argumente juridice.*
 - *Adresa înregistrată la M.S. cu nr. NB1481/17.02.2015, cu referire la aplicarea tuturor drepturilor salariale aferente gărzilor medicilor*
 - *Studiu privind sistemul de salarizare din Sănătate în România. Analiză de caz: salarizarea în funcție de performanță (2013)*
 - *Studiu privind sistemul de salarizare în sectorul sanitar din România. Analiză de caz: salarizarea în funcție de performanță (draft 2015)*
3. Creșterea calității vieții profesionale a lucrătorilor din Sănătate secțiunea C
 - *Concluziile Studiului privind calitatea vieții profesionale și tendința de migrație a personalului din sistemul sanitar*
 - *Ierarhia factorilor care determină calitatea vieții profesionale*
 - *Concluziile Studiului privind nevoile specifice de consiliere și orientare profesională ale salariaților din sănătate. Studiu de caz: regiunea Sud-Est*
4. Eliminarea sistemului malpraxis și trecerea la sistemul despăgubirii pacienților pentru prejudicii secțiunea D
 - *Studiul privind sistemul de despăgubire a pacienților prejudiciați aplicabil în România*
5. Reforma profesiilor medicale secțiunea E
 - *Echivalarea asistentelor medicale absolvente de postliceală - formă de acțiune împotriva discriminării*
 - *Studiu privind situația asistenților medicali din unitățile sanitare publice din România*
6. Strategia Națională pentru Sănătate 2014-2020. Propunerile F.S.S.R. secțiunea F
7. Eliminarea deficitului de personal și regândirea normativelor de personal,

cu un accent special pe normativele TESA secțiunea G

- Adresa înregistrată la M.S. cu nr. NB2011/05.03.2015, referitoare la deficitul și normativul personalului nemedical (TESA)

8. Transpunerea Directivei 24/2011 în legislația națională în acord cu interesele României privind transformarea sistemului sanitar românesc într-o destinație semnificativă a liberei circulații a pacienților în Uniunea Europeană secțiunea H

- Studiu privind Impactul Directivei nr. 24/2011/EU asupra sistemului sanitar din România

Cu stimă,

Președinte,
Rotilă Viorel





Federația "Solidaritatea Sanitară" din România

www.solidaritatea-sanitara.ro

e-mail: solidaritatea_sanitara@yahoo.com

*Creșterea calității vieții profesionale
înseamnă
creșterea calității serviciilor medicale*



Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială "Solidaritatea"

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 mai curând politicianiste 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, întreținută în bună măsură de mecanismele politice, 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.

Bugetul asigurărilor de sănătate se confruntă cu serioase probleme și în privința încasărilor: nu este cunoscut totalul sumelor neîncasate până acum la bugetul asigurărilor sociale de sănătate prin neplată sau reeșalonări (regiile autonome și alte întreprinderi din proprietatea statului par a fi frunțate la neplata contribuțiilor la bugetul de stat).

Performanțele economiei, șomajul, munca la negru, neachitarea obligațiilor către fondul de asigurări de sănătate, toate acestea erodează colectarea contribuțiilor, având ca efect direct reducerea cantității și calității serviciilor medicale acordate pacienților.

În consecință, respectarea regulilor prin plata obligațiilor la bugetul asigurărilor sociale de sănătate constituie una din soluțiile ce trebuie aplicate pentru îmbunătățirea finanțării sistemului (evident, nu singura).

Pentru a putea vorbi de reforma legii sănătății în interesul cetățeanului prima, o măsură urgentă ce trebuie luată este creșterea contribuției la bugetul asigurărilor sociale de sănătate la 7%, atât pentru angajat cât și pentru angajator și, în mod proporțional, pentru restul obligațiilor de plată.

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.

Cred că nu este indicată 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.

Bugetul asigurărilor de sănătate se confruntă cu serioase probleme și în privința încasărilor: nu este cunoscut totalul sumelor neîncasate până acum la bugetul asigurărilor sociale de sănătate prin

neplată sau reeșalonări. Performanțele economiei, șomajul, munca la negru, neachitarea obligațiilor către fondul de asigurări de sănătate, toate acestea erodează baza de colectare a contribuțiilor.

Există numeroase disfuncționalități și în ceea ce privește administrarea banilor colectați pentru sănătate. Deseori banii plătiți de cetățeni pentru sănătate au fost folosiți în alte scopuri decât cele pentru care au fost colectați, guvernării acoperind diverse găuri bugetare prin intermediul așa numitului „buget consolidat”. Deficitele bugetare mici negociate cu FMI și Banca Mondială au fost posibile în bună măsură pe seama „împrumuturilor” din sănătate.

S-a ajuns astfel în situația în care guvernării, începând cu anul 1999, se fac vinovați de săvârșirea infracțiunii de deturnare de fonduri și punerea în pericol a sănătății cetățenilor. Dincolo de guvernanți trebuie să observăm atât complicitatea anumitor organizații chemate să intervină pentru buna funcționare a sistemului: partidele politice (cel puțin când erau în opoziție), instituții ale statului, confederațiile sindicale și patronale (acestea având reprezentanți în Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări Sociale de Sănătate și caselor județene), ONG-uri, asociația spitalelor etc., cât și indiferența cetățenilor (de observat că protestele s-au limitat la susținerea dr. Arafat și a sistemului de urgență, fără a fi vehiculate solicitări concrete legate de legea sănătății). Ce vreau să spun este că vina este una împărțită de multă lume, ajungându-se la un adevărat sistem de forțe situaționale cărora le-au căzut victime în primul rând pacienții și apoi salariații.

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

În mod sigur și ultimile măsuri sunt indicate, ba chiar necesare; însă insuficiente. De altfel, nu avem date concludente în ceea ce privește gradul de colectare și nu cred că există în ultimii doi ani o diferență semnificativă între colectări și cheltuiere (cel puțin în forma care reiese din bugetul național).

Problema de fond rămâne cea a resurselor financiare insuficiente pentru a asigura un nivel rezonabil de servicii medicale în cadrul pachetului de bază.

Fondul de asigurări sociale de sănătate este construit într-o proporție covârșitoare din contribuțiile angajaților și ale angajatorilor. De aici trebuie să pornim pentru a identifica posibilitățile de suplimentare a resurselor.

Putem gândi câteva variante:

a. creșterea nivelului contribuțiilor (cea pe care am propus-o)

b. creșterea numărului angajaților:

-reducerea muncii la negru (estimată la cca 30%, însă fără date certe); nu depinde de noi, ea fiind încercată în mai multe rânduri, cel puțin la nivel declarativ. De altfel, chiar și într-o variantă ideală cred că ar fi insuficient;

- creșterea numărului locurilor de muncă; o soluție care iarăși nu depinde de noi, ci de o strategia națională

- creșterea nivelului salariilor. Asta da soluție ce poate fi aplicată relativ rapid cel puțin pe sistemul bugatar. Nimeni nu a amintit impactul pe care l-a avut reducerea salariilor bugetarilor asupra bugetului asigurărilor sociale de sănătate. Pe zona privată putem vorbi de necesitatea creșterii productivității dar și de nevoia unui alt tip de mentalitate pentru a crește salariile.

c. creșterea „bazei de impozitare”, adică a celor care sunt obligați să plătească contribuții la bugetul asigurărilor sociale de sănătate, luând ca punct de reper nivelul veniturilor sau chiar al averii.

Evident, de partea cealaltă ar trebui să vorbim și de o raționalizare a costurilor. Însă raționalizarea sărăciei în mod sigur nu va da rezultate.

Principiul contributivității

Sunt pentru menținerea principiului contributivității, însă într-o variantă a sa mai socială, care să permită acoperirea tuturor celor care nu se pot ajuta singuri în mod obiectiv (un exemplu stringent: copiii) și combinat (chiar dacă în doze diferite) cu principiul solidarității

Principiul contributivității are câteva avantaje:

- permite într-o bună măsură responsabilizarea cetățenilor pentru propria sănătate (cel puțin în ceea ce privește grija de-a fi asigurat);
- identifică în mod clar sursele de finanțare ale sistemului, permițând acțiuni pentru îmbunătățirea finanțării
- permite constituirea bugetelor afectate (banii colectați pentru sănătate să fie cheltuiți în acest scop), într-o țară în care deturnarea banilor pentru Sănătate constituie regula
- generează un grad ridicat de autonomie a finanțării sănătății față de schimbările și deciziile politice (motiv pentru care adoptarea lui ar necesita o cale specială; spre exemplu prin referendum)
- permite implicarea principalilor contributory la bugetul sănătății (angajatorii și angajații - prin intermediul sindicatelor) în gestionarea fondurilor) îndepărtând banii de principala sursă a corupției - politicaetc.

Despre solidaritate

Solidaritatea în sistemul asigurărilor sociale de sănătate trebuie limitată la un nivel de bază, comun tuturor cetățenilor, dincolo de care trebuie să intervină alte surse de finanțare, cum ar fi: fondurile pentru accidente de muncă, societățile de asigurări pentru accidente rutiere, părțile pentru agresiuni etc.

Este necesară degrevarea bugetului asigurărilor sociale de sănătate de o serie întreagă de cheltuieli care ar trebui suportate de părțile care urmează să le precizez, sau chiar de pacienți (direct sau prin intermediul asigurărilor complementare sau a celor voluntare) în anumite cazuri bine delimitate. Prin aceste modificări se asigură și responsabilizarea fiecărui asigurat față de propria stare de sănătate, față de atentarea la starea de sănătate a celorlalți și față de conduita de urmat în societate.

Un exemplu edificator: nu este normal ca, în baza principiului solidarității sociale, din fondul asigurărilor sociale de sănătate să se achite în mod repetat costul tratamentului pacienților care se prezintă la spital în stare de ebrietate, având leziuni datorate consumului de alcool. Din păcate, actualul mod de abordare a tratamentului acestui gen de pacienți constituie o încurajare a acestui comportament antisocial, fiind necesare măsuri care să descurajeze astfel de comportamente.

Cred că este necesar ca în baza unui sistem centralizat de evidență (care trebuie implementat și pentru multe alte nevoi, inclusiv fișa electronică a pacientului) pacienții prezentați la spital în stare de ebrietate, având leziuni ca urmare a acestei stări, după înregistrarea a două situații de acest gen, să fie obligați la plata serviciilor de sănătate primite cu această ocazie (direct sau prin intermediul asigurării suplimentare).

Acest gen de măsuri vor avea drept consecință o limitare a cheltuielilor făcute din bugetul asigurărilor sociale de sănătate, cheltuieli care, în situația actuală, am putea considera chiar că "finanțează imoralitatea".

Problema trebuie privită și din punctul de vedere al pacienților onești care achită în mod regulat contribuția la asigurările sociale de sănătate, care nu împovărează acest buget cu cheltuieli de genul celor care vor fi menționate, dar atunci când se îmbolnăvesc și au nevoie de o serie întreagă de medicamente și tratamente se constată că pentru unele, deși ar fi necesare, nu există bani suficienți, deoarece au fost cheltuiți în bună parte pentru tratamentul unor pacienți din categoria celor avuți în vedere de aceste modificări. Or, în acest caz, este grav încălcat principiul echității sociale.

Modificările propuse au în vedere și o anumită prescriere a comportamentului pacienților în spitale sau alte unitati sanitare, și chiar la domiciliu, în timpul tratamentului; în situațiile în care pacientul și-a înrăutățit starea de sănătate ca urmare a nerespectării tratamentului prescris, acesta va trebui să suporte plata tratamentului suplimentar.

O schiță a modificărilor ce pot fi aduse este următoarea:

A) Nu beneficiază de plata tratamentului din bugetul asigurărilor sociale de sănătate (ci din alte surse, după cum urmează) următoarele categorii de pacienți:

1) Pacienții proveniți din accidente rutiere. Spitalizarea și tratamentul acestor pacienți vor fi suportate prin intermediul asigurării auto obligatorii (dimensionată corespunzător) și asigurării personale a conducătorului auto (achitată odată cu asigurarea auto obligatorie) de către societățile

de asigurări. Și la ora actuală asigurarea auto obligatorie acoperă astfel de cheltuieli, însă Casele județene de asigurări sociale de sănătate, cele care ar trebui să avanseze în primă instanța banii necesari tratamentului (în cazul pacienților asigurați) și apoi să-i recupereze de la asigurator, nu își fac datoria să recupereze aceste sume în totalitate. Ele au căzut în sarcina spitalelor care reușesc într-o mult mai mică măsură recuperarea.

2) Pacienții agresionați. Spitalizarea și tratamentul acestor pacienți vor fi suportate de agresor sau de victimă, în funcție de cui a aparține vina. Această măsură este prevăzută în Legea asigurărilor sociale de sănătate, însă unitățile sanitare și Casele județene de asigurări sociale de sănătate nu-și fac datoria de a recupera acești bani.

3) Accidentele de muncă, indiferent cui aparține vina – din fondul special constituit.

B) Pot fi obligați să plătească suplimentar (direct sau prin intermediul asigurării suplimentare):

1) Pacienții automutilați începând cu a doua situație de acest gen.

2) Pacienții dificili, cu comportament violent fizic și/sau verbal repetat în timpul tratamentului, care produc daune repetate

3) Nu beneficiază de tratament decât contra-cost (direct sau prin intermediul asigurării suplimentare) pacienții cu tentativă de suicid începând cu cea de-a doua tentativă.

Intrebarea este pertinentă: cum îi definim, în eventualitatea în care am dori să aplicăm aceste reguli? Cum diferențiem agresivitatea socială de cauzele medicale ale agresivității?

Recunosc că diagnosticul diferențial este greu de făcut. Problema care se pune este însă: cum protejăm personalul de agresivitatea socială? Mai mult chiar, cum îl protejăm de agresivitatea patologică din punct de vedere medical? O scurtă căutare pentru această ultimă situație nu m-a condus la niciun rezultat pertinent, personalul fiind expus.

Agresivitatea ne-patologică (adică fără cauză medicală, deoarece agresivitatea poate fi considerată cumva patologică social; sunt însă momente și locuri în care societatea profită exact de agresivitatea unor semeni, gen război, acțiuni în forță ale Poliției etc.) poate fi descoperită printr-o monitorizare a comportamentului, mai ales în varianta în care se reușește introducerea dosarului electronic.

Experiența în activitate ne arată că putem descoperi relativ ușor o astfel de agresivitate (chiar dacă uneori arbitrar). De altfel, și experiența cotidiană ne furnizează exemple de acest fel, pe care le identificăm pornind de la persoanele pe care le evităm.

Subiectul îl constituie disciplinarea comportamentului pacienților sau celor care-i însoțesc, în sensul evitării agresivității nejustificate. Evident, disfuncționalitățile sistemului nasc deseori agresivități justificate în principiu, chiar dacă deseori sunt îndreptate împotriva celor care nu merită un astfel de comportament.

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.

Paradoxul sărăciei

Modelul asigurări sociale + asigurări complementare operează cu presupuziția responsabilității cetățenilor pentru propria sănătate (sau a posibilității de a-i responsabiliza).

O problemă o constituie faptul că șansele ca ea să fie operantă sunt relativ limitate pe actuala mentalitate a poporului și, mai ales, la actualul nivel de dezvoltare economică a țării.

În situația în care o familie trăiește dintr-un singur salariu minim care nu este suficient nici pentru hrană, se mai pune problema responsabilității?

Astfel de cazuri sunt numeroase, responsabilitatea pentru propria sănătate fiind pusă într-o situație paradoxală:

- dacă cetățeanul plătește asigurarea complementară pentru a-și asigura eventualele servicii medicale de care este posibil să aibă nevoie (dar există și probabilitatea de a nu avea nevoie) își periclitează sănătatea prin neasigurarea nevoilor de bază (alimentare, de confort termic etc.);

- dacă își asigură nevoile de bază, având în felul acest grijă de starea actuală a organismului și neputând din această cauză să economisească, atunci își periclitează îngrijirile de sănătate de care este posibil să aibă nevoie.

Este motivul pentru care strategia de acțiune în zona pachetului de bază este definitorie pentru sănătatea populației.

Contriubuția migranților

Funcționarea sistemului sanitar este afectată atât de migrarea personalului din sistem cât și de procesul de migrație existent la nivelul unei întregi țări.

În România, din cauza situației creată de migrație, există mari probleme determinate de scăderea numărului de cetățeni care plătesc contribuții către Sistemul de Asigurări Sociale de Sănătate. Cea mai mare parte dintre cetățenii români care lucrează în alte state sunt persoane aflate la vârsta activă de muncă, deseori angajate legal, caz în care plătesc contribuții la sistemele de asigurări sociale de sănătate ale statelor în care lucrează. Dar, în același timp, aceste persoane au membri ai familiei care trăiesc în România (o mare parte din ei sunt copii, bătrâni sau persoane care nu lucrează) și care beneficiază, fără plată, de serviciile Sistemului de Asigurări Sociale de Sănătate.

Putem spune în acest caz că principiul solidarității este încălcat, cetățenii români care lucrează în alte state nefiind solidari nici măcar cu membrii propriei familii (nu din vina lor, ci mai curând din cauza lipsei de diligență a statului în fața acestui mecanism de sărăcire a bugetului Casei).

La acest moment putem vorbi pe ansamblul UE de portabilitatea pensiei, dar nu avem un instrument similar pentru celelalte drepturi ce derivă din asigurările sociale.

Considerăm că avem nevoie de instituirea unui Sistem de Asigurări Sociale și Asigurări Sociale de Sănătate la nivelul întregii Europe. În felul acesta se poate contribui la asigurarea unui echilibru între dreptul cetățenilor de a se deplasa liber în interiorul UE și sustenabilitatea sistemelor de sănătate.

Cred că din această perspectivă două soluții sunt posibile

- Constituirea la nivelul UE a unui sistem de asigurări sociale de sănătate centrat pe familie; în felul acesta o parte a contribuției plătite de membrul (sau membrii) familie care lucrează în alte state poate să fie orientată către locul în care se află ceilalți membri ai familiei (care sunt considerați asigurați, deși nu plătesc, și care beneficiază de servicii medicale). În acest context credem că ar trebui dată o definiție a familiei care să includă ideea că ea are la bază și principiul solidarității. (În actualul context politic modelul este destul de greu de implementat. Ideea unui sistem de sănătate unic la nivel de UE avansată de Președinte nu cred că este prizată în Occident).

- Crearea unui mecanism de compensare între fondurile de asigurări sociale de sănătate din diversele state, care să asigure transferul unor cote din contribuția plătite de lucrătorii români (spre exemplu) în statul în care lucrează către fondul de asigurări sociale de sănătate din România în numele unei solidarități sociale restrânse, respectiv cu membrii propriei familii rămase în țară.

Aplicarea unei din cele două soluții ar rezolva de fapt una din marile inechități aduse de migrație, în condițiile în care țările bogate atrag lucrători pentru a-și susține propriile sisteme sociale iar statele sărace devin și mai sărace prin plecarea acestei mase de contributory și lăsarea în urma lor doar a beneficiarilor sistemelor sociale.

Asigurările medicale complementare

Definirea pachetului de bază, care pare a fi cerută de toată lumea, dar care are riscurile ei (politice) va lăsa neacoperite (neplătite; neasurate) o serie de servicii medicale.

Pentru acoperirea acestor servicii la asigurarea de bază, obligatorie, se adaugă o asigurare, sau asigurări suplimentare (complementare) care trebuie să vină în completarea pachetului de bază. Altfel spus, cetățenii care doresc să se asigure pentru diferența rămasă neacoperită de sistemul public de asigurare (asigurările sociale de sănătate) vor trebui să se asigure suplimentar.

Evident, acoperirea acestor costuri suplimentare (suplimentare pachetului de bază) poate fi făcută și din buzunar (există câteva state din Europa care practică acest sistem). Motiv pentru care în

cazul serviciilor care nu intră în asigurarea de bază poate fi folosită și coplata, returnată ulterior (sau nu, dacă cetățeanul nu este asigurat complementar) asigurarea complementară. Cred însă că sistemul plății din buzunar și rambursată ulterior din asiguratorul complementar trebuie să constituie o excepție din mai multe motive: cetățenii pot să nu aibă la dispoziție numerarul necesar, cineva specializat trebuie să valideze serviciile furnizate înainte de a fi plătite (altfel cetățeanul riscă să plătească din buzunar și să nu primească banii înapoi de la asigurator deoarece acesta din urmă consideră că unele servicii nu au fost necesare) etc.

În acest caz este respectată și libertatea opțiunilor (conform modelului american), dar aceasta este limitată la asigurarea complementară. Coplata (ce poate fi acoperită prin asigurările complementare sau nu, dacă cetățeanul nu este asigurat) are rolul responsabilizării consumatorului, fiind necesare măsuri de conștientizare a costurilor la consumatori.

Asigurarea complementară ar putea să acopere, în principiu, diferența de cca. 30 % din ansamblul cheltuielilor pentru sănătate (estimat la un buget al asigurărilor sociale de sănătate de cca. 5% din PIB).

Pentru asigurările complementare nivelul contribuției va fi dependent și de factorii de risc individuali, societățile private de asigurări practicând în general o primă de asigurare ajustată la risc. Casele de asigurări de sănătate care încheie asigurările complementare este de preferat să aibă statutul de nonprofit, aceasta fiind o variantă de reducere a contribuțiilor (prin eliminarea profitului).

Discuția este și aici mai complicată, societățile de asigurări mutuale de sănătate putând ajunge la costuri mult mai mari (deci și la nivele mult mai mari de contribuție pe care trebuie să le plătească cetățeanul) dacă nu dau dovadă de diligență și nu controlează serviciile și costurile furnizorilor. Teoria economică sugerează că interesul pentru profit crește diligența, putând funcționa chiar în profitul asiguraților (aceștia putând fie să plătească mai puțin fie să beneficieze de servicii mai multe sau de calitate mai bună) în condiții concurențiale.

Suplimentar, indiferent de forma de organizare a societăților de asigurări nivelul contribuției care trebuie plătită acestora mai depinde de o serie de factori, dintre care numărul de asigurați este unul din cei mai importanți, existând în principiu o relație invers proporțională între costul asigurării și numărul de asigurați. Altfel spus, cu cât numărul asiguraților este mai mare cu atât este mai ușor de a reduce costul asigurării și invers.

Pentru contribuțiile la asigurările complementare de sănătate polițele pot fi cumpărate de către angajator, ca polițe de grup, sau individual. Angajatorul poate contribui parțial sau în totalitate la plata asigurării complementare, parte din contribuție scăzându-se din impozitul datorat. De observat că proiectul de lege anterior lua în considerare limitarea deductibilității acestor sume la 300 euro anual, sumă pe care-o consider mult prea mică pentru stimularea acestui tip de investiție în sănătatea proprie.

Suplimentar, pentru a sprijini aspectul social, pentru cei săraci pot fi acordate subvenții din diferite fonduri pentru primele de asigurare la asigurarea complementară.

Și în cazul asigurărilor suplimentare poate fi practică echilibrarea riscurilor financiare între diferitele scheme de asigurări și asigurarea echității distribuției fondurilor conform nevoilor populației asigurate.

Acest sistem mixt are câteva avantaje esențiale:

- are la bază o abordare onestă a costurilor îngrijirilor medicale, pornind de la recunoașterea deficitului actual de finanțare
- asigură finanțarea concretă a serviciilor medicale, mobilizând sume suplimentare de pe piață
- combină dimensiunea socială cu responsabilizarea cetățeanului pentru propria sănătate
- introduce în piață un segment privat suficient de consistent pentru a impulsiona creșterea calității serviciilor medicale

Pachetul de bază

Definirea **pachetului de bază de servicii medicale** este una deosebit de grea (și riscantă din punct de vedere politic dacă se face la actualul nivel de finanțare al sistemului).

Pachetul minim de servicii medicale constituie acele servicii medicale acordate pacienților care nu sunt asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. În principiu este vorba de tratamentul de urgență și de tratamentele acordate în cadrul unor programe.

Costul acestor îngrijiri ar trebui suportat de la bugetul de stat, făcând parte din programul social.

La ora actuală însă se abuzează de principiul solidarității, costul acestor servicii fiind asigurat de la bugetul Casei. Ceea ce înseamnă că tratamentul celor neasigurați este acordat din banii plătiți de cei care contribuie la fondul asigurărilor sociale de sănătate, diluându-le resursele; adică tratamentul cazurilor sociale este făcut cumva în dauna celor asigurați (dacă ne gândim că le sunt diluate resursele). Mai trist decât atât, unii pacienți neasigurați intră ca urgențe (uneori sunt definiți forțat ca urgențe) și sunt tratați în continuare ca urgențe până la vindecare (fie prin compasiunea celor care-i tratează, fie prin cointeresarea financiară a acestora), consumând și mai mult din resursele celor asigurați.

De altfel, și societatea a dovedit multă vreme o neînțelegere gravă a problemelor, ce figura deseori sub formula: **pacientul a fost aruncat în stradă**. Să ne amintim numeroasele cazuri de presă în acest sens. Toate aceste manifestări au constituit o presiune constantă asupra spitalelor și medicilor curanți de a nu aplica prevederile legale și contractuale (mă refer aici în special la Contractul cadru și normele la acesta) deoarece erau considerați culpabili. În joc a fost întotdeauna o incapacitate a statului de a rezolva cazurile sociale (chiar și în timpul unor guvernări pretinse de stânga) și duplicitatea guvernărilor care au forțat continuu sistemul sanitar de a rezolva astfel de cazuri sociale în dauna contributorilor la sistemul asigurărilor sociale de sănătate (să ne amintim că orice ban cheltuit în plus, adică pentru persoane neasigurate sau pentru cheltuieli sociale, înseamnă de fapt servicii mai puține pentru pacienții asigurați).

Să nu înțelegem că cei neasigurați n-ar trebui tratați la nivelul pachetului minim. Suntem un stat social într-o Europă socială și trebuie să ne îngrijim de acest aspect. De altfel, el dă seama și de umanitate unui sistem sanitar și al unei nații. Singura problemă este că ar trebui suportate costurile acestor tratamente din bugetul statului (un buget social - cum ar fi bugetul asigurărilor sociale).

În rândurile de mai jos voi face referire critică la materialele pe care Ministerul Sănătății le prezintă organizațiilor invitate la dezbaterile pe tema unui nou proiect al legii sănătății, materiale prezentate sub titlul: Informare referitoare la revizuirea pachetului de bază

(Materialul poate fi lecturat la adresa: www.cercetare-sociala.ro/noua-lege-a-san...aionaleinstitucionale)

Raportat la Informarea/argumentare pe care-o face Ministerul Sănătății referitor la revizuirea pachetului de bază de servicii medicale consider următoarele:

- „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 creștere 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.

În ceea ce privește măsurile propuse sunt necesare următoarele observații:

1. Măsurile implementabile rapid:

1. Limitarea sau excluderea decontării unor medicamente:

- Punctele c) și d) sunt mai mult decât problematice în ceea ce privește o abordare bioetică față de cetățeni, semnificația lor fiind una tristă, asumată înainte de orice dezbateri etică pe această temă în urma căreia să rezulte principii de prioritizare.

2. Revizuirea duratelor de spitalizare pentru diferitele grupe de diagnostice:

- Analiza comparativă nu ține cont de câteva variabile esențiale în ceea ce privește condițiile din Marea Britanie raportat la cele din România, cum ar fi:

o Nivelul de dezvoltare al tratamentului intensiv din Marea Britanie și resursele alocate, care conduc la un risc mult mai scăzut de complicații;

o Sistemul de supraveghere în perioada post-spitalizare existent în Marea Britanie (și inexistent în România);

o Nivelul de civilizație din Marea Britanie, care conduce la riscuri mult mai mici de complicații intervenite odată cu deplasarea la domiciliu (să ne gândim spre exemplu la faptul că România are cel mai mare procent de gospodării fără apă curentă și canalizare din UE).

- Rezultatul propus îl constituie reducerea numărului de paturi (adică reducerea de unități sanitare) în condițiile în care:

o Deja am asistat la o reducere semnificativă a numărului de spitale, afectând principiul proximității;

o Reducerea numărului de paturi nu este corelată cu refacerea normativelor de personal în sensul creșterii numărului de salariați nr./de paturi (medici, asistenți dar și personal TESA) astfel încât să fie posibil un tratament intensiv. De fapt, nu este propusă nicio măsură pe linia de personal care să susțină această modificare radicală a sistemului.

II. Măsurile implementabile pe termen mediu:

2. Creșterea sumelor alocate pentru medicina primară trebuie să fie corelativă creșterii cantității și calității serviciilor medicale alocate astfel încât medicina primară să preia o mare parte din cazurile care încarcă inutil unitățile sanitare. Or, acest lucru nu este posibil decât prin îmbunătățirea capacității de diagnostic a cabinetelor de medicină primară, prin crearea unor centre de diagnostic și tratament care să pună aceste cabinete în rețea și să le ofere suport de specialitate, prin prinderea în această rețea a cabinetelor de specialitate (marea majoritate aflate în regim privat) recurgând la rentabilizarea contractelor acestora cu Casa, prin regândirea interfeței dintre medicina primară și spitale, respectiv rețeaua de ambulatorii de specialitate. Sunt doar câteva exemple de măsuri ce trebuie întreprinse pentru a reclădi încrederea populației în medicina primară, pentru a-i creștere adresabilitatea și eficiența.

III. Măsurile implementabile pe termen mediu și lung

1. 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. Indicarea insuficienței sau chiar absenței acestor mecanisme de către Ministerul Sănătății echivalează cu invocarea propriei turpitudini, deoarece este evidentă și o incapacitate instituțională în formă continuată a Ministerului Sănătății de a coordona și impune stabilirea acestor mecanisme la termen fixe, având în vedere că organismele care trebuie să se ocupe de aceste activități sunt fie în subordinea sa directă (comisiile de specialitate) fie sub controlul său instituțional (organismele profesionale). Într-o formă voit simplificată, am putea spune că este vorba doar de a traduce în limba română ceea ce au făcut alții deja și de a adapta la patologia specifică poporului român și mai ales la posibilitățile financiare ale acestui popor.

2. Revizuirea sistemului DRG trebuie de fapt să vizeze în special trei direcții principale:

a. Adaptarea costurilor tratamentelor și procedurilor medicale la costurile de piață (reale, nu la cele „discret” umflate de diferiții furnizori).

b. 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.

c. Crearea unei categorii de profesioniști în domeniu care să-și desfășoare activitatea în unitățile sanitare, asigurând astfel aplicarea uniformă a procesului de raportare.

Principalul element ce trebuie luat în considerare în ceea ce privește pachetul de bază de servicii medicale este că cu cât nivelul de finanțare la sistemului de asigurări sociale de sănătate este mai mic cu atât serviciile neacoperite vor fi mai multe. Altfel spus, la nivelul actual de finanțare al

sistemului de asigurări sociale de sănătate dacă se introduce plata furnizorilor de servicii medicale la nivelul costurilor de piață ale acestora, am fi sigur uimiți și speriați de cât de puține servicii ne-ar putea fi acordate în mod concret (luând în considerare media cazurilor din ultimii 5 ani ca bază de calcul) dacă stabilim un standard minim de calitate.

De observat că cu cât avem pretenția la standarde mai mari de tratament (fie și numai dacă vorbim de îmbunătățirea condițiilor de cazare) cu atât numărul și tipul serviciilor medicale din pachetul de bază vor fi mai reduse. Altfel spus, la ora actuală sistemul reușește să creeze iluzia unei acoperiri totale și prin standardul foarte redus al calității serviciilor medicale prestate.

Acest nivel extrem de redus la standardelor constituie unul din motivele pentru care la ora actuală nu pot fi implementate protocoalele și ghidurile de practică, deoarece există riscul ca ele să indice de fapt proceduri pentru care nu sunt bani (sau, mai trist și inechitabil, se găsesc bani doar pentru unii pacienți).

Suplimentar, reiau aici ceea ce am spus și în altă rubrică a acestui forum legat de subiect:

Stabilirea pachetului de bază de servicii medicale este posibilă abia după:

1. Stabilirea surselor de finanțare ale bugetului asigurărilor sociale de sănătate; evident, se va face din contribuții, dar trebuie stabilită întinderea obligației de plată a contribuției la acest buget precum și nivelul contribuției (spre exemplu, nu cred că trebuie să ne raportăm musai la actualul nivel al contribuției angajator-angajat, putând lua în calcul și posibilitatea revenirii la nivelul existent în urmă cu cca. 3 ani);

2. Estimarea bugetului anual al fondului, pentru a identifica sumele disponibile;

3. Estimarea nivelului de servicii medicale ce vor fi acordate într-un an de zile. Aici putem merge pe modelul pe care casa îl aplică cu spitalele (estimarea serviciilor pe ultimii 5 ani) care însă trebuie completat cu o serie de variabile care să țină cont cel puțin de următoarele elemente (doar cu caracter de exemplu): un factor de ponderare care să elimine din ecuație internările care nu erau necesare (un model matematic ar putea fi construit cu ajutorul Scolii Nationale de Management, care are o viziune mai clară asupra sistemului DRG și ceea ce ascunde el), eliminarea acelor internări care ab inițiu nu ar fi necesare (cazurile ce nu necesită internare), eliminarea dublelor raportări (ex. spitalelor tampon, care fac de fapt doar servicii de triere) etc.

4. Estimarea costurilor fiecărui tip de intervenție/tratament la nivelul costurilor de piață pentru fiecare din resursele utilizate: medicamente, materiale sanitare, cheltuieli de personal, cheltuieli administrative etc.

Sunt doar câteva elemente necesare pentru un model posibil.

Creșterea contribuțiilor

Colectarea fondurilor suficiente pentru a finanța serviciile medicale de bază a populației constituie o măsură ce trebuie luată de urgență.

Având în vedere situația actuală a sistemului sanitar și starea de sănătate a populației, este necesară modificarea prevederilor legale care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate, astfel încât cheltuielile (oficiale) pentru sănătate să crească la cel puțin 6% din PIB anul acesta și 8,5% din PIB în maxim 3 ani.

Un studiu realizat în statele occidentale arată că publicul preferă în proporție de 70% să contribuie mai mult decât să se reducă pachetul de beneficii. Situația pare a fi similară și în România dacă analizăm cazul plăților informale și estimăm nivelul acestora. Faptul că fiecare din noi suntem dispuși să plătim mai mult în momentul în care ajungem pacienți (sau cineva apropiat nouă este în această situație) pentru a suplimenta lipsurile sistemului indică o formă de grijă față de propria sănătate (chiar dacă uneori pe model pompieristic) și disponibilitatea (măcar teoretică) de a plăti pentru a ne asigura suplimentar (de fapt complementar).

Situația actuală este următoarea: contribuțiile mai puține și colectate de la o mică parte a cetățenilor conduc la posibilitatea de a garanta foarte puține servicii medicale pentru toți, și de calitate scăzută, cetățenii urmând să suporte o mare parte din costuri direct din buzunar (cum se întâmplă la ora actuală) în timp ce creșterea contribuțiilor (o variantă pe care nici măcar opoziția nu vrea s-o ia în calcul) crează posibilitatea creșterii numărului serviciilor medicale garantate pentru toți

(adică un nivel relativ ridicat al pachetului de bază), precum și creșterea calității, având și avantajul că pacienții nu trebuie să mai plătească direct din buzunar o parte din serviciile medicale.

Având în vedere faptul că și în eventualitatea unei creșteri cu câteva procente a contribuției individuale (angajați - angajatori) la fondul asigurărilor de sănătate nu ar rezolva în mod categoric problema, trebuie stabilită o schemă de asigurări adaptată la situația existentă.

În acest sens este necesară implementarea unui sistem mixt de plată a serviciilor medicale, asemănător modelului francez, care ar realiza un echilibru între solidaritatea colectivă și responsabilitatea individuală. Asta înseamnă eficientizarea sistemului public (atât pe partea de colectare a banilor cât și pe cea de cheltuire a lor) și introducerea în mod complementar a asigurărilor private de sănătate, oferind astfel posibilitatea tuturor cetățenilor să se asigure pentru serviciile medicale pe care sistemul public nu le poate acoperi.

În același timp, este imperios necesară realizarea unei bune colectări precum și lărgirea bazei de impozitare pentru sistemul asigurărilor sociale de sănătate, astfel încât pentru fiecare cetățean la fondul asigurărilor sociale de sănătate să fie vărsată o sumă prin contribuție persoanlă (și de la angajator în cazul salariaților) sau din diversele bugete. De altfel, trebuie remarcat că măsurile propuse în acest sens de proiectul de lege propus de comisia prezidențială acoperă aceste necesități, cu câteva modificări (spre în cazul copiilor care nu au niciunul din părinți asigurați pentru care este necesară plata din alte surse, copiii trebuind indiscutabil să beneficieze de asigurare indiferent de condiții).

Este astfel necesară existența a două sisteme, complementare, de asigurări de sănătate:

a) O asigurare obligatorie, la fondul căreia să contribuie toți cetățenii țării, și care să ofere un pachet de servicii de bază stabilit în funcție de ceea ce bugetul acestui fond își permite. Vorbim în acest caz de sistemul asigurărilor sociale de sănătate care trebuie să rămână în sistem public (și cumva în afara controlului politic al executivului, respectiv autonom).

b) Un sistem de asigurări suplimentare (complementare), facultative în principiu, care să vină în completarea pachetului de servicii de bază.

Problema de fond rămâne cea a resurselor financiare insuficiente pentru a asigura un nivel rezonabil de servicii medicale în cadrul pachetului de bază.

Fondul de asigurări sociale de sănătate este construit într-o proporție covârșitoare din contribuțiile angajaților și ale angajatorilor. De aici trebuie să pornim pentru a identifica posibilitățile de suplimentare a resurselor.

Putem gândi câteva variante:

a. creșterea nivelului contribuțiilor (am propus 7% pentru angajați și 7% pentru angajatori)

b. creșterea numărului angajaților:

-reducerea muncii la negru (estimată la cca 30%, însă fără date certe); nu depinde de noi, ea fiind încercată în mai multe rânduri, cel puțin la nivel declarativ. De altfel, chiar și într-o variantă ideală cred că ar fi insuficient;

- creșterea numărului locurilor de muncă; o soluție care iarăși nu depinde de noi, ci de o strategie națională

- creșterea nivelului salariilor. Asta da soluție ce poate fi aplicată relativ rapid cel puțin pe sistemul bugatar. Nimeni nu a amintit impactul pe care l-a avut reducerea salariilor bugetarilor asupra bugetului asigurărilor sociale de sănătate. Pe zona privată putem vorbi de necesitatea creșterii productivității dar și de nevoia unui alt tip de mentalitate pentru a crește salariile.

c. creșterea „bazei de impozitare”, adică a celor care sunt obligați să plătească contribuții la bugetul asigurărilor sociale de sănătate, luând ca punct de reper nivelul veniturilor sau chiar al averii.

Având în vedere diferitele poziții oficiale legate de problemele sistemului sanitar și interesul general ca dezbaterile să identifice adevăratele probleme și soluțiile cele mai oportune, consider că însăși ecuația în care se încearcă turnarea situației este greșită:

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 serviciilor medicale acordate pacienților;
- reducând în limite rezonabile cantitatea serviciilor medicale acordate în spitale;
- crescând cantitatea și calitatea 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.

Risipa

În lipsa unui sistem eficient de protecție socială deseori spitalele au fost folosite pentru a asigura sprijin diverselor categorii sociale defavorizate, fiind frecvente situațiile în care pacienții fără cămin stau în spitale perioade îndelungate, mai ales pe timpul iernii, deoarece nu au unde să fie trimiși.

Partea neplăcută este că s-a tot vorbit de transformarea unor spitale în centre sociale, însă fără a se asigura o finanțare adecvată pentru această componentă a protecției sociale (a se vedea în acest sens legea asistenței sociale). Faptul că Puterea a asumat deschis intenția de desființare a statului social (sub pretenția inadecvată că asistăm chiar la dispariția Europei sociale) dovedește că intenția inițială a fost doar aceea de a desființa din unitățile sanitare.

Nu știu în ce măsură este parte a unei strategii de atacare a mediului public în favoarea celui privat (ceva adevăr poate exista în acest sens, mai ales dacă ne gândim la unele orientări din proiectul inițial de lege) și în ce măsură este vorba de o strategie de restructurare cu bună intenție a sistemului. Cert este că parte din acțiuni au fost inițiate și la indicațiile/presiunea FMI care evident nu are un interes deosebit în asigurarea unor servicii cât mai complexe cetățenilor dacă ele includ costuri publice mari.

Acoperirea funcțiilor sociale ale sistemului trebuie realizată prin intermediul programelor guvernamentale și prin instituții specifice, nu cu ajutorul spitalelor și pe baza banilor colectați de la cetățeni pentru sănătate.

Suplimentar, după atâtea măsuri de dreapta n-ar fi rău să constatăm mai multă implicare în zona socială din partea mediului privat, a noilor îmbogățiți (unii predominant prin afaceri cu statul) și creșterea rolului Bisericii.

Fără locuri în care să fie transferați amărății managerii spitalelor vor fi continuu sub presiunea oprobiului public exprimat sub forma „l-au aruncat în stradă”, fiind obligați să asume creșterea costurilor de tema opiniei publice și a mass-media.

Raționalizarea

Tratamentul pacienților ar trebuie să includă ceea ce este necesar și la zi; acest lucru nu se întâmplă la ora actuală în principal datorită faptului că serviciile medicale nu pot fi finanțate la acest nivel.

Suntem în situația unui conflict sever între resursele limitate de care dispune sistemul sanitar și nevoile de servicii de sănătate ale populației. Acest conflict este rezolvat printr-un sistem de raționalizare implicită, și nu unul transparent, așa cum ar fi normal.

Raționalizarea implicită încalcă principiile de etică, echitate și solidaritate, fapt pentru care este necesară o raționalizare explicită, aplicată însă după ce sunt mobilizate toate resursele posibile pentru finanțarea sistemului.

Raționalizarea explicită presupune, spre exemplu, renunțarea la plata din bugetul asigurărilor sociale de sănătate a unor servicii medicale ce implică costuri foarte mari pentru a putea fi garantate altele pentru toți; ar trebui așadar să stabilim prin lege ce servicii excludem de la finanțare (sau cel puțin principiile după care se fac aceste excluderi).

Raționalizarea explicită presupune ca societatea să decidă uneori care pacient va trăi și care va muri. În actualul sistem de raționalizare implicită acest gen de decizii nu se iau după criterii obiective,

ci unii lucrători din sistem, datorită lipsei resurselor, sunt forțați să decidă după cum le dictează conștiința (din păcate uneori și în funcție de interesele proprii).

Raționalizarea poate fi așadar luată în discuție abia după mobilizarea tuturor resurselor posibile.

Numele generic pentru raționalizare îl constituie pachetul de bază de servicii medicale acordare asiguraților din sistemul social de asigurări de sănătate.

Dacă s-ar reuși definirea pachetului de bază atunci o parte din discriminările existente la ora actuală în sistem ar fi eliminate.

Putem vorbi însă de raționalizare numai în condițiile în care cetățenii au posibilitatea să se asigure suplimentar (voluntar, pe model complementar) pentru a putea beneficia în caz de nevoie și de serviciile medicale care nu sunt asigurate de către sistemul de asigurări sociale de sănătate.

Pachetul de bază constituie capul de pod necesar pentru ca o asemenea construcție să fie posibilă.

Politicizarea sistemului

Principala cauză a risipei o constituie politicizarea sistemului dublată (deseori însoțită) de corupția acestuia.

Altfel spus, se pierd mulți bani în interesul unor oameni, deseori gestionari ai sistemului numiți politic.

Apoi, absența protocoalelor de tratament dublată de un control slab al modului de alocare a resurselor de către profesioniști.

Sistemul DRG

Formula prin care se stabilește o corelație între serviciile medicale prestate și banii care trebuie alocați pentru acestea este generată de sistemul DRG - Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice (Diagnosis Related Groups - DRG) care reprezintă, așa cum o arată și numele, o schema de clasificare a pacienților în funcție de diagnostic. (informații suplimentare pot fi obținute la adresa: www.drg.ro/index.php?p=drg).

Sistemul de plată DRG introdus în ultimii ani are la bază un cost fix care reprezintă media pe țară a costului unui serviciu, medie care nu a fost calculată, valoarea atribuită fiind fictivă.

De fapt, au fost atribuite valori medii de cost pentru fiecare serviciu ținând cont de banii alocați prin buget (și nu cei colectați pentru sănătate) și nu conform costului real al aceluși serviciu sau valorii sale de piață.

Spitalele au încercat să se adapteze la acest sistem în primul rând prin îmbunătățirea raportărilor; multe spitale au și acum numeroase probleme, mai ales că de aceste raportări nu se ocupă întotdeauna medicii, așa cum s-a gândit inițial, și nici nu a fost create echipe de profesioniști în domeniul raportării DRG pentru unitățile sanitare, așa cum se întâmplă în Occident, spre exemplu (de observat că nici măcar nu a apărut o profesie în acest sens, deși mai multe organisme private au avut câteva încercări).

Suplimentar, cei „mai isteți” au apelat la diferite tehnici de optimizare a raportărilor (uneori ce au trecut către fals). Acesta este unul din motivele importante de perturbare a sistemului, cei care-l păcălesc luând de fapt din resursele ce se cuvin altora.

Problema costurilor

Costurile reale ale serviciilor prestate de către spitale nu sunt cunoscute, iar costurile medii naționale sunt subevaluate. Cu precizarea că sunt mai mulți factori care influențează aceste costuri, unii din ei conducând la ivirea unor costuri exagerate. Ex.: achiziții făcute „cu interes”, oferte cu prețuri foarte mari deoarece ofertanții își iau o marjă de risc mare știind că vor recupera greu banii de la unitățile sanitare, incompetență managerială, lipsa protocoalelor de practică medicală ce are drept consecință tratamente haotice, deseori cu costuri mult mai mari decât media etc.

Casele județene de asigurări de sănătate impun furnizorilor de servicii medicale încheierea contractului fără ca „negocierea” să aibă o bază economică reală, împingând spitalele într-o continuă criză financiară. La rândul lor spitalele, aplicând dictonul „Stăpânul zgârcit învață sluga hoată!” lucrează la raportări sau la internări pentru a obține pe această cale cât mai mulți bani. Dacă managerii sunt bine plasați politic încearcă suplimentarea sumelor obținute de la casă sau cel puțin

obțin plata la timp. Optimizarea raportărilor pe sistem DRG constituie una din soluțiile curente a calității serviciilor prestate (reală sau fictivă), deci de creștere a costurilor

Trebuie stabilite costurile reale ale serviciilor medicale iar unitățile sanitare trebuie finanțate la nivelul acestor costuri; acolo unde sunt depășite în mod justificat costurile se impune finanțarea de la bugetul statului. Altfel spus, este necesară stabilirea costurilor reale ale serviciilor medicale prestate în mod rela, pronindu-se de la identificarea elementelor de cost. Însă asta înseamnă și mai multă rigoare din partea spitalelor (fie ele publice sau private), care să aplice protcoalele de practică medicală și să concureze onest pe piață solicitând bani la nivelul unor servicii medicale reale și necesare populației.

„Sistemul șpagii”

În analiza „sistemului șpagii” din sănătate putem vorbi de anormalitatea unor situații psihologice la care este expus personalul, ajungându-se la generarea unor comportamente abuzive.

Trebuie să luăm în considerare câteva dimensiuni ale forțelor situaționale care acționează asupra personalului înainte de a-l culpabiliza: nivelul veniturilor (într-o societate centrată pe consum), lipsa resurselor necesare pentru a trata pacienții, absența unor sisteme ierarhice corecte, absența recunoașterii sociale a pregătirii și muncii depuse, rolul social diminuat, umilirea etc.

Ceea ce vreau să spun este că șpaga în sistemul sanitar este un produs al sistemului și nu un rezultat al atitudinii personalului. Este vorba de o cauzalitate multiplă, principalii responsabili fiind cei care gestionează sistemul.

Putem opera întemeiat cu prezumția de nevinovăție în condițiile în care aceeași salariați care erau prinși „în sistemul șpagii” în sistemul sanitar românesc, odată ajunși în Occident nu au nicio problemă în a se încadra într-o situație de normalitate; mai mult chiar, nu mai doresc să se întoarcă.

De observat că este insuficient abordată la nivel științific presiunea psihică pe care-o exercită prinderea în „sistemul șpagii” a salariaților, cei mai mulți dintre ei percepend-o drept o situație nefirească, în care sunt captivi (continuă să accepte), dar de care ar dori (în mod implicit sau explicit) să se elibereze.

Raportul dintre nivelul de pregătire, de competență, și gradul de acceptare al „sistemului șpagii” este invers proporțional; ceea ce conduce la faptul că salariații mai puțin pregătiți sunt cei care doresc continuarea sistemului, deoarece tocmai ei n-ar rezista într-un sistem concurențial normal. Suplimentar, situația este una de disonanță cognitivă, salariații ajungând să producă diferite argumente pentru situațiile în care sunt puși.

Paradoxal, la dezbaterile pe tema noii legi a sănătății participă (și chiar le conduc pe anumite segmente) o bună parte din cei care au gestionat sistemul și până în prezent. În consecință, rezultatul dezbaterilor este destul de probabil să nu aibă rezultatul scontat în condițiile în care lipsesc întrebările esențiale pentru sistem.

A nu se înțelege că aceste observații anulează responsabilitatea individuală (în termenii legalității constituie și ea o soluție, în special atunci când vorbim de cei care ajung să ceara, să condiționeze gestul terapeutic de anumite foloase. Însă în instanță trebuie aduși toți cei care au creat și gestionat acest sistem în ultimii 20 de ani, punând în pericol viețile pacienților și afectând în mod dramatic salariații); însă o nuanțează, deschizând posibilitatea remedierii situației în condițiile în care modificările nu vor surveni prin culpabilizarea personalului, ci mai curând prin indicarea vinovăției sistemului și schimbarea lui. Ca să-l citez pe Philip Zimbardo (Efectul Lucifer) nu merele sunt putrede, ci coșul (adică sistemul).

Nu arestarea celor care primesc șpagă este soluția eficientă, ci schimbarea sistemului care a condus la așa ceva, deci eliminarea „sistemului șpagii”.

Reforma finanțării sistemului sanitar ar trebui să vizeze două coordonate esențiale:

1. Adiminstrarea asigurărilor sociale de sănătate de către sectorul public (sub controlul societății civile, mai ales de partenerii sociali care sunt principalii contributori la sistem). Asta înseamnă că atât colectarea cât și cheltuirea contribuțiilor la bugetul CNASS trebuie să se facă pe un circuit special, separat de circuitul bugetului de stat. Casa Națională condusă de o Adunarea Generală formată din reprezentanții societății civile, un Consiliu de administrație, compus din

partenerii de dialog social (pe model tripartid) și de un director validat de Adunarea generală. Casele județene trebuie conduse de consilii de administrație (componentă tripartită) și directori.

Sistemul asigurărilor sociale de sănătate este obligat să-și definească în mod clar și explicit pachetul de servicii medicale de bază (principiile de constituire a acestuia fiind menționate în cadrul legii.

2. Asigurările private, cu caracter voluntar, trebuie să aibă posibilitatea de a funcționa în mod complementar, asigurând servicii suplimentare pachetului de bază. De asemenea, pot fi încheiate inclusiv asigurări voluntare cu caracter parțial substitutiv.

Pachetul de bază

Stabilirea pachetului de bază de servicii medicale este posibilă abia după:

1. **Stabilirea surselor de finanțare ale bugetului asigurărilor sociale de sănătate;** evident, se va face din contribuții, dar trebuie stabilită întinderea obligației de plată a contribuției la acest buget precum și nivelul contribuției (spre exemplu, nu cred că trebuie să ne raportăm musai la actualul nivel al contribuției angajator-angajat, putând lua în calcul și posibilitatea revenirii la nivelul existent în urmă cu cca. 3 ani);

2. **Estimarea bugetului anual al fondului, pentru a identifica sumele disponibile;**

3. **Estimarea nivelului de servicii medicale ce vor fi acordate într-un an de zile.** Aici putem merge pe modelul pe care casa îl aplică cu spitalele (estimarea serviciilor pe ultimii 5 ani) care însă trebuie completat cu o serie de variabile care să țină cont cel puțin de următoarele elemente (doar cu caracter de exemplu): un factor de ponderare care să elimine din ecuație internările care nu erau necesare (un model matematic ar putea fi construit cu ajutorul Scolii Naționale de Management, care are o viziune mai clară asupra sistemului DRG și ceea ce ascunde el), eliminarea acelor internări care *ab inițio* nu ar fi necesare (cazurile ce nu necesită internare), eliminarea dublelor raportări (ex. spitalelor tampon, care fac de fapt doar servicii de triere) etc.

4. **Estimarea costurilor fiecărui tip de intervenție/tratament la nivelul costurilor de piață pentru fiecare din resursele utilizate:** medicamente, materiale sanitare, cheltuieli de personal, cheltuieli administrative etc.

Am enumerat doar câteva elemente necesare pentru un model posibil.

Sunt dispuși cetățenii să plătească mai mult? În ce condiții?

Dacă luăm în considerare estimarea privind volumul plăților informale putem considera că o parte a cetățenilor ar fi dispusă să plătească mai mult pentru asigurările de sănătate pentru a beneficia de servicii mai bune. Problema acestui argument ar fi că mai întâi ar trebui să existe servicii mai bune pentru ca unii cetățeni să plătească mai mult (pentru o asigurare ce vizează tratamentul în România).

În același timp, personalul medical consideră că ar presta servicii mai bune dacă ar fi plătit mai bine și dacă sistemul ar fi finanțat mai bine. Problema, iarăși, o constituie faptul că trebuie mai întâi să vină mai mulți bani către sistem ca serviciile să fie mai bune.

Dacă avem însă în vedere în ceea ce privește plățile informale (șpaga, medicamentele și materialele pentru tratament) că acestea sunt prilejuate de împlinirea evenimentului pentru care cetățeanul ar trebui să se asigure mai mult în noul sistem, deci că românul plătește de fapt atunci când este înghesuit de soartă, nu putem miza prea mult pe această „piață neagră” a plăților pentru servicii medicale.

Întrebarea complementară: Este dispus să plătească mai mult pentru sănătatea propriilor cetățeni?

În toată această poveste despre creșterea costurilor nu sunt aduse în discuție și alte mecanisme de finanțare, inclusiv din partea statului în ceea ce privește susținerea sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Să nu uităm că este o relație în care toate părțile sunt nemulțumite:

- cetățenii care nu au ajuns pacienți pentru că nu înțeleg pentru ce ar trebui să plătească mai mult (deoarece în final vor trebui să plătească mai mult dacă vor servicii medicale mai multe)

- pacienții că nu sunt tratați cum trebuie și că trebuie (deocamdată s-ar părea) să-și cumpere medicamentele și materialele sanitare și să dea bani personalului; deci oricum trebuie să plătească mai mult

- personalul sanitar că este prost plătit (chiar dacă ceilalți plătesc mai mult) și că ajunge să stea cu mâna întinsă.

Și atunci întrebarea poate fi reformulate în maniera următoare: Pot fi scoși mai mulți bani din această ecuație, sau trebuie să introducem alte necunoscute (surse de venit)?

Salariații din sectorul public de sănătate au dreptul la raportarea procentuală a sporurilor la salariul de bază

Rotilă Viorel

Conferențiar univ. dr., Universitatea „Dunărea de Jos” Galați, România,

Jurist

viorelrotila@yahoo.com

Abstract

Modificarea prevederilor legale aplicabile salarizării angajaților din sectorul bugetar începând cu anul 2009 a determinat suspendarea aplicării acestor principii generale de salarizare (salariul de bază și sporurile aplicate la salariul de bază) în sectorul bugetar, generând un spațiu juridic ce nu respectă cadrul general al muncii salariale. Efectul concret îl constituie atât desființarea salariului de bază cât și modificarea caracterului juridic al sporurilor. Noi arătăm că întregul cadru general al legislației aplicabilă salariaților bugetari consacră dreptul angajatului la un salariu de bază (excluzând posibilitatea a două salarii de bază) și la cuantificarea procentuală a sporurilor, respectiv la raportarea acestora la salariul de bază. Prin analiza cadrului normativ al salarizării bugetarilor în acest articol demonstrăm că interpretarea expresiei cuantumul sporurilor consacrată de prevederile legale în vigoare este cea de cuantificare procentuală a sporurilor și de raportare a acestora la salariul de bază actual, salariații din sănătate având astfel dreptul la raportarea sporurilor la salariile de bază.

Cuvinte cheie: discriminare salarială, sporuri salariale, salariu de bază, cuantumul sporurilor, salariați sănătate, sistem de salarizare, principii de salarizare.

1. Introducere

1.1. Scurtă expunere a situației de fapt

Principiile generale de salarizare aplicabile muncii salariate în România sunt prevăzute în Codul Muncii (Legea nr. 53/2003 - care constituie sediul materiei), fiind axate pe două coordonate esențiale: **salariul de bază și sporurile la salariul de bază**. Cu alte cuvinte, orice salariat are dreptul la un salariu de bază și la o serie de sporuri raportate la salariul de bază (calculate ca procent din salariul de bază), care au un rol compensator pentru diferitele situații speciale în care salariatul muncește: munca de noapte, munca în timpul zilelor libere și sărbătorilor legale, munca în anumite condiții de muncă. Raportarea sporurilor la salariul de bază (calcularea lor ca procent din salariul de bază) este un drept al salariatului, el fiind consacrat de Codul Muncii și preluat în toate contractele individuale de muncă.

Modificarea prevederilor legale aplicabile salarizării angajaților din sectorul bugetar începând cu anul 2009 a determinat suspendarea aplicării acestor principii generale de salarizare (salariul de bază și sporurile aplicate la salariul de bază) în sectorul bugetar, generând un spațiu juridic ce nu respectă cadrul general al muncii salariale. Efectul concret îl constituie atât desființarea salariului de bază cât și modificarea caracterului juridic al sporurilor. În consecință, în acest moment în sectorul bugetar există următoarele elemente de salarizare:

- **Salariul de bază** – cu rol mai curând simbolic raportat la rolul pe care ar trebui să-l dețină în cadrul sistemului de salarizare.
- **Salariul de bază din 2009** – constituie un sistem de referință pentru calculul sporurilor salariale, utilizabil în situațiile în care salariul de bază actual este mai mare decât cel din anul 2009. Situațiile cele mai frecvente sunt datorate creșterii salariului minim.¹
- **Sporurile la salariul de bază** – se calculează raportat la salariul de bază din 2009. Pentru salariații care s-au angajat ulterior anului 2009 raportarea se face tot la salariul de bază din 2009, operându-se cu o ficțiune juridică: salariul pe care noul angajat l-ar fi avut în anul 2009 dacă ar fi fost angajat (exprimată sub forma salariilor comparative din același loc de muncă)
- **Cuantumul net al sporurilor** (din 2009).

Angajații din sectorul bugetar sunt salariați efectiv cu salariul de bază și cuantumul sporurilor din anul 2009, restul elementelor având doar rolul un puncte secundare de orientare în calcularea salariilor.

Putem constata următoarele efecte:

- a) Salariul de bază nu mai are caracterul juridic al salariului de bază deoarece îi lipsește una din caracteristicile esențiale: punct de reper pentru calculul sporurilor la salariu. Este evident că suntem în situația desființării salariului de bază, generându-se în fapt „două salarii de bază”:
 - i) **Salariul de bază echivalent celui din 2009** („vechiul salariu de bază”) – la care se aplică sporurile. Este numit impropriu salariu de bază deoarece îi lipsesc două caracteristici esențiale:
 - a) Nu constituie punct de reper pentru a verifica încadrarea salariatului peste salariul minim brut pe economie (nu este referențial pentru a verifica respectarea acestui drept de protecție socială a muncii salariate);
 - b) În foarte multe cazuri este situat sub valoarea salariului minim brut pe economie;
 - c) Nu este consacrat legal în calitate de salariu de bază.
 - ii) **Salariul de bază actual** („noul salariu de bază”), care nu mai are caracteristicile specifice salariului de bază deoarece:
 - a) Sporurile (neincluse în salariul de bază nu se raportează la el);
 - b) Este utilizat împotriva salariatului în ceea ce privește verificarea respectării prevederilor legale privind salariul de bază minim brut pe economie (este utilizat ca referențial), fără ca această raportare să-i consolideze calitatea de salariu de bază.
- b) Sporurile la salariul de bază au fost lipsite de una din caracteristicile juridice esențiale: raportarea lor (procentuală) la salariul de bază, ele fiind acordate într-un cuantum net, adică în sumă fixă, indiferent de salariul de bază.
- c) Salariul minim brut pe economie și-a pierdut caracterul de salariu minim. Salariații care au beneficiat de creșterea salariului de bază datorită creșterii salariului minim brut pe economie nu beneficiază și de raportarea sporurilor la acest salariu de bază.

Cumularea acestor efecte ne conduce inevitabil la următoarea concluzie: salarizarea în sectorul bugetar nu respectă principiile generale de salarizare, **afectând în felul acesta** ~~Caracterul acestei concluzii:~~ caracterul unitar al principiilor generale ce definesc Dreptul Mun-

¹ Creșterea salariului minim a avut ca efect creșterea salariului de bază pentru categorii întregi de salariați, sporurile aferent fiind acordate în cuantumul pe care-l aveau (sau l-ar fi avut) în anul 2009.

cii, la ora actuală fiind în situația existenței a două spații juridice diferite din perspectiva principiilor utilizate pentru stabilirea salarizării: spațiul public și cel privat. Din această perspectivă, se poate remarca discriminarea salariaților din sectorul bugetar față de cei din mediul privat, determinată de aplicarea incorectă a principiilor de drept.

1.2. Structura logică a lucrării

Vom recurge la următoarea structură logică pentru a demonstra desființarea ordinii juridice a muncii în privința salariaților bugetari și pentru a arăta modalitatea de restaurare a ei:

1.2.1. Actele normative aplicabile până în anul 2011 (inclusiv) în materia salarizării bugetarilor prevăd raportarea procentuală a sporurilor la salariul de bază.

Principala problemă în interpretarea și aplicarea legii este determinată din interpretarea eronată a expresiei *quantumul sporurilor*. Vom demonstra că interpretarea sensului juridic al expresiei *quantumului sporurilor* trebuie să se facă raportat la întregul context juridic aplicabil fiecărui act normativ care recurge la această exprimare, arătând astfel că sensul corect este cel de cuantificare procentuală a sporurilor și de raportare a lor la salariul de bază. Suplimentar, vom arăta că interpretarea alternativă, respectiv sporurile exprimate în sume fixe, nu numai că nu reiese din prevederile legale în vigoare dar constituie și o încălcare a unor principii obligatorii care guvernează legislația muncii.

1.2.2. Exceptarea raportării procentuale a sporurilor la întregul salariul de bază începând cu anul 2012, respectiv apariția a două salarii de bază sunt neconstituționale, încalcă tratatele internaționale în domeniu și nu respectă principiul ierarhiei actelor normative.

Vom demonstra că prevederea introdusă prin art. II pct.11 din Legea nr. 283/2011 privind aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 80/2010 pentru completarea art. 11 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 37/2008 privind reglementarea unor măsuri financiare în domeniul bugetar: „În anul 2012 ... sporurile, majorările salariilor de bază ... se stabilesc fără a lua în calcul drepturile incluse în salariul de bază...”, reluată într-o serie de acte normative ulterioare, este neconstituțională, încalcă tratatele internaționale în domeniu și nu respectă principiul ierarhiei actelor normative. În acest sens, vom arăta următoarele:

1.2.2.1. Constituția consacră principiul stabilirii unui quantum procentual al sporurilor și raportarea acestora la salariul de bază.

- Salariul de bază este un drept consacrat prin Constituție și tratatele internaționale, fiind corelativul obligatoriu al muncii prestate.

- Sporurile la salariu fac parte din măsurile de protecție socială stabilite în Constituție (art. 41) și în tratatele internaționale la care România este parte. Ele au un caracter compensatoriu pentru diferitele situații în care salariații sunt nevoiți să-și desfășoare activitatea (noapte, zile libere, anumite condiții de muncă, depășirea programului normal de muncă etc.). Fiecare dintre criteriile care stau la baza unor categorii generale de sporuri își au izvorul în textul constituțional, în cadrul măsurilor de protecție socială (art. 41 alin. 2). Spre exemplu:

- Sporul pentru lucru în zilele libere legale - *repausul săptămânal* (art. 41 alin. 2) stabilit ca regulă în zilele libere legale;
- Sporurile pentru condiții de muncă - *prestarea muncii în condiții deosebite sau speciale* (art. 41 alin. 2)
- Sporul pentru munca de noapte - *securitatea și sănătatea salariaților* (art. 41 alin. 2).

1.2.2.2. Legea organică, Codul Muncii, consacră și ea principiul stabilirii unui quantum procentual al sporurilor și raportarea acestora la salariul de bază

- Sistemul juridic al legislației muncii, având drept punct de reper Codul muncii, consacră principiul calculării sporurilor ca procent din salariul de bază, excluzând formulele de compensare în cotă fixă.

- Raportul dintre salariul de bază și sporurile la acesta este unul dinamic, incluzând diferite ajustări cu caracter de principii de acordare a sporurilor:

- Ajustarea sporurilor în funcție de încadrarea în anumite condiții (ex. acordarea unui spor pentru condiții de muncă proporțional cu timpul lucrat în acele condiții);
- Variația valorii pecuniare a sporurilor în funcție de variațiile salariilor de bază.

1.2.2.3. Legea specială de salarizare a bugetarilor (Legea nr. 284/2010) respectă și ea principiul stabilirii unui quantum procentual al sporurilor și raportarea acestora la salariul de bază

- Legea 284/2010 exprimă în mod expres sporurile în formă procentuală și indică faptul că acestea trebuie raportate (procentual) la salariul de bază;

- Legea 284/2010 consacră următoarele sensuri ale termenului **quantum**:

- Atunci când folosește termenul **quantum** este vorba de exprimarea procentuală a sporurilor.
- Atunci când se referă la rezultatul aplicării sporurilor (exprimate procentual) la salariul de bază, adică la suma de bani rezultată, este folosită în mod expres formula **quantum net**.

- În consecință, Legea 284/2010 stabilește și forma de interpretare a termenului *quantum* în legislația conexă, respectiv cea de suspendare a aplicării prevederilor ei.

2. Sistemul juridic al salarizării aplicabil salariului de bază și sporurilor la salariul de bază

2.1. Constituția României

Câteva din principiile de salarizare își au izvorul în art. 41 din Constituția României.² Chiar dacă textul constituțional nu prevede *in terminis* dreptul la un salariul de bază, putem considera că acesta poate fi dedus din formulare legală. În mod cert, alin. 2 al art. 41 din Constituție prevede dreptul la măsuri de protecție socială, acestea privind „*securitatea și sănătatea salariaților ... repausul săptămânal ... prestarea muncii în condiții deosebite sau speciale ... precum și alte situații specifice, stabilite prin lege*”. Sporurile la salariu sunt incluse într-una sau alta din prevederi, ele fiind astfel drepturi constituționale. În consecință, există

² ARTICOLUL 41

(1) Dreptul la muncă nu poate fi îngrădit. Alegerea profesiei, a meseriei sau a ocupației, precum și a locului de muncă este liberă.

(2) Salariații au dreptul la măsuri de protecție socială. Acestea privesc securitatea și sănătatea salariaților, regimul de muncă al femeilor și al tinerilor, instituirea unui salariu minim brut pe țară, repausul săptămânal, concediul de odihnă plătit, prestarea muncii în condiții deosebite sau speciale, formarea profesională, precum și alte situații specifice, stabilite prin lege.

(3) Durata normală a zilei de lucru este, în medie, de cel mult 8 ore.

(4) La muncă egală, femeile au salariu egal cu bărbații.

(5) Dreptul la negocieri colective în materie de muncă și caracterul obligatoriu al convențiilor colective sunt garantate.

posibilitatea de-a ataca toate prevederile legale care desființează/modifică caracterul juridic al sporurilor ce țin de protecția socială ca fiind neconstituționale.

2.2. Codul Muncii

2.2.1. Natura juridică a sporurilor

Stabilirea caracteristicilor pe care le trebuie să le îndeplinească salariul este prevăzut de art. 160 din Codul Muncii: „*Salariul cuprinde salariul de bază, indemnizațiile, sporurile, precum și alte adaosuri*”. După cum putem observa, dreptul general al angajatului la un salariu trebuie înțeles ca drept al acestuia la toate părțile componente ale salariului, în speță, ca drept al angajatului la salariul de bază și la sporurile aferente acestuia, salariul de bază și sporurile la salariul de bază făcând parte din drepturile salariale.

2.2.2. Natura juridică a salariului de bază

Prevederea art. 160 din Codul Muncii este clară în privința caracterului de sine stătător la salariul de bază. Mai mult decât atât, Codul muncii consacră în mai multe articole caracterul salariului de bază ca punct de orientare/raportare a sporurilor:

- Art. 17 alin. 3 lit. (k) stabilește obligația informării salariatului, înaintea angajării, privind la salariul de bază, modificarea acestuia putându-se face doar prin act adițional. Prevederea stabilește astfel caracterul de element esențial al Contractului individual de muncă pentru salariul de bază.

- Art. 53 alin. 1 prevede stabilirea indemnizației pe durata reducerii sau întreruperii temporare a activității ca procent din salariul de bază.

- Art. 123 alin. 2 stabilește raportarea sporului pentru munca suplimentară la salariul de bază.

- Art. 126 lit. (b) prevede stabilirea sporului pentru munca prestată în timpul nopții prin raportare la salariul de bază.

- Art. 142 alin. 2 prevede stabilirea sporului pentru munca prestată în zilele de sărbătoare legală prin raportare la salariul de bază.

- Art. 150 alin. 1 stabilește salariul de bază ca unul dintre reperatele minime obligatorii pentru indemnizația de concediu.

- Art. 164 prevede existența salariului de bază minim brut pe țară, instituind astfel o limită minimă obligatorie pentru stabilirea salariilor de bază. Având în vedere natura juridică a salariului de bază minim brut pe țară, respectiv caracterul de protecție a veniturilor salariaților împotriva scăderii sub un anumit nivel, este evident faptul că prevederea consacră totodată salariul de bază ca punct de referință esențial pentru monitorizarea respectării drepturilor minime ale salariaților.

După cum putem constata, salariul de bază este un element de referință esențial în raport cu care se calculează celelalte drepturi salariale, orice afectare a acestuia conducând la imposibilitatea calculării drepturilor salariale, respectiv la calcularea lor în mod eronat.

2.2.3. Concluzii: având în vedere cele menționate anterior considerăm că se impun următoarele concluzii:

- Orice angajat are dreptul la un salariul de bază, menționat în contractul individual de muncă, acesta constituind punctul de referință pentru calcularea drepturilor salariale;

- Sporurile prevăzute în Codul Muncii trebuie raportate (procentual) la salariul de bază.

2.3. Legea nr. 284/2010

2.3.1. Analiza prevederilor legii 284/2010 trebuie să fie precedată de un răspuns adecvat la o întrebare fundamentală: *Prevederile art. 162, alin. 3 din Codul Muncii³ instituie o derogare a sistemului de salarizare a bugetarilor de la principiile generale de salarizare? În speță, este vorba de o derogare de la principiile ce stabilesc obligația construcției salariului pe salariu de bază și sporuri, respectiv a raportării sporurilor ca procent din salariul de bază?*

Nu împărtășim o astfel de interpretare. Vom demonstra în continuare că, chiar dacă am admite o astfel de interpretare principiile în cauză sunt prevăzute și în legea specială, respectiv în Legea nr. 284/2010, aceste principii fiind aplicabile și salariaților din sectorul bugetar. Ceea ce înseamnă că legea specială se menține în cadrul general al principiilor de dreptul muncii, prevăzute în Codul Muncii. În acest sens, putem constata următoarele:

a) Legea nr. 284/2010 privind sistemul de salarizare în sectorul bugetar respectă principiile construcției salariului din salariu de bază și sporuri, respectiv principiul raportării procentuale a sporurilor la salariul de bază, neabătându-se de la cadrul legislativ al dreptului muncii. Art. 5 lit. (b) prevede în mod distinct salariul de bază ca element central al sistemului de salarizare⁴. Art. 9 alin. 2 confirmă rolul salariului de bază, completându-l cu cel al sporurilor și a restului elementelor de salarizare;⁵ totodată, putem observa că acest articol confirmă existența unui sistem de salarizare, bazat pe principii de funcționare care includ și raportul dintre salariul de bază și sporuri.

b) Secțiunea 3 a capitolului nr. III, *Sporuri*, consacră raportarea procentuală a sporurilor la salariul de bază, aceasta reieșind cu claritate atât din modalitatea concretă în care legiuitorul raportează diferitele sporuri la salariile de bază⁶ cât și din modalitatea de limitare a cuantumului sporurilor.⁷

Dacă vom considera că Legea nr. 284/2010 are caracterul de lege organică⁸ atunci este evident faptul că nu se poate deroga de la prevederile ei prin acte normative inferioare.

În concluzie: *întregul cadru general al legislației aplicabilă salariaților bugetari consacră dreptul angajatului la un salariu de bază (excluzând posibilitatea a două salarii de bază) și la cuantificarea procentuală a sporurilor, respectiv la raportarea acestora la salariul de bază.*

³ (3) Sistemul de salarizare a personalului din autoritățile și instituțiile publice finanțate integral sau în majoritate de la bugetul de stat, bugetul asigurărilor sociale de stat, bugetele locale și bugetele fondurilor speciale se stabilește prin lege, cu consultarea organizațiilor sindicale reprezentative.

⁴ Legea nr. 284, art. 5, lit. b) stabilirea salariilor de bază, a soldelor funcțiilor de bază/salariilor funcțiilor de bază și a indemnizațiilor lunare de încadrare, ca **principal element al câștigului salarial** (s.n.).

⁵ Legea nr. 284, art. 9, alin. (2) Sistemul de salarizare cuprinde salariile de bază, soldele/salariile de funcție și indemnizațiile lunare de încadrare, sporurile, premiile, stimulentele și alte drepturi în bani și în natură, corespunzătoare fiecărei categorii de personal din sectorul bugetar.

⁶ Articolele 17 (sporul de noapte de 25%) și 19 din Legea nr. 284/2010.

⁷ Art. 22, alin. 1 și 2 din Legea nr. 284/2010.

⁸ Un prim punct de vedere: *Legea nr. 284/2010 a fost adoptată în regim de lege organică și prin angajarea răspunderii Guvernului în fața Camerei Deputaților și a Senatului, potrivit art.114 alin.(1) din Constituția României, republicată, în considerarea Deciziilor Curții Constituționale nr.548/2008 și 786/2009, se apreciază că, prin obiectul său de reglementare, se încadrează în categoria legilor ordinare.* (http://www.avocatnet.ro/content/forum%7CdisplayTopicPage/topicID_409073/Legea-284-2010-lege-organica.html)

2.3.2. Poate deroga legiuitorul de la principiile generale de salarizare?

În principiu da, însă doar îndeplinind o condiție esențială: prin acte normative de același nivel juridic cu actul normativ care constituie sediul materiei pentru aceste principii, Codul Muncii. În acest sens, avem în vedere caracterul de lege organiză a Codului Muncii. Așa cum am indicat anterior, modificarea caracterului juridic al salariului de bază și a sporurilor la salariul de bază a fost făcută printr-o ordonanță de urgență (OUG nr. 1/2010 *privind unele măsuri de reîncadrare în funcții a unor categorii de personal din sectorul bugetar și stabilirea salariilor acestora, precum și alte măsuri în domeniul bugetar*). Or, în conformitate cu prevederile art. 115 alin. 1 din Constituție, Guvernul poate fi abilitat să emită ordonanțe de urgență doar în domeniile care nu fac obiectul legilor organice. Ceea ce înseamnă că nu este vorba de o normă de derogare, ci de un conflict între prevederile unei legi organice și cele ale unui act normativ.

Mai mult decât atât, alin. 6 al art. 115 din Constituție⁹ interzice în mod expres orice modificare prin OUG a drepturilor și libertăților prevăzute în Constituție. Or, dreptul la muncă și la protecția socială a muncii (art. 41) face parte din drepturile constituționale.

3. Drepturile legale de care sunt lipsiți salariații bugetari în actualele condiții

3.1. Dreptul de a beneficia de prevederile legale aplicabile salariului minim pe economie, respectiv la protecția socială specifică acestuia.

Forma de interpretare și aplicare a prevederilor legale a condus la apariția a două salarii de bază:

- **„Salariul de bază cu unele sporuri incluse”** („noul salariu de bază”) – este utilizat în calculul încadrării salariatului peste salariul de bază minim brut pe economie. Cu alte cuvinte, pentru a verifica dacă un angajat este salarizat peste salariul de bază minim brut pe economie este luat în considerare salariul de bază cu sporurile incluse, în condițiile în care este obligatorie raportarea salariului de bază (fără sporuri incluse) la salariul minim brut pe economie, în conformitate cu prevederile art. 164 alin. 2 din Codul Muncii.¹⁰
- **„Salariul de bază fără sporurile incluse”** („vechiul salariu de bază”) este cel la care se raportează, procentual, sporurile neincluse în salariul de bază propriu-zis. În multe cazuri acest „salariu de bază” este situat sub nivelul salariului minim brut pe economie, ceea ce-i anulează caracterul de salariu de bază.

3.2. Dreptul de a beneficia de creșterea salariului de bază propriu-zis și de efectele acesteia.

Raportarea sporurilor la „vechiul salariu de bază” a condus la ruperea relației legale dintre sporuri și salariul de bază, creșterea salariului de bază propriu-zis fiind lipsită de efectele firești asupra salariului brut.

⁹ (6) *Ordonanțele de urgență nu pot fi adoptate în domeniul legilor constituționale, nu pot afecta regimul instituțiilor fundamentale ale statului, drepturile, libertățile și îndatoririle prevăzute de Constituție, drepturile electorale și nu pot viza măsuri de trecere silită a unor bunuri în proprietate publică.*

¹⁰ (2) *Angajatorul nu poate negocia și stabili salarii de bază prin contractul individual de muncă sub salariul de bază minim brut orar pe țară.*

4. Modificarea sistemului de salarizare aplicabil sectorului bugetar

4.1. Abaterea de la principiile juridice ale salarizării: actele normative care interzic raportarea procentuală a sporurilor la salariul de bază actual

4.1.1. Discuții privind prevederile legale aplicabile

La acest moment, cea mai mare parte a elementelor de salarizare în sistemul bugetar este stabilită conform salariilor existente în anul 2009, nefiind aplicabile prevederile Legii 284/2010. Principala problemă o ridică faptul prevederile Legii 284/2010 privind sporurile nu sunt aplicabile (este prorogată aplicarea acestor prevederi), sporurile fiind stabilite sub forma unui quantum la nivelul prevăzut de legislația din 2009. Izvorul juridic al acestei situații îl constituie următoarele acte normative: OUG nr. 1/2010, Legea nr. 285/2010, Legea nr. 283/2011, OUG nr. 84/2012, OUG nr. 103/2013 și OUG nr. 83/2014.

4.1.1.1. Actele normative care interzic expres raportarea procentuală a sporurilor la salariul de bază actual

Pentru evidențierea prevederilor legale care au condus la nerespectarea principiilor de dreptul muncii în sectorul bugetar procedăm în continuare la indicarea, *in extenso*, a celor mai importante dintre ele:

- Art. 11 alin. 1 din OUG nr. 37/2008 (art. II pct. 11 din Legea nr. 283/2011): „În anul 2012, indemnizațiile, compensațiile, sporurile, majorările salariilor de bază și alte drepturi acordate potrivit actelor normative în vigoare se stabilesc fără a lua în calcul drepturile incluse în salariul de bază conform prevederilor art. 14 din Legea nr. 285/2010 și ale art. 10 din prezenta ordonanță de urgență.”
- Art. 1 din OUG nr. 19/2012:
 - (1) *Cuantumul brut al salariilor de bază/soldelor funcției de bază/salariilor funcției de bază/indemnizațiilor de încadrare de care beneficiază personalul plătit din fonduri publice se majorează în două etape, astfel:*
 - a) cu 8%, începând cu data de 1 iunie 2012, față de nivelul acordat pentru luna mai 2012;
 - b) cu 7,4%, începând cu data de 1 decembrie 2012, față de nivelul acordat pentru luna noiembrie 2012.
 - (2) *Cuantumul sporurilor, indemnizațiilor, compensațiilor și al celorlalte elemente ale sistemului de salarizare care fac parte, potrivit legii, din salariul brut, solda lunară brută/salariul lunar brut, indemnizația brută de încadrare, de care beneficiază personalul plătit din fonduri publice, se majorează potrivit alin. (1), în măsura în care personalul își desfășoară activitatea în aceleași condiții.*(s.n.)
- Art. 1 din OUG nr. 84/2012: *În anul 2013 se mențin în plată la nivelul acordat pentru luna decembrie 2012 drepturile prevăzute la art. 1 și art. 3-5 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 19/2012 privind aprobarea unor măsuri pentru recuperarea reducerilor salariale, aprobată cu modificări prin Legea nr. 182/2012.*
- Art. 3 din OUG 103/2013: *În anul 2014, indemnizațiile, compensațiile, sporurile, majorările salariilor de bază prin acordarea de clase de salarizare suplimentare și alte drepturi acordate potrivit actelor normative în vigoare se stabilesc fără a lua în calcul drepturile incluse în salariul de bază conform prevederilor art. 14 din Legea nr. 285/2010 privind salarizarea în anul 2011 a personalului plătit din fonduri publice și ale art. 10 al art. II din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 80/2010 pentru completarea art. 11 din Ordonan-*

ța de urgență a Guvernului nr. 37/2008 privind reglementarea unor măsuri financiare în domeniul bugetar, precum și pentru instituirea altor măsuri financiare în domeniul bugetar, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 283/2011.

- Art. 3 din OUG nr. 83/2014: *În anul 2015, indemnizațiile, compensațiile, sporurile, majorările salariilor de bază prin acordarea de clase de salarizare suplimentare și alte drepturi acordate potrivit actelor normative în vigoare se stabilesc fără a lua în calcul drepturile incluse în salariul de bază conform prevederilor art. 14 din Legea nr. 285/2010 privind salarizarea în anul 2011 a personalului plătit din fonduri publice și art. 10 al art. II din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 80/2010 pentru completarea art. 11 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 37/2008 privind reglementarea unor măsuri financiare în domeniul bugetar, precum și pentru instituirea altor măsuri financiare în domeniul bugetar, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 283/2011.*

Din prezentarea acestor acte normative putem constata următoarele:

- existența unor prevederi exprese privind neraportarea sporurilor la salariul de bază;
- faptul că OUG nr. 1/2010 și Legea nr. 285/2010 nu fac parte dintre aceste prevederi.

4.1.1.2. Amânarea aplicării prevederilor legii 284/2010 înseamnă și amânarea aplicării principiilor de salarizare stabilite în cadrul ei?

Răspunsul pozitiv la această întrebare echivalează cu a admite că este posibilă existența unui sistem de salarizare în absența unor principii care să-i stabilească modalitatea de funcționare și sensul de interpretare a prevederilor sale, ceea ce este absurd. Există o alternativă la această interpretare, care ocolește problema sesizată anterior: **prorogarea abrogării principiilor de salarizare valabile în anul 2009**. Deși art. 48 alin. 1 pct. 17 din Legea nr. 330/2009 abrogă Ordonanța de Urgență nr. 115/2004 (aprobată prin Legea nr. 125/2005), cu modificările și completările ulterioare (în continuare OUG nr. 115/2004) (cu excepția unor articole), această abrogare este anulată parțial, în ceea ce privește anumite aspecte (inclusiv cele care fac obiectul prezentului articol) de prevederile OUG nr. 1/2010 art. 5 lit. (b).

După cum putem constata, sporurile care nu se introduc în salariul de bază se acordă în aceleași cuantumuri de la 31 decembrie 2009. Ceea ce înseamnă că suntem în situația în care abrogarea prevederilor legale valabile în anul 2009 este prorogată (în ceea ce privește anumite aspecte)¹¹ până la momentul aplicării Legii 284/2010. Cu alte cuvinte, prorogarea intrării în vigoare a Legii 284/2010 determină în mod implicit și pe o perioadă echivalentă prorogarea abrogării¹² OUG nr. 115/2004.

4.1.1.3. Dacă răspunsul la întrebarea anterioară este DA, atunci suntem în situația unei norme de trimitere la legislația aplicabilă în anul 2009

Dacă admitem că aplicarea Legii nr. 284/2010 este prorogată și în ceea ce privește aplicarea principiilor ei și dacă admitem că nu poate exista un sistem de salarizare fără principii care să-i stabilească regulile de aplicare și de interpretare, atunci suntem în situația prorogării abrogării prevederilor legale aplicabile în anul 2009. Ceea ce impune analiza principiilor de salarizare în sectorul bugetar, în vigoare la acea dată.

¹¹ Menționăm că pentru tema acestui articol, respectiv sporul de noapte, există două posibilități alternative: fie considerăm că Legea 284/2010 este aplicabilă în ceea ce privește sporul de noapte fie este prorogată abrogarea OUG nr. 115/2004.

¹² OUG 115/2004 a fost în principiu abrogată de Legea 330/2009.

5. Modificarea sistemului de salarizare aplicabil sectorului bugetar: erori de interpretare

5.1. Semnificația formulei „*quantumul sporurilor*”

În ceea ce privește tema acestui articol, respectiv obligația raportării procentuale a sporurilor la salariul de bază, principala problemă o constituie modalitatea de interpretare a termenului *quantum*. În acest sens, sunt posibile două interpretări:

a) Prin *quantum* se înțelege suma ce se acorda salariatului în 2009 prin raportarea sporului la salariul de bază din anul 2009. Este înțelesul pe care i l-au dat instituțiile statului în aplicarea prevederilor legale atât în cazul sporurilor ce fac parte din salariul de bază cât și a celor ce nu fac parte din salariul de bază. Dacă vom considera această interpretare ca fiind corectă atât în cazul sporurilor introduse în salariul de bază cât și în acela al sporurilor care constituie o parte separată a salariului de bază consecința o constituie suspendarea implicită a sistemului de salarizare general aplicabil, inclusiv sectorului bugetar.

b) În cazul sporurilor ce nu fac parte din salariul de bază prin *quantum* se înțelege valoarea procentuală a sporului (valabilă în anul 2009) care se raportează la salariul de bază actual. Este interpretarea pe care o susținem, demonstrând totodată că această interpretare este coerentă cu principiile de drept aplicabile legislației muncii în materie.

Suplimentar față de interpretarea sistematică a prevederilor legale, considerăm că însuși formularea textului de lege în discuție legitimează această interpretare. Astfel, lit. (b) a art. 5 din OUG nr. 1/2010 prevede: *sporurile...se acordă în aceleași quantumuri de la 31 decembrie 2009*. După cum putem observa, subiectul îl constituie mărimea sporurilor și nu rezultatul aplicării acestora asupra salariilor de bază. Singura formulă de cuantificare a sporurilor valabilă în anul 2009 este cea procentuală. Vom demonstra în continuare faptul că legea cadru privind salarizarea în sectorul bugetar aplicabilă la momentul publicării OUG nr. 1/2010, respectiv Legea nr. 330/2009, în ceea ce privește sporurile ce nu fac parte din salariul de bază prin expresia *quantumul sporurilor* consacră cuantificarea procentuală a acestora, respectiv aplicarea lor procentuală la salariul de bază.

5.1.1. Legea 330/2009

În principiu, putem considera că izvorul interpretărilor eronate ce au condus la anularea unor principii fundamentale de salarizare în sectorul bugetar îl constituie legea 330/2009. Se consideră că această lege operează două modificări fundamentale:

- Introducerea unor sporuri în salariul de bază;
- Acordarea sporurilor ca sumă fixă, raportat la sumele rezultate din aplicarea procentuală a acestora la valoarea și salarizarea din anul 2009.

Dacă prima modificare o acceptăm (sub beneficiul de inventar), cu a doua modificare nu suntem de acord, aceasta nefiind coerentă cu prevederile legale. Astfel, textul legal care constituie izvorul de drept în domeniu este art. 30 alin. 5 lit. (b) „*sporurile prevăzute în anexele la prezenta lege rămase în afara salariului de bază, soldei funcției de bază sau, după caz, indemnizației lunare de încadrare se vor acorda într-un quantum care să conducă la o valoare egală cu suma calculată pentru luna decembrie 2009*”. După cum putem observa, prin *quantum* se înțelege valoarea procentuală, legea stabilind că valoarea procentuală a sporurilor (*quantumul lor*) se stabilește astfel încât rezultatul aplicării sporurilor să fie identic cu *quantumul net* al acestora din 2009. Considerăm că acesta este punctul de pornire pentru interpretările eronate acordate expresiei *quantumul sporurilor*, ratându-se interpretarea unitară

pe care Legea nr. 330/2009 o dă acestei expresii. Vom indica mai jos argumente suplimentare în favoarea interpretării pe care-o susținem.

Legea nr. 330/2009 consacră interpretarea formulei *cuantumul sporurilor* ca formă de exprimare/cuantificare procentuală a acestora.

- Art. 30 alin. 5 lit. (b) *sporurile prevăzute în anexele la prezenta lege rămase în afara salariului de bază, soldei funcției de bază sau, după caz, indemnizației lunare de încadrare se vor acorda într-un cuantum care să conducă la o valoare egală cu suma calculată pentru luna decembrie 2009.* După cum am arătat anterior, prin cuantum se înțelege valoarea procentuală, legea stabilind că valoarea procentuală a sporurilor (cuantumul lor) se stabilește astfel încât rezultatul aplicării sporurilor să fie identic cu cuantumul net al acestora din 2009. Cu alte cuvinte, este vorba de o obligație de rezultat, care prevede calcularea sporurilor astfel încât aplicarea lor procentuală la salariul de bază să conducă la o valoare egală cu suma calculată pentru luna decembrie 2009 și nu de o modificare a modului de exprimare a sporurilor, respectiv în procente aplicabile la salariul de bază. Acest înțeles rezultă și din interpretarea sistematică a textului de lege:

- În Nota la Anexa nr. II. 2 din lege, la pct. 1 lit. (b) găsim următorul text „... stabilite de Ministerul Sănătății, **cuantumul sporului este de 50-100% din salariul de bază.**”(s.n.).

- Anexa nr. II.8, art. II pct. 1 *Persoanele salarizate conform prezentei anexe beneficiază și de următoarele categorii de sporuri:*

- **sporul pentru activitate desfășurată în zone izolate, în cuantum de până la 20%;**
- **sporul pentru condiții periculoase sau vătămătoare, în cuantum de până la 15%.**(s.n.).
- Anexa nr. III, secțiunea III – Sporuri, art. 10 lit. (b) „...**cuantumul sporului este de 50-100% din salariul de bază**” (s.n.)
- ...și enumerarea acestor exemple poate continua.

Toate aceste exemple dovedesc fără tăgadă că prin *cuantumul sporurilor* legiuitorul înțelege exprimarea lor procentuală și raportarea lor la salariul de bază.

Subliniem faptul că pentru sectorul sanitar există un argument suplimentar: în baza prevederilor Legii nr. 330/2009 a fost elaborat Regulamentul de sporuri, ca anexă la Ordinul Ministerului Sănătății nr. 547/26 mai 2010. Toate sporurile din Regulamentul de sporuri sunt exprimate procentual, ele raportându-se la salariul de bază. Trebuie remarcat faptul că acest Ordin a fost publicat în Monitorul Oficial posterior publicării OUG ntr. 1/2010, contribuind astfel la sublinierea sensului pe care trebuie să-l aibă sporurile, respectiv la faptul că acestea se exprimă procentual și se raportează la salariul de bază.

5.1.2. OUG nr. 1/2010

Al doilea izvor (în ordinea cronologică a apariției) al interpretării eronate a modului de calcul al sporurilor îl constituie OUG nr. 1/2010, în special prevederile art. 5 din aceasta:

Art. 5 (1) Începând cu luna ianuarie 2010, personalul aflat în funcție la 31 decembrie 2009 își păstrează salariul, solda sau, după caz, indemnizația lunară de încadrare brut/brută avute la această dată, fără a fi afectate de măsurile de reducere a cheltuielilor de personal din luna decembrie 2009 prevăzute la art. 10 din Legea nr. 329/2009, care se calculează după cum urmează:

a) la salariul de bază, solda/salariul funcției de bază sau, după caz, indemnizația lunară de încadrare corespunzătoare funcțiilor avute la data de 31 decembrie

2009 se adaugă **cuantumul sporurilor și indemnizațiilor** care se introduc în acesta/aceasta, prevăzute în notele la anexele la Legea-cadru nr. 330/2009, numai personalului care a beneficiat de acestea, în măsura în care își desfășoară activitatea în aceleași condiții;

b) sporurile, indemnizațiile și alte drepturi salariale prevăzute în anexele la Legea-cadru nr. 330/2009 care nu se introduc în salariul de bază, solda/salariul funcției de bază sau, după caz, indemnizația lunară de încadrare **se acordă în aceleași cuantumuri de la 31 decembrie 2009**, numai personalului care a beneficiat de acestea, în măsura în care își desfășoară activitatea în aceleași condiții, cu respectarea prevederilor art. 23 din Legea-cadru nr. 330/2009. (s.n.)

Textul de lege care constituie izvorul juridic în materie îl constituie articolul anterior amintit. Analiza acestui articol ne arată faptul că legiuitorul folosește expresia *cuantumul sporurilor* în două sensuri diferite:

a) Pentru a se referi la sporurile introduse în salariul de bază (art. 5 alin. 1 lit. a). Trebuie să observăm faptul că formula textului de lege este: „*la salariul de bază se adaugă ... cuantumul sporurilor și indemnizațiilor care se introduc în acesta..., prevăzute în notele la anexele la Legea-cadru nr. 330/2009...*”. Ceea ce înseamnă că este vorba în mod evident de o normă de trimitere la Legea nr. 330/2009, în funcție de care se stabilește sensul acestei expresii. Legea nr. 330/2009 utilizează două formule de exprimare în domeniu:

- În salariul de bază „*sunt cuprinse salariul de merit, sporul de confidențialitate, sporul de stabilitate, sporul de dispozitiv, **cuantumul lunar al primelor de stabilitate**, sporul de vechime în muncă*”. Această formă apare în toate locurile în care este menționată introducerea sporurilor în salariul de bază¹³, respectiv în toate „notele la anexele la Legea-cadru nr. 330/2009”. După cum putem observa, legiuitorul folosește termenul *quantum* doar atunci când se referă la primele de stabilitate, pentru sporuri folosind termenul consacrat de sporuri, respectiv la cuantumuri ale diferitelor salarii. Ceea ce înseamnă că acesta este domeniul de referință și pentru expresia *cuantumul sporurilor* din art. 5 alin. 1 lit. (a) din OUG nr. 1/2010.
- *Quantum net* – atunci când se referă la cuantumul net al salariilor (de bază) și indemnizațiilor, stabilite prin raportare la coeficienții de ierarhizare (alin.3 al art. 4 din Anexa nr. V; Anexa nr. V.3, secțiunea A, art. 1 alin. 3 etc.).
- După cum putem observa, în fiecare dintre cazuri legiuitorul când se referă la salariul de bază utilizează expresia *quantum* indicând sume și nu procente, respectiv menținând termenul sporuri. Ceea ce înseamnă că acesta trebuie să fie și înțelesul acestui termen din prevederea legală conexasă – OUG nr. 1/2010.

b) Pentru a se referi la sporurile care nu sunt introduse în salariul de bază (art. 5 alin. 1 lit. (b) utilizează formula *cuantumul sporurilor* referindu-se la exprimarea procentuală a acestora (a se vedea argumentația de la punctul din acest material privitor la Legea nr. 330/2009)

În consecință, interpretarea expresiei *quantum* din OUG nr. 1/2010 se face diferit în funcție de domeniul de legiferare astfel:

- Lit. (a) din alin. 1 al art. 5 – prin *cuantumul sporurilor* se înțelege o sumă fixă, doar în ceea ce privește sporurile introduse în salariul de bază (ca rezultatul aplicării sporurilor, exprimate procentual, la salariul de bază).

¹³ Anexa nr. I.2, punctul 1 al Notei la art. II; nota la Anexa nr. II.2 etc.

- Lit. (b) din alin. 1 al art. 5 – prin *cuantumul sporurilor* se înțelege exprimarea procentuală a sporurilor care nu sunt introduse în salariul de bază. **Ceea ce înseamnă că și interpretarea corectă a OUG nr. 1/2010 este în sensul menținerii sistemului de salarizare bazat pe salariul de bază (cu unele sporuri incluse, conform prevederilor Legii nr. 330/2009) și sporurile la salariul de bază exprimate procentual.**

5.1.2.1. Abrogarea și respingerea OUG nr. 1/2010. Efecte

- a) Abrogarea și respingerea OUG nr. 1/2010 are ca efect și anularea celor două modalități de înțelegere ale expresiei *cuantumul sporurilor*, în vigoare fiind la această dată doar înțelesul consacrat de Legea nr. 284/2010. Dacă avem în vedere faptul că Legea nr. 285/2010 preia implicit prevederile OUG nr. 1/2010 în materie (care, la rândul lor, au ca bază prevederile Legii nr. 330/2009 – și ea abrogată de Legea nr. 284/2010), așa cum am arătat anterior, atunci este evident că aceste prevederi trebuie interpretate în sensul consacrat de Legea nr. 284/2010.
- b) Abrogarea OUG nr. 1/2010 produce efecte doar pentru viitor. Totuși, se ridică problema în ce măsură prevederile ei sunt în continuare aplicabile.
- c) OUG nr. 1/2010 a fost respinsă de Legea nr. 30/2012 *pentru respingerea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 1/2010 privind unele măsuri de reîncadrare în funcții a unor categorii de personal din sectorul bugetar și stabilirea salariilor acestora, precum și alte măsuri în domeniul bugetar*. În acest context, se ridică problema consecințelor acestei respingeri.

5.1.3. Legea nr. 285/2010

Obiectul principal al acestei legi îl constituie creșterea salariilor cu 15%, ca măsură reparatorie (parțial) a reducerii anterioare a acestora cu 25%. În cuprinsul legii sunt menționate modalitățile efective de implementare a acestor reparații: creșterea salariilor de bază cu 15% (și a sporurilor incluse în salariile de bază) și creșterea sporurilor cu 15%.

În domeniul sporurilor și a modalității de calcul și acordare a acestora Legea nr. 285/2010 conține două texte de referință:

a) art. 1 alin. 2: „*Incepand cu 1 ianuarie 2011, **cuantumul sporurilor, indemnizatiilor, compensatiilor si al celorlalte elemente ale sistemului de salarizare care fac parte, potrivit legii, din salariul brut, solda lunara bruta/salariul lunar brut, indemnizatia bruta de incadrare, astfel cum au fost acordate personalului platit din fonduri publice pentru luna octombrie 2010, se majoreaza cu 15%, in masura in care personalul își desfășoară activitatea in aceleași condiții.*** (s.n.). Observăm că subiectul acestei reglementări îl constituie *cuantumul sporurilor incluse în salariul de bază*, care conțineau deja, în baza Legii nr. 330/2009, exprimarea în sume, ca părți ale salariului de bază. Cu alte cuvinte, legiuitorul a făcut următorii pași procedurali:

- a inclus unele sporuri în salariul de bază, acestea devenind parte integrantă a salariului de bază (însă o parte identificabilă atât prin Legea nr. 330/2009 cât și prin Legea nr. 285/2010);
- a identificat partea din salariul de bază care reprezintă sporurile introduse în acesta cu formula *cuantumul sporurilor*; cu alte cuvinte, în contextul acestei legi legiuitorul folosește într-un sens special expresia *cuantumul sporurilor*, referindu-se de fapt la o parte a salariului de bază.

De reținut faptul că, chiar și în acest caz, formula *cuantumul sporurilor* nu consacră de fapt exprimarea sporurilor în sume fixe în loc de exprimarea lor procentuală.

b) art. 5 alin. 2: „In anul 2011, indemnizatiile, compensatiile, **spourile**, primele, ajutoarele, plățile compensatorii, compensatiile lunare pentru chirie si alte drepturi acordate potrivit actelor normative in vigoare **se stabilesc in raport cu nivelul bazei de calcul al acestora pentru luna octombrie 2010, majorat cu 15%**” (s.n.). După cum putem constata, în privința sporurilor care nu au fost incluse în salariul de bază textul de lege prevede următoarele:

- O normă de trimitere la OUG nr. 1/2010, actul normativ aplicabil în materia modului de calcul a sporurilor în intervalul ianuarie – octombrie 2010. Ceea ce înseamnă că modul de calcul al sporurilor prevăzut de OUG nr. 1/2010 devine modul de calcul al sporurilor prevăzut de Legea nr. 285/2010. Am arătat anterior și vom demonstra fără tăgadă în continuare că modalitatea de calcul a sporurilor ce nu fac parte din salariul de bază o constituie cuantificarea lor procentuală, respectiv raportarea lor procentuală la salariul de bază.
- Majorarea sporurilor cu 15%.

5.1.4. OUG nr. 19/2012¹⁴

Situația este identică și în cazul acestui act normativ, fapt reflectat de prevederile art. 1 alin. (2) **Cuquantumul sporurilor, indemnizațiilor, compensațiilor și al celorlalte elemente ale sistemului de salarizare care fac parte, potrivit legii, din salariul brut, solda lunară brută/salariul lunar brut, indemnizația brută de încadrare, de care beneficiază personalul plătit din fonduri publice, se majorează potrivit alin. (1), în măsura în care personalul își desfășoară activitatea în aceleași condiții.** (s.n.)

5.2. Sensul formulei *cuquantumul sporurilor* în legislația muncii aplicabilă în acest moment

În principiu, distorsiunile apărute în salarizarea angajaților bugetari au ca izvor prevederile OUG nr. 1/2010 și Legea nr. 285/2010. Deoarece legea cadru care stabilea salarizarea în sectorul bugetar la acel moment era Legea nr. 330/2009, consacrand și înțelesul unor termeni, ne-am raportat mai întâi la ea. Însă, după cum vom demonstra, începând din anul 2010 legea care stabilește principiile de salarizare și sensul unor termeni este Legea nr. 284/2010, ea făcând obiectul unei abordări separate. Mai mult decât atât, legislația salarizării personalului bugetar este guvernată de principiile stabilite prin legea organică în domeniu, respectiv Codul Muncii.

5.2.1. Codul Muncii

Folosirea termenului *cuquantum* nu consacră, prin ea însăși, interpretarea ei ca sumă, excluzând-o pe cea procentuală. În acest sens, trebuie reținut faptul că la art. 34 alin. 3 din Codul Muncii este folosită formula „...salariul, *spourile* și *cuquantumul acestora*...” în contextul în care forma de cuantificare a sporurilor în cadrul acestui act normativ este în mod invariabil cea procentuală. Sensul acestui termen este determinat de fiecare dată în funcție de contextul în care apare, utilizarea lui alături de *spouri* dându-i evident sensul de înțeles procentual al acestora.

¹⁴ Ordonanța de Urgență nr. 19/2012 privind aprobarea unor măsuri pentru recuperarea reducerilor salariale.

5.2.2. *Legea nr. 284/2010*¹⁵

Legea 284/2010 consacră interpretarea formule *cuantumul sporurilor* ca formă de exprimare/cuantificare procentuală a acestora. În acest sens, sunt relevante următoarele exemple:

- Anexa nr. I, Capitolul II, SECȚIUNEA 11: K. Administrația publică sanitar-veterinară și pentru siguranța alimentelor, pct. II, lit. a, paragraful nr. 8: *Cuquantumul sporurilor se aprobă...*, în condițiile în care anterior referirea este la sporuri exprimate procentual.
- Secțiunea I, art. 2, alin. 1, litera c) este utilizată formula „...*sprijin lunar la salarizare în cuantum de 65 % din salariile de bază...*” iar la punctul 2) ... *un sprijin lunar la salarizare în cuantum de 80 % din salariul de bază...*
- Art. 7, alin. 1, litera b) „...*stabilite de Ministerul Sănătății, cuantumul sporului este de 45-85 % din salariul de bază.*”

În același timp, reținem că în momentul în care se raportează la sume legiuitorul utilizează formula *cuantum net*.

6. Eliminarea raportării procentuale a sporurilor la salariul de bază conduce la discriminare

Locurile de muncă înregistrează diferite particularități în privința nivelului de salarizare, care nu țin de cadrul legal al salarizării însă exercită o influență asupra salarizării angajaților. Cel mai evident exemplu este cel al unităților sanitare publice, în cadrul cărora salarizarea depinde de o variabilă suplimentară: nivelul veniturilor realizate de spitalele publice prin contractele cu Casele Județene de Asigurări Sociale de Sănătate. Datorită fluctuațiilor acestei variabile există numeroase situații în care nivelul de salarizare al tuturor salariaților dintr-o unitate sanitară nu era situat, în anul 2009, la maximul grilei de salarizare (pentru salariații care aveau evaluările la foarte bine) pe motiv de deficit financiar. Practica interpretării prevederilor legale în sensul menținerii salariilor din anul 2009 până în prezent a generat perpetuarea unei situații cu un profund caracter de discriminare între salariații unităților sanitare afectate de un nivel redus al veniturilor și salariații unităților sanitare care nu au avut o astfel de problemă.

6.1. *Legiuitorul a admis faptul că aplicarea acestei interpretări conduce la discriminare*

Recunoașterea discriminării derivată din interpretarea cadrului legislativ mai sus amintit în sensul eliminării raportării procentuale a sporurilor la salariul de bază a fost realizată de legiuitor prin intermediul Legii nr. 71/2015.¹⁶ Adoptarea acestui act normativ considerăm că are *de facto* efectul retroactivării prevederilor sale în sensul obligației de recunoaștere a discriminărilor introduse prin intermediul legislației în discuției și a reparării salariaților pentru daunele suferite.

Privitor la tema în discuție, respectiv obligația raportării sporurilor la salariul de bază, efectul principal al Legii nr. 71/2015 îl constituie consacrarea legală a efectelor negative,

¹⁵ Chiar dacă Legea nr. 284/2010 este ulterioară apariției OUG nr. 1/2010, putem considera că ea stabilește interpretarea aplicabilă expresiei *cuantumul sporurilor*, mai ales în condițiile în care se înscrie în cadrul trasat deja de Codul Muncii.

¹⁶ Problema am abordat-o în articolul *O argumentație juridică privind eliminarea discriminărilor salariale în sectorul sanitar* din prezentul volum.

inadmisibile în contextul cadrului juridic general, a interpretării adverse, constituind un argument în favoarea interpretării pe care o oferim în cadrul acestui articol.

6.2. Câteva consecințe ale admiterii interpretării alternative

Dacă am admite derogarea de la principiile generale ce guvernează salarizarea am fi în situația admiterii unei discriminări evidente a salariaților din sectorul bugetar față de restul salariaților. În speță considerăm relevantă decizia unei instanțe din România care trimite la normele europene în domeniu:

Curtea Europeană a Drepturilor Omului, legat de aplicarea art. 14 privind interzicerea discriminării, a apreciat că diferența de tratament devine discriminare în sensul acestui articol, atunci când se induc distincții pe situații analoage fără să se bazeze pe o justificare obiectivă și rezonabilă. Instanța europeană a decis în mod constant că pentru o asemenea încălcare să se producă "trebuie stabilit că persoanele plasate în situații analoage și comparabile, în materie, beneficiază de un tratament preferențial și că această distincție nu-și găsește nicio justificare obiectivă și rezonabilă". În acest sens, Curtea a apreciat, prin jurisprudența sa, că statele contractante dispun de o anumită marjă de apreciere pentru a determina dacă și în ce măsură diferențele de situații analoage sau comparabile sunt de natură să justifice distincțiile de tratament juridic aplicate (CEDO, 18 februarie 1991, Fredin c. Suediei, par. 60; 23 iunie 1993, Hoffman c. Austriei, par. 31, 28 septembrie 1995, Spadea et Scalabrino c. Italiei). De altfel, în cauza Thlimmenos c. Greciei din 6 aprilie 2000, Curtea a concluzionat că "dreptul de a nu fi discriminat garantat de Convenție este încălcat și atunci când statele tratează în mod diferit persoane aflate în situații analoage, fără a oferi justificări obiective și rezonabile, dar și atunci când statele omit să trateze diferit, tot fără justificări obiective și rezonabile, persoane aflate în situații diferite, necomparabile"¹⁷.

Considerăm că putem vorbi de existența discriminării în ambele aspecte menționate de Curtea Europeană a Drepturilor Omului:

a) Tratarea în mod diferite a situațiilor analoage și comparabile:

- Salariații din sectorul privat beneficiază de principiile salariului de bază, respectiv de cuantificarea procentuală a sporurilor și raportarea acestora la salariul de bază în constituirea salariului brut, în timp ce salariaților din sectorul bugetar le este refuzat acest drept.
- Salariații din sectorul privat beneficiază de un singur salariul de bază în raportarea acestuia la salariul minim brut pe economie, în timp ce salariaților din sectorul bugetar le este refuzat acest drept.

b) **Omiterea tratării în mod diferențiat a persoanelor aflate în situații diferite.** Dovada irefutabilă, în acest sens, o constituie efectele creșterii salariului minim brut pe economie: eliminarea diferențelor de studii, vechime etc. dintre categorii întregi de salariați.

¹⁷ Curtea de Apel Târgu-Mureș, Secția comercială, de contencios administrativ și fiscal, Decizia nr. 1442/R din 16 decembrie 2010

7. Câteva aspecte privind practica judiciară

Ținând cont de practica instanțelor din România în materia discriminării salariale se naște următoarea întrebare: *Aplicarea acestor interpretări conduce la norme create pe cale judiciară?*

Considerăm că nu suntem într-o astfel de situație deoarece atât salariile de bază cât și sporurile, exprimate în procente, sunt prevăzute în norme legale. Salariile de bază sunt evidențiate distinct inclusiv în cadrul contractelor individuale de muncă. Sporurile la salariu de bază sunt acordate în baza prevederilor legale, problema de fond constituind-o acordarea sporurilor în cuantumul care rezultă din aplicarea prevederilor legale în anul 2009 și nu ca raportare procentuală la actualul salariu de bază. Exprimarea sporurilor în cuantum fix dovedește (suplimentar) faptul că acestea sunt prevăzute inclusiv în cadrul prevederilor legale care prorogă aplicarea Legii nr. 284/2010.

7. 1. Câteva aspecte juridice suplimentare care susțin necesitatea menținerii sistemului de salarizare fundamentat pe salariul de bază și raportarea procentuală a sporurilor la acesta

a) Modul de calcul al salariilor creează incertitudine, salariații fiind în dificultate de a cunoaște nivelul salarizării

Dacă admitem ipotezele eliminării raportării sporurilor la salariile de bază suntem în situația în care angajații nu cunosc nivelul de recompensă pentru munca depusă, ceea ce afectează natura juridică a contractelor pe considerentul incertitudinii privind contra-prestația angajatorului. În absența respectării principiilor de salarizare prevăzute de legislația muncii, mai ales în cazurile în care modificările legislative în discuție au survenit ulterior angajării, este afectat un element esențial al contractelor individuale de muncă ale salariaților bugetari. O astfel de ipoteză trebuie respinsă în favoarea interpretării care contribuie la menținerea coerenței principiilor de salarizare.

b) Stabilirea salariilor raportat la locurile de muncă nu îndeplinește condițiile necesare pentru a avea caracterul juridic al unui sistem de salarizare.

Specificul salarizării angajaților din sectorul bugetar îl constituie faptul că salariații au garantat un anumit nivel de salarizare, acesta neputând varia în funcție de alte variabile. Raportat la prevederile art. 130 CM¹⁸, normarea muncii în sectorul bugetar se face în baza normei de timp, la care se adaugă atribuțiile corespunzătoare fișei postului. Elementele de normare a muncii constituie singurele variabile ce pot induce variații ale salariului de bază. În consecință, modificarea salariilor în funcție de alte variabile, cum ar fi nivelul încasărilor unei unități bugetare excede calității de salariat bugetar. Situația este aplicabilă unora dintre angajații unitățile sanitare publice, cărora le-au fost opuse deficitele financiare determinate de realizarea parțială a contractelor cu Casele Județene de Asigurări Sociale de Sănătate ca motiv pentru menținerea salariilor la un nivel mai mic decât cele ale angajaților din alte unități sanitare.

8. Ipoteza absenței regulamentului de sporuri

Această ipoteză ia în considerare abrogarea regulamentului de sporuri valabil până în anul 2009 inclusiv (OMS nr. 721/2005) și a OMS nr. 547/2010 ca o consecință a abrogării Legii nr. 330/2009. Nu putem fi de acord cu această ipoteză din următoarele considerente:

¹⁸ Codul Muncii

- a) Construcția salariului pe cele două elemente esențiale, salariul de bază și sporurile raportate (calculate ca procent) la salariul de bază constituie un drept al salariatului de la care nu se poate deroga. Legea trebuie interpretată în sensul de a produce efecte, existența Regulamentului de sporuri fiind o condiție necesară pentru respectarea legalității.
- b) Dreptul salariaților la categoriile de sporuri din regulamentele de sporuri este prevăzut și în legislația actuală, respectiv în Legea nr. 284/2010.
- c) Având în vedere contextul juridic general, Regulamentul de sporuri elaborat în baza Legii nr. 330/2009 nu poate fi considerat ca fiind abrogat în mod implicit. Ipoteza alternativă o constituie prorogarea abrogării Regulamentului de sporuri valabil până în anul 2009 inclusiv.

9. Concluzii

Analiza cadrului normativ al salarizării bugetarilor a demonstrat faptul că interpretarea expresiei *cuantumul sporurilor* consacrată de prevederile legale în vigoare este cea de cuantificare procentuală a sporurilor și de raportare a acestora la salariul de bază actual, salariații din sănătate având astfel dreptul la raportarea sporurilor la salariile de bază. Salariul de bază este un element de referință esențial în raport cu care se calculează celelalte drepturi salariale, orice afectare a acestuia conducând la imposibilitatea calculării drepturilor salariale, respectiv la calcularea lor în mod eronat. Întregul cadru general al legislației aplicabilă salariaților bugetari consacră dreptul angajatului la un salariul de bază (excluzând posibilitatea a două salarii de bază) și la cuantificarea procentuală a sporurilor, respectiv la raportarea acestora la salariul de bază.

Bibliografie

Constituția României

Legea nr. 53/2003 (Codul Muncii), Republicată în Monitorul Oficial nr. 345/2011.

OUG nr. 115/2004, Publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 1138/2004.

Legea nr. 125/2005, Publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 416/2005.

OMS nr. 721/2005, Publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 668/2015.

OUG nr. 37/2008, Publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 276/2008.

Legea nr. 330/2009, Publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 762/2009.

OUG nr. 1/2010, Publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 62/2010.

Legea nr. 284/2010, Publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 877/2010.

Legea nr. 285/2010, Publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 878/2010.

Legea nr. 30/2012, Publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 180/2012.

OMS nr. 547/2010, Publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 370/2010.

Legea nr. 283 /2011, Publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 887/2011.

OUG nr. 19/2012, Publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 340/2012.

OUG nr. 84/2012, Publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 845/2012.

OUG nr. 103/2013, Publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 703/2013.

OUG nr. 83/2014, Publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 925/2014.

Legea nr. 71/2015, Publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 233/2015.

Decizia nr. 1442/R/2010, Curtea de Apel Târgu-Mureș, Secția comercială, de contencios administrativ și fiscal.

FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA



Membră a CNS „Cartel Alfa”,
afiliată la EUROFEDOP
Site: www.solidaritatea-sanitara.ro
E-mail: solidaritateasanitara@yahoo.fr

București, Sector 3, Str. Lipsani
nr. 53, et. IV, cam. 3.
Telefon: 0737028094
0336/106.365
Fax: 0336/109.281



Către:

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII CABINET MINISTRU Nr. N.B. <u>1401</u> Ziua <u>12</u> Luna <u>02</u> Anul <u>2015</u>
--

Ministerul Sănătății

Domnului Nicolae Băncioiu, Ministru

FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA INTRARE IEȘIRE Nr. <u>B.18</u> Ziua <u>12</u> Luna <u>02</u> Anul <u>2015</u>
--

Având în vedere discuțiile purtate între reprezentanții Federației „Solidaritatea Sanitară” din România și cei ai Ministerului Sănătății pe tema timpului de lucru al medicilor și a drepturilor aferente, vă transmitem argumentele juridice care stau la baza interpretărilor și solicitărilor avansate de noi.

Reamintim faptul că solicitările noastre au vizat reclasificarea tuturor contractelor individuale de muncă ale medicilor care efectuează gărzi, în sensul includerii în programul normal de muncă (extins de facto), respectiv recunoașterea următoarelor drepturi pentru această categorie de salariați, membri ai sindicatelor federației, aferente orelor de gardă:

- Dreptul la beneficiul suplimentar de cel puțin 75% pentru depășirea timpului legal de muncă aferent unui CIM (aplicabil în situațiile în care sporul actual este sub 75%) - echivalentul¹ plății pentru orele suplimentare (art. 123, alin. 2 din Codul Muncii);
- Dreptul la sporul de noapte de 25% pentru orele din gardă lucrate în timpul nopții;
- Dreptul la toate sporurile aferente locului de muncă (în medie de 30%).
- Dreptul la limitarea numărului de ore de muncă obligatorii.

Amintim pe această cale faptul că reprezentanții celor două părți au căzut de acord asupra unui prim punct, respectiv asupra faptului că pentru orele de muncă de noapte desfășurate în cadrul gărzilor ce fac parte din programul normal de lucru medicii au dreptul să beneficieze de sporul de noapte de 25%, urmând să clarificăm restul punctelor din solicitările noastre.

Toate orele de gardă constituie timp de muncă

1. Definirea timpului de muncă

Modalitatea de definire a timpului de muncă de către OMS 870/2004 este incorectă, fiind caducă din punct de vedere juridic, ea trebuind reinterpretată din perspectiva altor prevederi

¹ Prin echivalent înțelegem trimiterea la prevederea legală cea mai apropiată. Având în vedere faptul că orele de gardă au caracter obligatoriu pentru medici, este evident că nu suntem în situația orelor suplimentare, ci într-o situație cel puțin echivalentă din perspectiva beneficiilor la care au dreptul legal medicii aflați în aceste situații.

legale aplicabile. Clarificarea acestui aspect este deosebit de relevantă, deoarece ea are un impact semnificativ asupra întregii structuri a actului normativ în discuție.

Analiza comparativă a prevederilor OMS 870/2004 și ale Directivei 2003/88/EC este relevantă

- a) OMS 870/2004, anexa nr. 1 art. 1: *Timpul de muncă reprezintă timpul pe care salariatul îl folosește pentru îndeplinirea sarcinilor de muncă.*
- b) Directiva 2003/88/EC (în continuare Directiva), 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.*

Interpretarea prevederilor Directivei în privința medicilor, în ceea ce privește timpul de muncă în gărzi, este dată de Curtea de Justiție a Uniunii Europene (în continuare Curtea). Într-o comunicare a Parlamentului European (28.02.2014)² Comisia Uniunii Europene (în continuare Comisia). Își exprimă punctul de vedere pe această temă, interpretând prevederile Directivei din perspectiva Curții: „în cauza *SIMAP*³, Curtea de Justiție a reținut dintr-o trimitere a unui tribunal spaniol că „serviciul permanent” pe parcursul căruia medicilor li se cere să rămână prezenți la locul de muncă trebuie să fie considerat în ansamblul său ca timp de lucru, în sensul Directivei privind timpul de lucru.”⁴ Comisia indică în sprijinul aceste interpretări și o altă cauză în care Curtea s-a pronunțat în acest sens: „În cauza *Jaeger*⁵, Curtea a confirmat că perioadele de serviciu permanent în care lucrătorii trebuie să rămână la locul de muncă, dar în timpul cărora se pot odihni dacă nu sunt solicitați, trebuie, de asemenea, să fie considerate în totalitate ca timp de lucru și nu pot fi considerate perioade de odihnă”⁶, citând din considerentele Curții: „Trebuie luate în considerare următoarele observații făcute de Curte la punctul 65 din Hotărârea în cauza *Jaeger*: «Trebuie adăugat faptul că, după cum a hotărât Curtea la punctul 50 din Hotărârea în cauza *Simap*, spre deosebire de un doctor de gardă, care trebuie să poată fi în permanență contactat, dar nu trebuie să fie prezent în centrul de sănătate, un doctor care trebuie să stea la dispoziția angajatorului într-un loc stabilit de acesta pe întreaga perioadă de gardă este supus unor constrângeri apreciabil mai mari, dat fiind că trebuie să stea departe de familia sa și de mediul său social și are mai puțină libertate în gestionarea timpului în perioada în care serviciile sale profesionale nu sunt necesare.»”⁷ În contextul acestor precizări este firească concluzia Comisiei: „Potrivit Directivei 2003/88/CE, toată perioada de serviciu permanent în care un lucrător trebuie să rămână la locul de muncă trebuie considerată drept timp de lucru.”⁸

După cum se poate observa, OMS 870/2004 operează cu o definiție greșită a timpului de muncă, aceasta fiind inadecvată atât raportat la definiția stabilită de Codului muncii cât și la prevederile Directivei 2003/88/EC. Având în vedere principiul supremației dreptului european asupra celui național, este evident că trebuie să luăm în considerare doar definiția dată de

² http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/peti/cm/866/866776/866776ro.pdf (CM\1025138RO.doc; PE464.843v04-00)

³ Cauza C-303/98.

⁴ Comunicare, p. 4.

⁵ *Jaeger*, cauza C-151/02, Hotărârea din 9 septembrie 2003, punctele 60 și 61.

⁶ Comunicare, p. 4.

⁷ Comunicare, p. 5.

⁸ Comunicare, p. 5.

Directivă și elaborată în continuare de precizările Curții în momentul în care ne raportăm la prevederile OMS 870/2004.

Regimul juridic al orelor de gardă aferente „programului normal de lucru”

Pentru a stabili numărul orelor aferente „programului normal de lucru” ne raportăm la art. 4, alin. 1 din OMS 870/2004⁹, putând consta existența a două categorii de medici, în funcție de unitățile sanitare în care lucrează:

- Medici care își desfășoară activitatea curentă în zilele lucrătoare cu o durată a timpului de muncă de 6 ore, având obligația de a efectua 20 de ore de gardă lunar în cadrul „programului normal de lucru” (art. 4, alin. 1, lit. a);
- Medici care își desfășoară activitatea curentă în zilele lucrătoare cu o durată a timpului de muncă de 5 ore, având obligația de a efectua 40 de ore de gardă lunar în cadrul „programului normal de lucru” (art. 4, alin. 1, lit. b);

Dată fiind formularea textului de lege, coerentă și cu alte prevederi legale¹⁰, putem vorbi în mod cert de existența unui număr de ore de gardă care sunt considerate timp de muncă și fac parte din „programul normal de lucru”. Ceea ce înseamnă că nu poate exista nicio discuție privind faptul că salariații au toate drepturile și obligațiile aferente „timpului normal de lucru”.

Regimul juridic al orelor de gardă ce depășesc media zilnică de 7 ore a programului de lucru

În această secțiune vom demonstra că toate orele de gardă fac parte din programul normal de lucru. Principalul argument în acest sens are următoarea structură: dacă orele de gardă sunt obligatorii atunci ele fac parte din programul normal de lucru.

Orele de gardă au caracter obligatoriu

Conform prevederilor art. 58.1 din OMS 870/2004 toate orele de gardă au caracter obligatoriu pentru medici:

Art. 58.1 Refuzul medicilor de a respecta programul de lucru, de a acorda consultații interdisciplinare și de a respecta graficele de gărzi întocmite lunar de conducerea secțiilor,

⁹ Pentru claritatea argumentației redăm conținutul prevederilor legale menționate: „Art. 4 (1) În unitățile sanitare publice cu paturi medicii care lucrează în secțiile sau compartimentele cu paturi asigură activitatea în cadrul timpului de muncă de 7 ore în medie pe zi, în program continuu sau divizat astfel:

a) pentru spitale clinice, universitare, institute și centre medicale clinice, spitale de urgență, spitale județene, spitale de monospecialitate, spitale municipale, spitale orășenești, centre medicale:

- activitate curentă de 6 ore în cursul dimineții în zilele lucrătoare;
- 20 de ore de gardă lunar;

b) pentru spitale de boli cronice, spitale comunale și sanatorii:

- activitatea curentă de minimum 5 ore în cursul dimineții în zilele lucrătoare;
- 40 de ore de gardă lunar.”

¹⁰ Art. 3, alin. 1-3 din Legea nr. 284/2010, ANEXA nr. III: FAMILIA OCUPAȚIONALĂ DE FUNCȚII BUGETARE "SĂNĂTATE", CAPITOLUL II: Reglementări specifice personalului din sănătate, din unitățile de asistență medico-socială și din unitățile de asistență socială/servicii sociale. Din prevederile acestui articol reiese cu claritate faptul că legiuitorul subînțelege existența unor ore de gardă aferente „programului normal de lucru”.

laboratoarelor și a compartimentelor și aprobate de conducerea unității sanitare constituie abatere disciplinară.¹¹

Deoarece orele de gardă au caracter obligatoriu pentru medici atunci ele fac parte din programul normal de lucru. Mai mult decât atât, instituție abaterii disciplinare presupune în mod obligatoriu raporturile de muncă de natură salarială, respectiv faptul că orele de gardă în discuție trebuie să fie timp de lucru. Ea nu poate fi exercitată împotriva refuzului de a efectua ore suplimentare (care, prin definiție, presupune acordul salariatului), ceea ce presupune faptul că toate orele de gardă fac parte din programul normal de lucru.

Teoretic sunt posibile doar două interpretări alternative, ambele având consecințe absurde sau ilegale:

- Fie orele de gardă în discuție sunt considerate a fiind desfășurate în afara programului normal de lucru. Această interpretare ne conduce la situația unor ore suplimentare obligatorii, ceea ce reprezintă o încălcare a prevederilor art. 120, alin. 2 din CM în domeniu. De asemenea, o astfel de interpretare se încadrează la prevederile art. 4, alin. 2 din CM, având caracterul de muncă forțată.¹² Or, conform alin. 1 al aceluiași articol munca forțată este interzisă.
- Fie orele de gardă în discuție le considerăm drept „altceva” decât timp de muncă¹³, ceea ce încalcă prevederile Directivei, așa cum au fost prezentate anterior.

Un argument suplimentar pentru faptul că orele de gardă nu sunt ore suplimentare (deci fac parte din programul normal de lucru) îl reprezintă faptul că România nu utilizează mecanismul excluderii voluntare.¹⁴ Această situație juridică este evidențiată de Raportul Comisiei 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”) (2010): „*Unsprezece state membre declară că nu au permis utilizarea excluderii voluntare în legislația lor de transpunere: este vorba despre Austria, Danemarca, Finlanda, Grecia, Irlanda, Italia, Lituania, Luxemburg, Portugalia, România și Suedia.*”¹⁵

Singura interpretare posibilă din punct de vedere juridic în contextul prevederilor legale aplicabile o reprezintă natura specială a contractului individual de muncă al medicilor, respectiv:

- În ceea ce privește durata timpului lunar de muncă, ea este alcătuită dintr-o perioadă fixă de timp, în medie de 7 ore/zi, și o perioadă variabilă de timp, reprezentată de orele de gardă desfășurate în afara primei perioade.

¹¹ Este relevant pentru ansamblul discuției faptul că această prevedere a fost introdusă prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1067/2012.

¹² Pentru claritatea argumentării redăm prevederile art. 4, alin. 1-2 din CM:

(1) *Munca forțată este interzisă.*

(2) *Termenul muncă forțată desemnează orice muncă sau serviciu impus unei persoane sub amenințare ori pentru care persoana nu și-a exprimat consimțământul în mod liber.*

¹³ Nu putem stabili care a fost intenția legiuitorului în acest sens în momentul elaborării OMS 870/2004, însă putem constata cu claritate că nu există o instituție corespunzătoare unor astfel de intenții în legislația muncii.

¹⁴ *Excluderea voluntară* este o derogare prevăzută la articolul 22 alineatul (1) din Directiva privind timpul de lucru, prin intermediul căreia un stat membru poate să aleagă să îi permită unui angajator să îi solicite unui lucrător individual acordul de a lucra de bunăvoie un număr de ore care depășesc limita fixată de directivă (48 de ore pe săptămână în medie).

¹⁵ http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/com/com_com%282010%290802_/com_com%282010%290802_ro.pdf, p. 7.

- În mod corespunzător, programul normal de lucru al medicilor include toate orele de gardă.¹⁶
- Durata normală a timpului de muncă derogă de la prevederile art. 112 alin. 1 din CM, interpretată prin prisma prevederilor art. 2, alin. 1 din OMS 870/2004. Introducerea în OMS 870/2004, în 2012, a art. 58.1, a stabilit în mod clar natura juridică a orelor de gardă, acestea devenind timp de lucru obligatoriu.¹⁷

Orele de gardă nu pot considerate ore suplimentare sau cumul

În cele de mai sus am argumentat faptul că orele de gardă nu pot fi considerate ore suplimentare, raportându-ne la prevederile generale în domeniu. Prevederile speciale în domeniu stipulează același lucru, menționând, suplimentar, faptul că ele nu pot fi considerate cumul de funcții. În acest sens, sunt relevante prevederile art. 42, alin. 1 din OMS 870/2004:

Art. 42 (1) Orele de gardă nu sunt considerate ore suplimentare și nici cumul de funcții.

Având în vedere faptul că deja am demonstrat că orele de gardă constituie timp de lucru din punct de vedere legal, în continuare trebuie să încadrăm juridic acest timp de muncă raportându-ne la prevederea anterior menționată. Reținem în acest sens că în conformitate cu prevederile CM raporturile de muncă cu același angajator pot fi exercitate fie prin intermediul unui singur CIM, care poate include ore suplimentare, fie prin intermediul cumulului de funcții, ce presupune existența a două contracte individuale de muncă (în practică unul dintre ele fiind considerat de bază). Orice altă variantă excede cadrul relațiilor de muncă, ținând de raporturile juridice de drept civil. Raportat la prevederilor art. 42, alin. 1 din OMS 870/2004 este evident faptul că, în cazul orelor de gardă, nu este aplicabilă nici instituția cumulului de funcții și nici instituția orelor suplimentare.

În aceste condiții singura instituție în care pot fi încadrate orele de gardă o reprezintă norma legală de muncă/programul normal de lucru. Ceea ce înseamnă, în mod evident, faptul că toate orele de gardă fac parte din programul normal de lucru.

Programul normal de lucru al medicilor care efectuează gărzi derogă de la prevederile generale privind timpul de lucru

Având în vedere cele demonstrate până în acest moment, respectiv faptul că orele de gardă constituie timp de lucru și fac parte din programul normal de lucru, în continuare se pune problema stabilirii duratei lunare a muncii, respectiv a timpului de lucru aferent programului normal de lucru.

Este evident că programul normal de lucru al medicilor, în actualul context legislativ, este alcătuit din:

¹⁶ Acestea fiindu-le aplicabile toate drepturile și obligațiile aferente programului normal de lucru.

¹⁷ Suntem într-o situație similară Austriei, care a stabilit timpul de lucru la medicilor la media de 60 de ore pe săptămână fără acordul acestora. A se vedea în acest sens Raportul Comisiei 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”), http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/com/com_com%282010%290802_/com_com%282010%290802_ro.pdf. Cu mențiunea, că în România nu există o limitare superioară a timpului de lucru al medicilor.

- O parte fixă, respectiv 7 ore/zi în medie, alcătuită, după caz, din: programul de lucru dimineața de 5 sau 6 ore, o oră contravizită (în cazurile stabilite) și în 20 sau 40 ore de gardă (cu caracter de completare a mediei de 7 ore/zi). Această parte este echivalentul legal al programului de 40 ore/săptămână, raportat la reducerea legală a timpului zilnic de lucru la 7 ore.
- O parte variabilă, reprezentantă de orele de gardă „din afara programului normal de lucru” (în fapt și în drept ele sunt în cadrul programului normal de lucru extins), stabilite conform graficului de gărzi. Pentru aceste ore prestate peste limita timpului legal de muncă aferent unui contract standard medicii au dreptul la o plată cel puțin echivalentă cu sporul pentru ore suplimentare, prin raportare la cea mai apropiată prevedere juridică (CM).

Orelor de gardă le sunt aplicabile toate obligațiile și drepturile specifice programului normal de lucru

Până acum am demonstrat următoarele:

- Orele de gardă constituie timp de lucru;
- Toate orele de gardă fac parte din programul normal de lucru.
- În cazul medicilor care efectuează ore de gardă programul normal de lucru derogă de prevederile generale aplicabile timpului de lucru.

În aceste condiții, concluzia evidentă este că tuturor orelor de gardă le sunt aplicabile toate drepturile și obligațiile specifice programului normal de lucru.

Orele de gardă rezultate din extinderea programului normal de lucru beneficiază de plată suplimentară

Data fiind faptul că suntem în situația unei extinderi a programului normal de lucru, care nu presupune acordul salariatului, având în vedere necesitatea respectării principiilor de protecție a muncii, pentru perioada care depășește „programul normal de lucru” (în medie câte 7 ore de zi) salariații au dreptul la un beneficiu, care trebuie să fie cel puțin la nivelul prevăzut pentru munca suplimentară (minim spor de 75% raportat la prevederile CM).

Cu alte cuvinte, ele sunt comparabile cu orele suplimentare în ceea ce privește beneficiile la care au dreptul salariații pentru depășirea limitei legale de lucru aferente unei norme, păstrând totodată caracterul de timp normal de lucru în ceea ce privește restul drepturilor salariale.

Timpul de lucru aferent orelor de gardă constituie vechime în muncă și în specialitate

În condițiile în care am demonstrat deja faptul că toate orele de gardă constituie timp de lucru, aferent unui contract individual de muncă, concluzia firească este că acest timp de lucru trebuie luat în considerare la calcularea vechimii în muncă și în specialitate. În acest sens, avem în vedere prevederile art. 16, alin. 4 din CM: *Munca prestată în temeiul unui contract individual de muncă constituie vechime în muncă*. Este indiscutabil că principalul izvor juridic pentru prestarea orelor de gardă îl constituie contractul individual de muncă.

Abordarea acestei probleme trebuie să țină cont de prevederile art. 42, alin 2 din OMS 870/2004¹⁸:

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

Este evident faptul că formularea încalcă principiul dreptului salariatului la recunoașterea activității prestate ca vechime în muncă și în specialitate, având în vedere că orele de gardă constituie timp de lucru. În acest sens, trebuie să avem în vedere obligația angajatorului de a constitui un registru special de evidență a salariaților, prevăzută la art. 34 din CM. Alin. 5 al art. 34 din CM stipulează în mod explicit drepturile salariatului în domeniu:

La solicitarea salariatului sau a unui fost salariat, angajatorul este obligat să elibereze un document care să ateste activitatea desfășurată de acesta, durata activității, salariul, vechimea în muncă, în meserie și în specialitate.

Din cuprinsul acestui aliniat putem observa următoarele:

- Drepturile explicite ale salariatului, din care fac parte atestarea vechimii în muncă și în specialitate.
- Obligațiile implicite ale angajatorului, printre acestea numărându-se înregistrarea și certificarea duratei activității, a vechimii în muncă și în specialitate.

Considerăm că dreptul angajatorului la certificarea vechimii în muncă și în specialitate face parte din drepturile fundamentale, fiind exclusă varianta unor excepții de la acestea. Ceea ce demonstrează faptul că art. 42, alin 2 din OMS 870/2004 vine în contradicție cu legislația generală în materie, el nefiind aplicabil. De altfel, având în vedere modificarea CM în ceea ce privește definirea timpului de muncă¹⁹ și aplicarea legislației U.E. începând cu anul 2007, considerăm că suntem în situația abrogării implicite a prevederilor acestui aliniat.

Argumente suplimentare

Principala observație pe care o facem este că 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. Vom demonstra în continuare aceste aspecte, arătând problemele ridicate de OMS 870/2004 încă de la publicarea lui, la care se adaugă modificările introduse de-a lungul timpului.

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.

¹⁸ Pentru claritatea argumentării, având în vedere faptul că în continuare ne raportăm la întregul articol 42 din OMS 870/2004, îi redăm conținutul:

(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.

¹⁹ Așa cum am arătat în secțiunea Definierea timpului de muncă.

a) **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. Este evidentă eroare de tehnică legislativă în cazul alin. 2, art. 42 în condițiile în care timpul normal de lucru se întregeste cu un număr de ore de gardă, conform alin. 1 al art. 4. Altfel spus, dacă aplicăm principiul *Ubi lex non distinguit, nec nos distinguere debemus*, faptul că alin. 2 al art. 42 prevede²⁰ că „*Orele de gardă nu constituie vechime în muncă și în specialitate.*” are 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. Cu alte cuvinte, prevederile alin. 2 al art. 42 afectează și o parte a timpului normal de lucru, respectiv orele de gardă desfășurate în cadrul programului norma de lucru.

Consecința evidentă a aplicării prevederilor acestui alineat ar trebui s-o constituie diminuarea vechimii în muncă și în specialitate aferente contractului individual de muncă pentru toți medicii care efectuează ore de gardă cu 20, respectiv 40, de ore pe lună, adică considerarea contractelor individuale de muncă ale acestei categorii de salariați ca fiind contracte cu timp parțial.

În practică, nu se ține cont de această interpretare, aplicându-se în fapt prevederile generale în materie²¹. Cu alte cuvinte, practica a constatat faptul că prevederile acestui articol sunt contradictorii cu principiile generale din legislația muncii, optând pentru respectarea principiilor.

b) **Orele de gardă prestate în afara timpului normal de lucru** sunt de fapt timp de lucru din cadrul unui program normal de lucru cu caracter special, ce derogă de la legislația în materie. Cu alte cuvinte, toate orele de gardă fac parte din timpul normal de lucru, unele dintre ele având un caracter special, respectiv de extindere a programului normal de lucru.²² Completăm argumentele anterioare cu următoarele:

- Calculul drepturilor bănești aferente acestor ore de gardă se face prin raportare la prevederile 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. Sporul acordat pentru orele de gardă trebuie considerat un beneficiu acordat salariaților similar celui pentru orele suplimentare, fără a avea însă acest caracter. De altfel, faptul că acest spor este situat între 25 și 75%²³ în condițiile în care art. 123, alin. 2 din CM prevede sporul minim de 75% constituie un argument suplimentar în acest sens.
- Orele de gardă desfășurate în afara timpului normal de muncă nu sunt prin nimic diferite în ceea ce privește organizarea muncii 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 lucru nu ar fi fost posibil. Deci orele de gardă prestate în afara timpului normal de

²⁰ Fără a distinge între cele două categorii diferite de ore de gardă, cărora le corespund situații juridice diferite în cadrul acestui act normativ.

²¹ Deși suntem în situația unei prevederi speciale, putând fi luată în considerare derogarea de la prevederile generale.

²² Așa cum am demonstrat la regimul juridic al orelor de gardă.

²³ Ne raportăm la prevederile art. 2, alin. 3 din Anexa nr. III, Capitolul II, Legea nr. 284/2010.

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.

- Relațiile cu colegii, șefii ierarhici și subordonații sunt cele specifice relațiilor de muncă.
- Reducerea la absurd ne 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.

Limitarea timpului de lucru al medicilor

Tema pe care o abordăm în această secțiune, coerent cu argumentele anterioare, o constituie limitarea obligațiilor în ceea ce privește timpul de lucru al medicilor, aferent unui contract individual de muncă. În România este întâlnită o situație extrem de gravă, ce nu are echivalent în nicio țară a Uniunii Europene. Gravitatea acestei situații este atât de mare încât putem considera că în România medicii sunt obligați la muncă forțată datorită cadrului legislativ care reglementează această situație (în totală contradicție cu legislația UE aplicabilă).

Din această perspectivă, este evidentă necesitatea stabilirii unei limite a programului de lucru (extins) al medicilor, respectiv a numărului de ore/săptămână aferent unui contract individual de muncă. În acest sens, propunem ca limita maximă să fie echivalentul a 60 de ore/săptămână, după cum urmează:

- 35 ore/săptămână (echivalentul a 7 ore/zi, respectiv 40 de ore/săptămână) programul standard de lucru;
- 20 de ore/săptămână aferente orelor de gardă, considerate în acest moment „suplimentare”. Aceste ore pot fi efectuate numai cu acordul medicului și numai în condițiile în care beneficiază de cele 3 categorii de sporuri menționate (echivalentul sporului pentru ore suplimentare, sporul pentru munca de noapte și sporurile pentru condițiile de muncă).

Sporul de noapte pentru „orele de gardă suplimentare”

Prevederile speciale aplicabile

Art. 17 din Legea 284/2010

Personalul care, potrivit programului normal de lucru, își desfășoară activitatea în timpul nopții, între orele 22,00 și 6,00, beneficiază pentru orele lucrate în acest interval de un spor pentru munca prestată în timpul nopții de 25 % din salariul de bază, dacă timpul astfel lucrat reprezintă cel puțin 3 ore de noapte din timpul normal de lucru.

Reținem faptul că formularea legală este „personalul”, fapt care indică aplicarea acestor prevederi tuturor categoriilor de personal, deci inclusiv medicilor care efectuează ore de noapte. Cu alte cuvinte, prevederea legală nu distinge între diferitele categorii de personal, ceea ce înseamnă că medicii care efectuează gardă se au dreptul la beneficiile prevăzute de acest articol.

Menționăm faptul că apariția legii 284/2010, care include această prevedere, anulează orice dubiu în ceea ce privește modalitatea în care trebuie interpretate prevederile OMS nr. 870/2004.

Legea nr. 284/2010, ANEXA nr. III: FAMILIA OCUPAȚIONALĂ DE FUNCȚII BUGETARE "SĂNĂTATE", CAPITOLUL II: Reglementări specifice personalului din sănătate, din unitățile de asistență medico-socială și din unitățile de asistență socială/servicii sociale

Art. 1 *În unitățile sanitare, de asistență socială și de asistență medico-socială, unde activitatea se desfășoară fără întrerupere, în 3 ture, personalul care lucrează lunar în toate cele 3 ture, precum și personalul care lucrează în două ture în sistem de 12 cu 24 poate primi, în locul sporului pentru munca prestată în timpul nopții, prevăzut la art. 16¹¹ din prezenta lege, un spor de 15 % din salariul de bază pentru orele lucrate în cele 3, respectiv două ture.*

Reținem și aici faptul că formularea legală este „personalul”, fapt care indică aplicarea acestor prevederi tuturor categoriilor de personal, deci inclusiv medicilor care efectuează ore de noapte, fapt care demonstrează că sporul de tură trebuie luat în considerare și în cazul medicilor.

Art. 3

(1) *Personalul sanitar cu pregătire superioară care efectuează gărzii pentru asigurarea continuității asistenței medicale în afara normei legale de muncă și a programului normal de lucru de la funcția de bază se salarizează cu tariful orar aferent salariului de bază.*

(2) *Gărzile efectuate de personalul sanitar cu pregătire superioară pentru asigurarea continuității asistenței medicale în afara normei legale de muncă și a programului de lucru de la funcția de bază în zilele lucrătoare se salarizează cu un spor de până la 75 % din tariful orar al salariului de bază, dar care nu poate fi mai mic de 25 %.*

(3) *Gărzile efectuate de personalul sanitar cu pregătire superioară, pentru asigurarea continuității asistenței medicale în afara normei legale de muncă și a programului de lucru de la funcția de bază, în zilele de repaus săptămânal, de sărbători legale și în celelalte zile în care, potrivit dispozițiilor legale, nu se lucrează, se salarizează cu un spor de până la 100 % din tariful orar al salariului de bază, dar care nu poate fi mai mic de 50 %.*

(4) *Procentul concret al sporului prevăzut la alin. (2) și (3) se aprobă trimestrial de comitetul director.*

După cum se poate observa, sporul prevăzut la alin. 2 al art. 3 este un spor pentru munca suplimentară, așa cum este definit de art. 123 din Codul Muncii.

(Art. 123 (1)) *În cazul în care compensarea prin ore libere plătite nu este posibilă în termenul prevăzut de art. 122 alin. (1) în luna următoare, munca suplimentară va fi plătită salariatului prin adăugarea unui spor la salariu corespunzător duratei acesteia.*

(2) *Sporul pentru munca suplimentară, acordat în condițiile prevăzute la alin. (1), se stabilește prin negociere, în cadrul contractului colectiv de muncă sau, după caz, al contractului individual de muncă, și nu poate fi mai mic de 75% din salariul de bază.)*

După cum se poate observa din textul de lege, acordarea sporului pentru ore suplimentare nu exclude acordarea altor sporuri, acesta având un caracter special, de compensare.

Ceea ce evidențiază faptul că medicii care efectuează serviciu de gardă beneficiază de spor de muncă suplimentară, însă nu beneficiază de toate celelalte drepturi salariale aferente (sporurile aferente locului de muncă) și de sporurile aferente muncii de noapte.

Situația este cu atât mai evidentă în cazul orelor de gardă aferente normei legale de muncă, pentru care medicii au dreptul să beneficieze de sporurile aferente lucrului de noapte.

Din formularea textului legal este evident faptul că aplicarea prevederilor art. 3 din ANEXA nr. III, CAPITOLUL II, la Legea nr. 284/2010 nu exclude aplicarea prevederilor art. 1 din aceeași anexă, respectiv prevederile art. 17 din Legea nr. 284/2010 și, cu atât mai puțin, prevederile art. 125 și 126 din Codul Muncii.

În concluzie,

Orele de gardă desfășurate în afara normei legale de muncă sunt considerate ore de muncă, medicii care le efectuează trebuind să beneficieze de toate drepturile aferente, inclusiv de cele aferente muncii de noapte. Cu atât mai mult, medicii care efectuează ore de gardă în cadrul normei legale de muncă au dreptul la aceste beneficii.

Varianta în care orele de gardă desfășurate în afara "programului normal de lucru" sunt considerate ore suplimentare²⁴

Dacă am considera orele de gardă desfășurate în afara „programului normal de lucru” ca fiind ore suplimentare atunci lor le sunt aplicabile toate sporurile aferente locului de muncă și prevăzute pentru programul normal de lucru pentru următoarele considerente:

- a) Prevederile legale privind acordarea sporului pentru orele suplimentare nu exclude acordarea altor sporuri.
- b) Dacă nu se acordă toate sporurile pentru orele suplimentare se încalcă principiul „la muncă egală, salariu egal”.²⁵
- c) Salariul este definit de art. 160 din CM: „Salariul cuprinde salariul de bază, indemnizațiile, sporurile, precum și alte adaosuri.” Formula generică „sporuri” face evident faptul că în salariul este inclus și sporul pentru munca de noapte.

În actuala interpretare pentru orele de gardă efectuate „în afara programului normal de lucru” salariații beneficiază doar de un spor ce poate fi asimilat, în principiu, spor pentru muncă suplimentară, în funcție de perioada din săptămână în care sunt desfășurate orele de gardă.²⁶

Ceea ce ne conduce la următoarele situații în fapt:

- Un salariat care efectuează orele suplimentare de noapte (cel puțin 3 ore) beneficiază de aceeași plată cu un salariat care efectuează aceleași ore suplimentare în timpul zilei. După

²⁴ Menționăm că nu achiesăm la această interpretare, punctul nostru de vedere fiind că orele de gardă considerate „suplimentare” fac parte din extensia programului normal de lucru al medicilor, dat fiind caracterul obligatoriu pentru salariat al orelor de gardă, pentru care au dreptul să beneficieze cel puțin de un spor echivalent celui pentru ore suplimentare.

²⁵ Principiul este prevăzut de următoarele acte normative: art. 1 alin. 2 lit. i) din Ordonanța Guvernului nr. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, republicată („Principiul egalității între cetățeni, al excluderii privilegiilor și discriminării sunt garantate în special în exercitarea următoarelor drepturi: ... dreptul la ... la un salariu egal pentru muncă egală”; art. 159 alin. (3) din Codul muncii („La stabilirea și la acordarea salariului este interzisă orice discriminare pe criterii de sex, orientare sexuală, caracteristici genetice, vârstă, apartenență națională, rasă, culoare, etnie, religie, opțiune politică, origine socială, handicap, situație sau responsabilitate familială, apartenență ori activitate sindicală”) și de art. 7 alin. 1 lit. c) din Legea nr. 202/2002 privind egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați, republicată („Prin egalitatea de șanse și de tratament între femei și bărbați în relațiile de muncă se înțelege accesul nediscriminatoriu la: (...) venituri egale pentru muncă de valoare egală.”).

²⁶ Indicăm izvorul juridic și cuantumul acestor sporuri în secțiunile corespunzătoare acestor abordări.

cum putem constata, o astfel de abordare nu este coerentă cu principiul protejării muncii de noapte (inclusiv prin intermediul unor beneficii), având un evident caracter de discriminare.

- Un salariat care efectuează ore suplimentare în cadrul unui loc de muncă ce este încadrat în condiții deosebit de periculoase sau în condiții grele de muncă beneficiază de aceeași plată cu un salariat care efectuează același număr de ore în condiții normale de muncă. Este evident și în acest caz faptul că sunt încălcate principiile de protecție a muncii (inclusiv prin intermediul acordării unor beneficii), situația fiind în mod clar una discriminatorie.
- Un salariat care-și desfășoară activitatea din cadrul „programului normal de lucru” în timpul nopții și/sau condiții deosebit de periculoase de muncă sau în condiții grele de muncă beneficiază de sporurile de noapte și de cele aferente condițiilor de muncă, în timp ce același salariat care efectuează ore suplimentare la același loc de muncă nu beneficiază de aceste sporuri.

În speță, nu poate fi reținut un caracter compensatoriu exhaustiv al sporului pentru ore suplimentare (respectiv care să înlocuiască toate celelalte măsuri de protecția a muncii/beneficii/sporuri) din următoarele motive:

- o Sporul pentru ore suplimentare are un caracter special, fiind acordat în mod egal indiferent de condițiile de muncă și de perioada din zi în care sunt efectuate.
- o Măsurile de protecție a muncii (inclusiv beneficiile) au caracter cumulativ, fiecare din ele fiind tratate ca instituții separate (salariatul de noapte, condițiile de muncă respectiv orele suplimentare).

Izvoarele juridice alternative²⁷

Având în vedere faptul că la acest moment o parte a elementelor de salarizare în sistemul sanitar este stabilită conform salariilor existente în anul 2009, considerăm oportun să abordăm problema și din această perspectivă.

Prorogarea abrogării legislației aplicabile în 2009

Deși art. 48, alin. 1, pct. 17 din Legea nr. 330/2009 abrogă Ordonanța de Urgență nr. 115/2004 (aprobată prin Legea nr. 125/2005), cu modificările și completările ulterioare (în continuare OUG 115/2004) (cu excepția unor articole), această abrogare este anulată parțial, în ceea ce privește anumite aspecte (inclusiv cele care fac obiectul prezentului articol) de prevederile OUG 1/2010, art. 5, lit. b). Redăm *in extenso* conținutul articolului:

Art. 5 (1) Începând cu luna ianuarie 2010, personalul aflat în funcție la 31 decembrie 2009 își păstrează salariul, solda sau, după caz, indemnizația lunară de încadrare brut/brută avute la această dată, fără a fi afectate de măsurile de reducere a cheltuielilor de personal din luna decembrie 2009 prevăzute la art. 10 din Legea nr. 329/2009, care se calculează după cum urmează:

a) la salariul de bază, solda/salariul funcției de bază sau, după caz, indemnizația lunară de încadrare corespunzătoare funcțiilor avute la data de 31 decembrie 2009 se adaugă cuantumul sporurilor și indemnizațiilor care se introduc în acesta/aceasta, prevăzute în notele la anexele la

²⁷ Prin izvoare juridice alternative înțelegem situația în care se consideră că prevederile Legii 284/2010 privind sporul pentru munca de noapte nu sunt aplicabile (este prorogată aplicarea acestor prevederi), fiind aplicabilă legislația din 2009, așa cum prevăd următoarele acte normative: OUG 1/2010, Legea 285/2010, Legea 283/2011, OUG 84/2012, OUG 103/2013 și OUG 83/2014.

Legea-cadru nr. 330/2009, numai personalului care a beneficiat de acestea, în măsura în care își desfășoară activitatea în aceleași condiții;

b) sporurile, indemnizațiile și alte drepturi salariale prevăzute în anexele la Legea-cadru nr. 330/2009 care nu se introduc în salariul de bază, solda/salariul funcției de bază sau, după caz, indemnizația lunară de încadrare se acordă în aceleași cuantumuri de la 31 decembrie 2009, numai personalului care a beneficiat de acestea, în măsura în care își desfășoară activitatea în aceleași condiții, cu respectarea prevederilor art. 23 din Legea-cadru nr. 330/2009. (s.n.)

După cum putem constata, sporurile care nu se introduc în salariul de bază (sporul de noapte nu este introdus în salariul de bază²⁸) se acordă în aceleași cuantumuri de la 31 decembrie 2009.

În concluzie, suntem în situația în care abrogarea prevederilor legale valabile în anul 2009 este prorogată (în ceea ce privește anumite aspecte)²⁹ până la momentul aplicării Legii 284/2010. Cu alte cuvinte, prorogarea intrării în vigoare a Legii 284/2010 determină în mod implicit și pe o perioadă echivalentă prorogarea abrogării³⁰ OUG nr. 115/2004.

Prevederile OUG 115/2004

În primul rând reținem următoarea prevedere:

Art. 9 Personalul care, potrivit programului normal de lucru, își desfășoară activitatea în timpul nopții, între orele 22,00 și 6,00, beneficiază pentru orele lucrate în acest interval de un spor de 25% din salariul de bază, pentru munca prestată în timpul nopții, dacă efectuează cel puțin 3 ore de muncă de noapte.

După cum putem observa, prevederea art. 9 din OUG 115/2004 este identică cu prevederea art. 17 din Legea 284/2010, argumentele aduse de noi anterior pe tema Legii 284/2010 fiind valabile și în acest caz.

Chiar dacă vom lua în considerare prevederile Legii nr. 330/2009³¹ în materie reținem următoarele prevederi:

²⁸ Sunt introduse în salariul de bază sporul de vechime în muncă, salariul de merit, sporul de prevenție și cuantumul lunar aferent primelor de stabilitate. A se vedea în acest sens prevederile Notei la Anexa nr. II.2 din Legea 330/2009, primul paragraf, respectiv prevederile art. 5 din OUG 1/2010.

²⁹ Menționăm că pentru tema acestui articol, respectiv sporul de noapte, există două posibilități alternative: fie considerăm că Legea 284/2010 este aplicabilă în ceea ce privește sporul de noapte fie este prorogată abrogarea OUG nr. 115/2004.

³⁰ OUG 115/2004 a fost în principiu abrogată de Legea 330/2009.

³¹ Menționarea prevederilor Legii 330/2009 trebuie înțeleasă în sensul „chiar dacă” (chiar dacă am considera aplicabile prevederile acestei legi), având în vedere faptul că aplicarea lor a fost anulată prin prevederile OUG 1/2010, art. 5, lit. b). redăm in extenso conținutul articolului:

Art. 5 (1) Începând cu luna ianuarie 2010, personalul aflat în funcție la 31 decembrie 2009 își păstrează salariul, solda sau, după caz, indemnizația lunară de încadrare brut/brută avute la această dată, fără a fi afectate de măsurile de reducere a cheltuielilor de personal din luna decembrie 2009 prevăzute la art. 10 din Legea nr. 329/2009, care se calculează după cum urmează:

a) la salariul de bază, solda/salariul funcției de bază sau, după caz, indemnizația lunară de încadrare corespunzătoare funcțiilor avute la data de 31 decembrie 2009 se adaugă cuantumul sporurilor și indemnizațiilor care se introduc în acesta/aceasta, prevăzute în notele la anexele la Legea-cadru nr. 330/2009, numai personalului care a beneficiat de acestea, în măsura în care își desfășoară activitatea în aceleași condiții;

b) sporurile, indemnizațiile și alte drepturi salariale prevăzute în anexele la Legea-cadru nr. 330/2009 care nu se introduc în salariul de bază, solda/salariul funcției de bază sau, după caz, indemnizația lunară de încadrare se acordă în aceleași cuantumuri de la 31 decembrie 2009, numai personalului care a beneficiat de acestea, în măsura în care își desfășoară activitatea în aceleași condiții, cu respectarea prevederilor art. 23 din Legea-cadru nr. 330/2009.

Art. 18 Personalul care, potrivit programului normal de lucru, își desfășoară activitatea în timpul nopții, între orele 22,00 și 6,00, beneficiază pentru orele lucrate în acest interval de un spor pentru munca prestată în timpul nopții de 25% din salariul de bază, dacă timpul astfel lucrat reprezintă cel puțin 3 ore de noapte din timpul normal de lucru.

După cum se poate observa, chiar și în această variantă dreptul personalului care își desfășoară activitatea în timpul nopții beneficiază de sporul de 25% pentru munca prestată în timpul nopții.

În concluzie, medicii care efectuează gardi au următoarele drepturi, conform legislației în vigoare:

- *Dreptul la beneficiul suplimentar de cel puțin 75% pentru depășirea timpului legal de muncă aferent unui CIM (aplicabil în situațiile în care sporul actual este sub 75%) - echivalentul³² plății pentru orele suplimentare (art. 123, alin. 2 din Codul Muncii);*
- *Dreptul la sporul de noapte de 25% pentru orele din gardă lucrate în timpul nopții;*
- *Dreptul la toate sporurile aferente locului de muncă (în medie de 30%).*
- *Dreptul la limitarea numărului de ore de muncă obligatorii.*

Cu stimă,

Președinte,
Rotilă Viorel



³² Prin *echivalent* înțelegem trimiterea la prevederea legală cea mai apropiată. Având în vedere faptul că orele de gardă au caracter obligatoriu pentru medici, este evident că nu suntem în situația orelor suplimentare, ci într-o situație cel puțin echivalentă din perspectiva beneficiilor la care au dreptul legal medicii aflați în aceste situații.

STUDIU PRIVIND SISTEMUL DE SALARIZARE DIN SĂNĂTATE ÎN ROMÂNIA

ANALIZĂ DE CAZ: SALARIZAREA ÎN FUNCȚIE DE PERFORMANȚĂ

COLECȚIA: SOCIOLOGIE MEDICALĂ

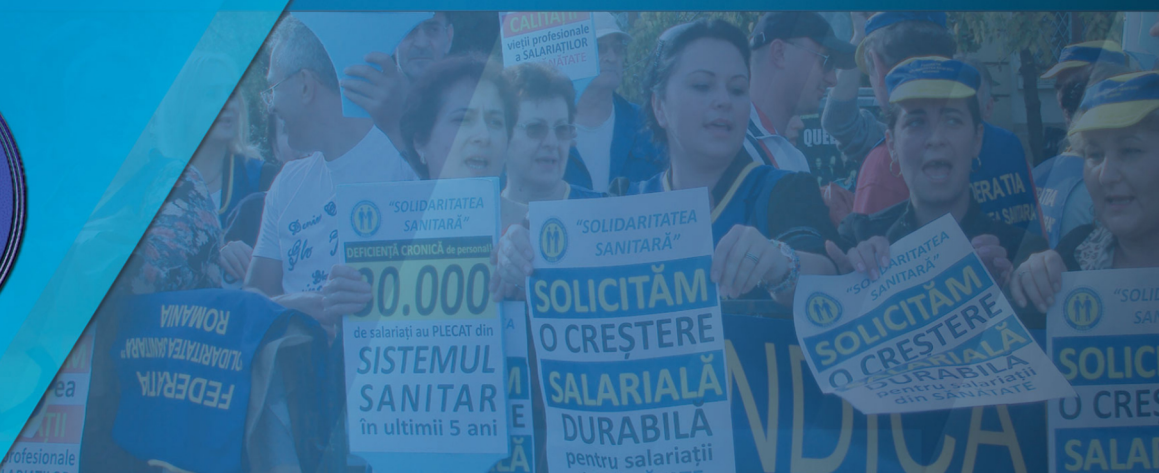
EDITURA: SODALITAS - 2013



Autor: Viorel ROTILĂ



www.cercetare-sociala.ro





Colecția

SOCIOLOGIE MEDICALĂ

EDITURA SODALITAS

2013



Prezentarea autorului

Doctor în filosofie al Universității „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. Lect. univ. dr. la Universitatea „Dunărea de Jos” Galați.

Director al Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”.

Manager al mai multor proiecte POS DRU de succes, toate incluzând cercetări pe tema consilierii, informării și formării profesionale, migrației, condițiilor de muncă și impactul legislației asupra lucrătorilor.

Autor a numeroase studii de cercetare în domeniul sociologiei medicale (câteva exemple: *Impactul Directivei nr. 24/2011 asupra sistemului sanitar din România*, *Studiul privind nevoile specifice de consiliere și orientare profesională ale salariaților din sănătate*, *Studiu asupra timpului de munca în sectorul sanitar din România*. *Analiza de caz: gărzile medicilor*, *Studiu privind sistemul de despăgubire a pacienților prejudiciați aplicabil în România*. *O analiză critică a proiectului de lege privind răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorilor*) și a coordonat studii pe domeniul calității vieții profesionale, migrația salariaților din sănătate și în domeniul analizei pieții muncii (majoritatea pot fi găsite pe <http://www.cercetare-sociala.ro>). Autorul *Studiului asupra principalelor probleme ale POS DRU și soluțiile posibile de eficientizare a acestuia*, „Poziția beneficiarului”. Coordonatorul a 5 cercetări privind problema șomajului (3 aflate în derulare).

Autor al următoarelor cărți: *Tragicul în filosofia existențialistă franceză* (teza de doctorat); *Heidegger și rostirea ființei*; *Din alchimia unei existențe*, „Citește-mă pe mine!” *Jurnal de idei*; *Omul societății de consum*. În căutarea unei noi ideologii.

Autor al blogului: <http://viorel-rotila.ro>

***Studiu privind sistemul de salarizare din Sănătate în
România.***

Analiză de caz: salarizarea în funcție de performanță

Autor: ROTILĂ Viorel

Design IT, administrarea sistemului de aplicare
a chestionarului on-line și operare date

- Lungu Laurențiu

Str. Domnească, nr. 66, Galați

Telefon: 0336.106.365

Fax: 0336:109.281

Email: contact@cercetare-sociala.ro

www.cercetare-sociala.ro

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României (în curs de solicitare)
ROTILĂ, VIOREL

Studiu privind sistemul de salarizare din Sănătate în România. Analiză de caz: salarizarea în funcție de performanță/ Rotilă Viorel; - Galați : Sodalitas, 2013

Bibliogr.

ISBN 978-606-93503-4-8

Copyright © 2013

Toate drepturile sunt rezervate Editurii Sodalitas

Printed in Romania

Cuprins

Introducere.....	6
Metodologie.....	8
Ipoteze.....	8
Aspecte procedurale.....	8
Instrumentul de cercetare.....	8
Procedura on line.....	8
Eșantionul.....	9
Analiza datelor.....	12
Gradul de informare.....	12
Inechități ale sistemului actual de salarizare.....	13
Salarizarea în funcție de performanță.....	14
Criteriile salarizării în funcție de performanță.....	17
Metodologia de evaluare.....	18
Ierarhia salariilor.....	21
Soluții de finanțare a unui nou sistem de salarizare.....	25
Practica privată în sectorul public (ca variantă de salarizare suplimentară).....	25
Distribuția veniturilor suplimentare.....	26
Resursele actuale pentru creșterea salariilor.....	29
Gradul de satisfacție.....	30
Plățile informale.....	32
Condiționarea actului medical.....	32
Plățile voluntare.....	33
Distribuția plăților informale.....	34
Cumpărarea medicamentelor și a materialelor sanitare de către pacienți.....	37
Concluzii.....	39
Anexa nr. 1 Chestionarul aplicat (formatul on line).....	42

Introducere

Sistemul de salarizare din Sănătate constituie o temă de interes public, având în vedere influența acestuia asupra calității serviciilor medicale. Suplimentar, protestele din acest an, dublate de problemele adiacente, legate de funcționarea sistemului sanitar, vehiculate în mass-media, au determinat o creștere a interesului public pentru această temă.

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. Credem că până și revendicările vehiculate în cadrul manifestărilor de protest, considerate de obicei drept punctul culminant al schimbării în domeniu, ratează atât înțelegerea problemelor actualului sistem cât și promovarea unor soluții eficiente, care să aducă schimbarea așteptată de salariați.

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 tributar 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, așa cum vom arăta în continuare, acest sistem de salarizare are la ora actuală o dimensiune considerabilă de inechitate raportat chiar la propriile principii, respectiv cele egalitariste.

Desfășurarea acestui studiu a avut ca punct de pornire activitatea desfășurată în cadrul Grupului de lucru al Ministerului Sănătății pe tema salarizării în funcție de performanță, dezbaterile și problemele întâmpinate în cadrul acestuia fiind utilizate ca puncte de referință. Lăsând la o parte rezultatele incerte ale acestui grup de lucru, intențiile și premisele nu întotdeauna corecte avute în vedere de participanți, activitatea desfășurată poate fi considerată drept prima dezbateri instituțională pe tema salarizării în sistemului sanitar,¹ stabilind cel puțin câteva direcții utile și deschizând posibilitatea unei abordări mult mai ample, care să aibă șansa de a rezolva o mare parte din problemele existente.

¹ Considerăm că Legea unică de salarizare a bugetarilor, împreună cu dezbaterile care i-au premer, a ratat rezolvarea într-un mod eficient a problemei. Având în vedere faptul că anterior acestei legi salarizarea în sectorul sanitar era făcută pe sistemul grilei de salarizare, lucrătorii putând fi salariați în baza evaluării între un nivel minim și unul maxim al acestei grile, putem considera că legea unică de salarizare mai curând a accentuat problemele, deteriorând și mai mult situația.

Unul din câștigurile aduse de aceste dezbateri 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 (care a fost propus în această formă Ministerului Sănătății) este cel al „salarilor minime din sănătate” (luând ca punct de reper nivelul actual de salarizare), 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.

Pentru a evita confuziile, menționăm faptul că *salarizarea suplimentară în funcție de performanță* are în vedere un model prezentat în linii mari mai sus, existând o diferență semnificativă față de ceea ce se intenționează până acum la nivel oficial. Astfel, în mod eronat Ministerul Sănătății folosește sintagma *salarizare în funcție de performanță* pentru a desemna proiectul de lege pe care l-a supus dezbaterii publice în vara acestui an (2013), deoarece acest proiect vizează de fapt *salarizarea suplimentară pentru munca suplimentară desfășurată în afara timpului normal de lucru* (în afara normei de bază).

Această scurtă incursiune în problema sistemului de salarizare din sănătate are rolul de sugera cadrul în care a fost desfășurat acest studiu și contextul avut în vedere pentru interpretarea datelor.

Prezentul studiu dorește să aducă un nivel adecvat de clarificare în ceea ce privește principalele probleme ale salarizării în sectorul sanitar și să indice câteva din direcțiile schimbării, așa cum este aceasta anticipată/așteptată de salariați. Cercetarea care stă la baza lui constituie o încercare (reușită, spunem noi) de a adecva strategiile de abordare a problemei la dorințele salariaților. Chiar dacă cercetarea păcătuiește prin imposibilitatea constituirii unui eșantion reprezentativ, acest aspect este compensat de modalitatea aleatorie de selecție a participanților, bazată pe participarea voluntară. În acest sens, avem în vedere faptul că multe din problemele abordate au un caracter tehnic, angajându-se să răspundă la întrebări doar acei salariați care au considerat că stăpânesc într-o măsură acceptabilă problematica. Din această perspectivă, am putea considera drept cel mai important criteriu al selecției participanților competența acestora în problematica salarizării sistemului sanitar (chiar dacă ea este doar una asumată, nefiind certificată).

² Formula corectă fiind, așadar, salarizare suplimentară în funcție de performanță.

Metodologie

Ipoteze

Studiul face parte dintr-o strategie amplă de cercetare ce are următoarea ipoteza centrală: *creșterea calității vieții profesionale are ca efect creșterea calității serviciilor medicale*, împreună cu corolarul acesteia: nivelul scăzut al calității vieții profesionale se reflectă negativ asupra calității serviciilor medicale. În cadrul prezentei cercetări ne-a interesat impactul pe care-l are creșterea nivelului de salarizare asupra calității serviciilor medicale, alături de o serie de aspecte adiționale.

Ipotezele operaționale:

- Creșterea nivelului de salarizare contribuie la creșterea calității vieții profesionale;
- În opinia salariaților există o corelație directă între creșterea nivelului de salarizare și creșterea calității serviciilor medicale;
- Salarizarea în funcție de performanță înregistrează un nivel ridicat al aderenței salariaților;
- Nu există o relație direct proporțională între nivelul veniturilor informale și gradul de satisfacție al salariaților;
- Veniturile informale, rezultate din plățile informale, au un caracter inechitabil în ceea ce privește distribuția lor către salariați;

Aspecte procedurale

Instrumentul de cercetare

Cercetarea are caracter exploratoriu, încercând să stabilim un punct de plecare pentru o investigare atentă a fenomenului.

Instrumentul de cercetare folosit în cadrul cercetării este chestionarul, așa cum este prezentat în Anexa nr. 1

Anticipând un nivel redus al informării salariaților în privința dezbaterilor pe tema proiectului legii salarizării în funcție de performanță, pentru a crește relevanța răspunsurilor la fiecare întrebare relevantă am introdus un set de explicații/informații relevante privitoare la activitatea desfășurată în cadrul acestui proiect de lege (a se vedea Anexa nr. 1). Menționăm că răspunsurile date de salariați trebuie interpretate și în funcție de aceste explicații.

Procedura on line

Chestionarul a fost dezvoltat și aplicat prin intermediul platformei de cercetare online dezvoltată în cadrul Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”.³ Dezvoltarea chestionarului în

³ Procedura a presupus posibilitatea fiecăruia dintre salariații care au fost invitați să participe la cercetare de a completa chestionarul, având acces la forma completă a acestuia și beneficiind de posibilitatea de a relua completarea. Invitațiile au fost transmise pe adresele de e-mail salariaților selectați din baza de date a Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, doar aceștia având posibilitatea de a completa chestionarul. Fiecare salariat a avut posibilitatea să completeze un singur chestionar, criteriul de identificare constituindu-l IP-ul. Aplicarea procedurii și construcția sistemului au fost realizate de Lungu Laurențiu, expert IT în cadrul

mediul online s-a realizat astfel încât aplicarea și extragerea datelor să fie făcută în condiții de siguranță. Pentru fiecare membru al eșantionului a fost generat dinamic un chestionar separat cu propriul CSC (cod de siguranță chestionar) și propriul CIC (cod identificare chestionar) în care au fost incluse date sumare despre cel ce completează (nume, prenume, IP, e-mail), cu ajutorul căruia am reușit să eliminăm completările de chestionar duplicat și pe cele care nu era încadrate în eșantion. Fluxul de date între utilizator și platforma de cercetare a fost securizat cu certificat de securitate digital de tip 256 bit semnat. Cu ajutorul CIC-ului (cod de identificare chestionar) am reușit să monitorizăm și timpii de completare a întrebărilor pentru fiecare utilizator și am putut elimina răspunsurile cu risc de neîncredere.

O altă funcționalitate a codului de identificare a chestionarului o reprezintă monitorizarea completărilor parțiale a răspunsurilor (utilizatori care nu au răspuns la toate întrebările din chestionar). În cadrul acestui chestionar am înregistrat un număr de 2473 de completări parțiale.

Aplicarea chestionarelor s-a făcut în perioada 15.VII – 10.X.2013.

Eșantionul

Invitația de completare fiind transmisă la un număr de 10.000 de lucrători din sectorul sanitar din toate regiunile țării, activi în mediul on-line. Au răspuns la invitația de a participa la această cercetare un număr de 2376 de salariați.

Selecția este una aleatorie, în funcție de dorința subiecților de a participa la această cercetare și de competența lor de a răspunde la întrebări. Au completat integral⁴ chestionarul un număr de 395 de salariați, din toate categoriile profesionale, aceștia constituind eșantionul final.

Eșantionul are următorul structură pe categorii profesionale:

Categoria profesională	Procent
Medici	53,7%
Asistenți medicali și moașe	34,7%
Personal TESA	7,8%
Lipsă răspuns	3,8%

Raportat la structura de personal din sistemul sanitar, se remarcă supra-reprezentarea grupului *medici* în raport cu restul categoriilor de personal. Aceasta este determinată atât de modalitatea de desfășurare a cercetării, respectiv on-line, medicii înregistrând o prezență mai mare în acest mediu, cât și de nivelul crescut de competență în domeniul temelor abordate de cercetare.

organizației. Procedura face parte, la rândul său, din programul de cercetare privind identificarea unor noi metode de investigare sociologică prin intermediul Internet.

⁴ Numărul celor care au început completarea chestionarului este **2376** de salariați. Așa cum menționăm în Introducere, nivelul tehnic ridicat al întrebărilor a condus la un număr final de 395 salariați care au completat integral chestionarul, răspunsurile acestora fiind luate în considerare la prelucrarea datelor.

Distribuția răspunzărilor pe județe:

	Procent
București	18,5
Iasi	3,5
Prahova	7,6
Constanta	4,1
Cluj	5,3
Suceava	0,5
Timis	5,1
Dolj	2,5
Bacau	1,0
Arges	3,0
Bihor	1,0
Mures	2,3
Galati	9,9
Brasov	5,3
Dambovita	1,0
Neamt	1,0
Maramures	1,3
Buzau	2,3
Olt	1,0

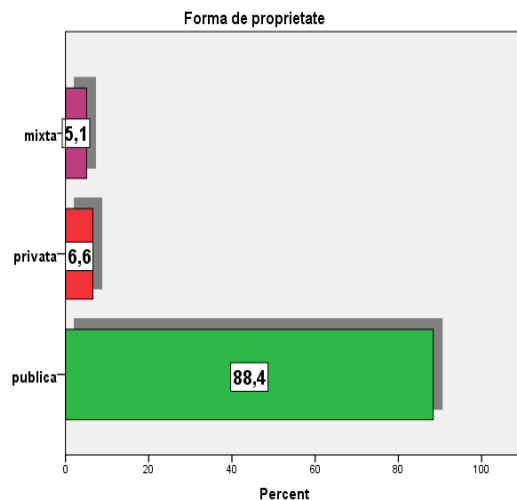
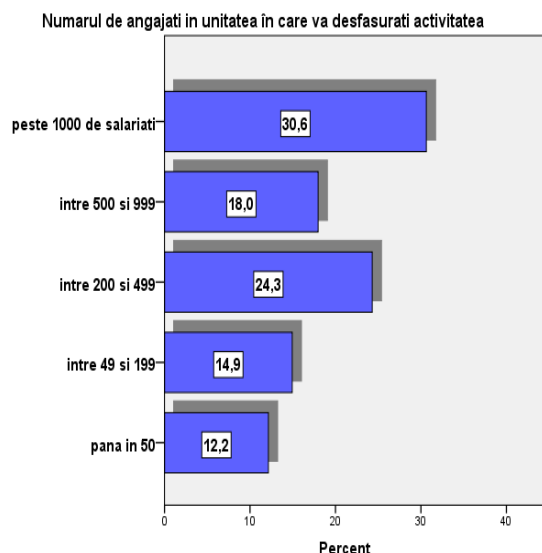
Arad	2,0
Hunedoara	1,3
Botosani	4,6
Valcea	1,3
Teleorman	0,5
Ilfov	1,5
Gorj	1,3
Alba	1,0
Vrancea	0,8
Satu Mare	1,5
Braila	1,5
Bistrita-Nasaud	0,8
Caras-Severin	1,8
Calarasi	2,3
Giurgiu	0,5
Mehedinti	0,3
Salaj	0,5
Tulcea	0,5
Total	100,0

Chiar dacă repartitia pe județe nu respectă întru totul distribuția numărului de salariați pe județ, se poate remarca totuși o distribuție națională, aceasta crescând relevanța cercetării pentru angajații din sectorul sanitar.

Distribuția respondenților pe tipuri de spitale:

	Procent
Spital universitar	20,5
Institut sau clinica medicala	8,6
Spital clinic judetean de urgenta	14,4
Spital judetean de urgenta	15,9
Spital de urgenta	4,6
Spital clinic de specialitate	5,8

Spital de specialitate	3,8
Spital municipal	9,4
Sanatoriu	1,3
Spital comunal	0,8
Centru medical	10,1
Directie de Sanatate Publica	4,8
Total	100,0



Deoarece nu dispunem de date relevante privind numărul de salariați pe tipuri de unități sanitare, putem doar să constatăm o distribuție relativ uniformă, ce poate fi considerată în principiu proporțională cu mărime unităților sanitare.

Cca. 89% din respondenți sunt angajați în unități sanitare publice, restul lucrând în unități private sau mixte. Este posibil ca procentul de 5,1% dintre respondenți care au răspuns mixte să lucreze atât în unități sanitare publice cât și în unități private.

Analiza datelor

Gradul de informare

Având în vedere faptul că cercetarea s-a desfășurat în contextul dezbaterilor publice pe tema instituirii unui nou sistem de salarizare în sectorul sanitar, ea a vizat și identificarea gradului de informare a respondenților privitor la principalele teme aflate în dezbateri.

Sunteți informat/informată asupra intențiilor de reformă ale Ministerului Sănătății în ceea ce privește salarizarea personalului

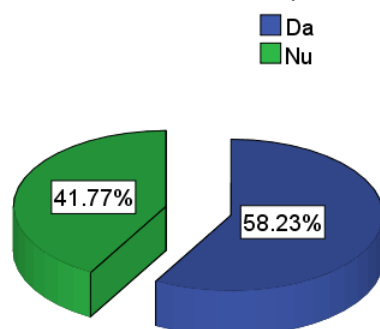


Fig. nr. 1

Întrebarea are rostul de-a evidenția nivelul accesului la informațiile privitoare la intențiile de reformă ale Ministerului Sănătății. Dată fiind structura grupului țintă, respectiv nivelul accesării informațiilor pe Internet, răspunsul nu poate fi extrapolat la toți salariații din sectorul sanitar, fiind reprezentativ doar pentru salariații cu un grad ridicat de informare.

Sunteți informat/informată de acțiunile sindicatelor pe tema legii de salarizare a personalului din sănătate?

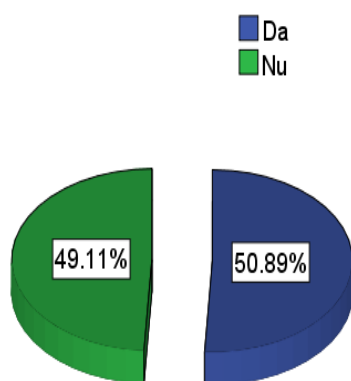


Fig. nr. 2

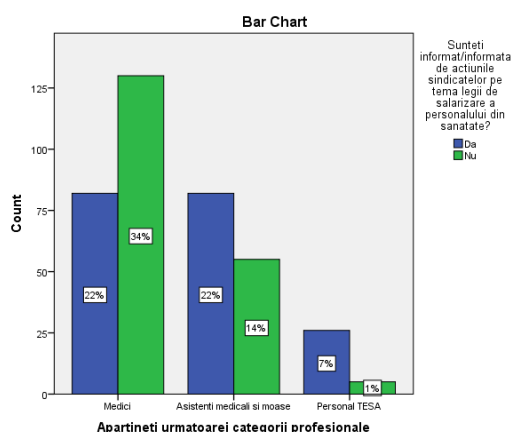


Fig. nr. 3

Această întrebare a avut rolul de a monitoriza gradul de informare al salariaților în privința implicării organizațiilor sindicale în negocierea/dezbateri proiectului legii salarizării în funcție de performanță. După cum se poate observa, doar cca. 50% dintre respondenți au declarat că sunt informați în acest sens, fără însă a putea aprecia nivelul de informare. Medicii sunt în mai mică măsură informați decât

alte categorii profesionale; situația corelează cu nivelul foarte scăzut de sindicalizare în rândul medicilor.

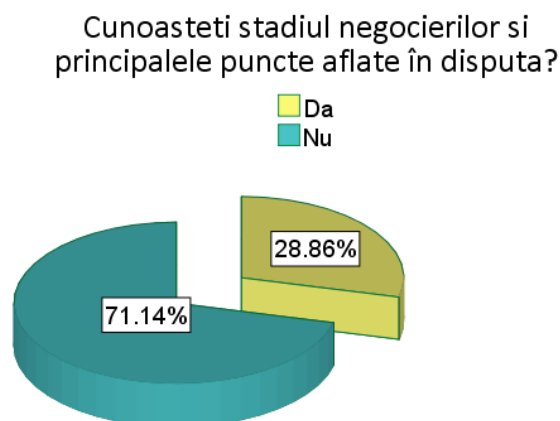


Fig. nr. 4

Răspunsurile la această întrebare relevă un nivel redus de cunoaștere în privința principalelor puncte aflate în divergență în cadrul negocierilor dintre Ministerul Sănătății și organizațiile sindicale /profesionale. Nu se observă diferențe semnificative între diferitele categorii profesionale din acest punct de vedere. Având în vedere faptul că, ulterior acestei cercetări, au fost demarate protestele de stradă și amenințările cu greva, putem considera că aderența salariaților la proteste, în măsura în care a existat, a fost determinată mai curând de nemulțumirile generale decât de modul de desfășurare a negocierilor.

Inechități ale sistemului actual de salarizare

În cadrul cercetării am fost preocupați și de identificarea unora din disfuncționalitățile sistemului actual de salarizare, raportat în primul rând la principiile sale de funcționare.

Cea mai gravă problemă o constituie diferențele de salarii existente între salariați care au același nivel de pregătire, aceeași vechime și același loc de muncă. Aceste diferențe au fost introduse, în mod indirect, prin intermediul mai multor prevederi legale care au blocat posibilitatea salariaților cu vechime de a beneficia de măririle salariale în urma evaluării (pe model prevederilor legale anterioare), împiedicându-i să ajungă la salariul corespunzător nivelului lor de pregătire și locului de muncă pe care-l ocupă. Altfel spus, efectul îl constituie existența unui număr de salariați care sunt de fapt salariați sub nivelul legal. Situația are un puternic aspect de discriminare din două puncte de vedere: o parte din salariații cu vechime au salarii mai mici decât cei noi angajați (la același nivel de pregătire și același loc de muncă) și această situație afectează în special femeile care în perioada anterioară anului 2010 au revenit din concediul de maternitate.

Deoarece amploarea acestei situații nu este cunoscută la nivelul întregii țări, am avut în vedere o estimare a dimensiunilor acestui fenomen.

Aveti salariul mai mic decat colegii care au acelasi nivel de pregatire si lucreaza la acelasi loc de munca, datorita impactului negativ al legislatiei din ultimii ani?

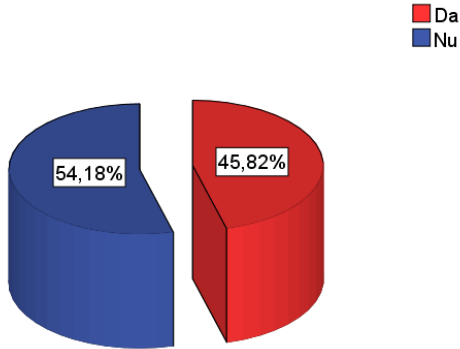


Fig. nr. 5

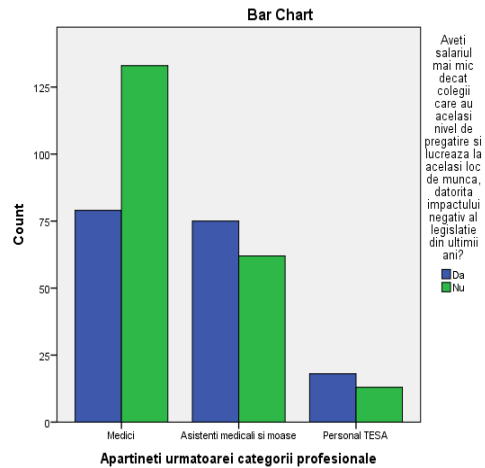


Fig. nr. 6

După cum se poate observa, cca. 46% dintre respondenți au indicat că sunt afectați de acest fenomen al inechităților salariale. În consecință, putem considera că actualul sistem de salarizare este inconsecvent cu propriile principii, ratând exact egalizarea pe care și propune s-o introducă/mențină. Sunt afectate în mai mare măsură *categoriile asistenților medicali și a personalului TESA*.

Salarizarea în funcție de performanță

Sunteți de acord cu introducerea unui sistem care să garanteze salarizarea în funcție de performanță?

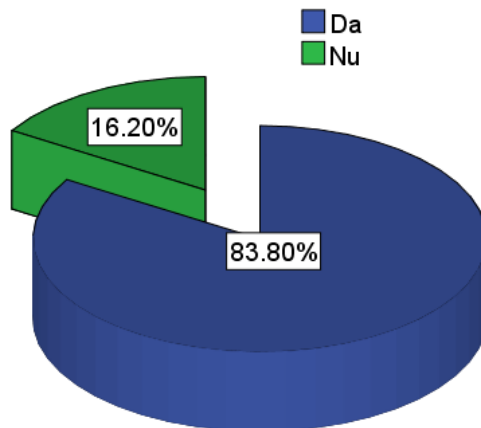


Fig. nr. 7

În mod surprinzător raportat la opinia publică comună, cca. 84 % dintre salariați sunt de acord cu introducerea unui sistem de salarizare care să garanteze salarizarea în funcție de performanță. Având în vedere procentul foarte mare, considerăm că trebuie luată în considerare ipoteza unei presiuni negative exercitată de actuala modalitate de salarizare, foarte egalitaristă și, suplimentar, traversată de inechități. În același timp, avem în vedere faptul că prin salarizare în funcție de performanță salariații au înțeles o modalitate (diferențiată) de creștere a salariilor, o parte a susținerii putându-se explica și prin intermediul dorinței de creștere a salariilor.

Considerati ca cresterea nivelului de salarizarea va avea ca efect cresterea calitatii serviciilor medicale prestate pacientilor

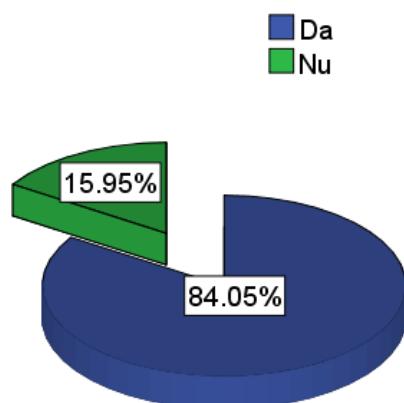
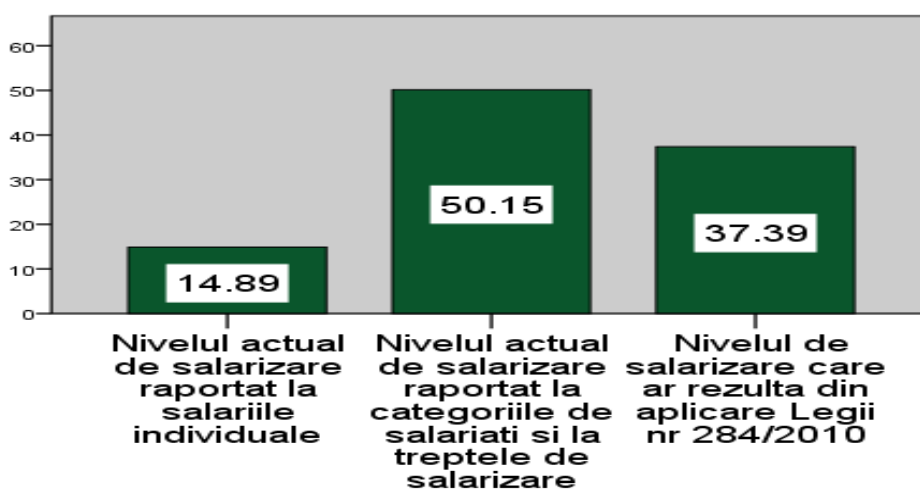


Fig. nr. 8

Chiar dacă este expresia unei aprecieri subiective din partea salariaților, motivată de interesul acestora pentru creșterea salariilor, răspunsul confirmă existența unei legături între creșterea salariilor și creșterea calității serviciilor medicale.⁵ Din această perspectivă, putem considera că problema creșterii nivelului de salarizare în sistemul sanitar poate fi considerată parte a problemei calității serviciilor medicale acordate populației.

Având în atenție varianta unei noi legi a salarizării personalului din Sănătate, centrată pe un nivel salarial minim („salariile minime din sănătate”) la care se adaugă dimensiunea salarizării în funcție de performanță, am încercat să identificăm nivelul de referință pentru salariile minime.



In ceea ce priveste partea fixa/salariul minim din punctul dvs. de vedere aceasta ar trebui sa fie?

Fig. nr. 9

După cum se poate observa, majoritatea salariaților (65%) consideră că punctul de pornire pentru o nouă lege a salarizării ar trebui să-l constituie nivelul actual de salarizare, doar cca. 37% dintre salariați indicând Legea 284/2010.

⁵ Ținând cont de datele cercetării, nu se poate stabili dacă este vorba de o legătură direct proporțională, respectiv de intensitatea acestei legături.

Din punctul dvs. de vedere considerati ca legea salarizarii din sanatate, bazata pe salarizarea în functie de performanta, ar trebui sa se aplice

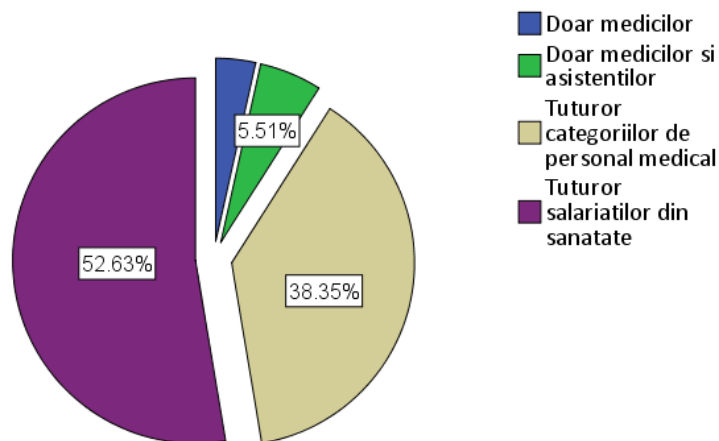


Fig. nr. 10

Dată fiind intenția Ministerului Sănătății de a aplica salarizarea în funcție de performanță doar medicilor, am explorat punctul de vedere al salariaților. Răspunsurile situează pe primul loc aplicarea acestui model tuturor categoriilor de salariați (52%), urmată de *tuturor categoriilor de personal medical* (38%). Se remarcă în mod clar diferența între opțiunile salariaților și cele ale Ministerului Sănătății.

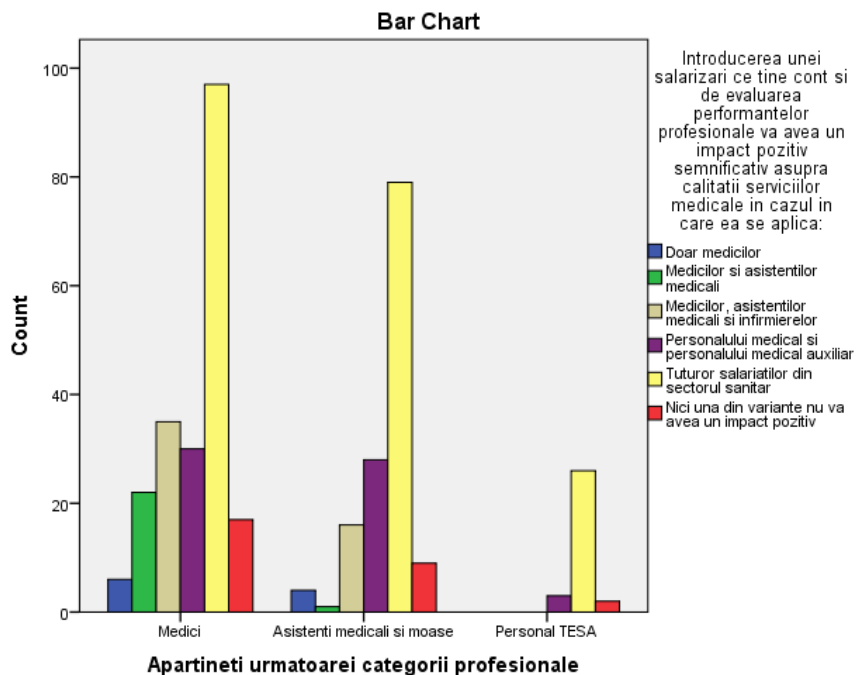


Fig. nr. 11

În ceea ce privește diferențele între opțiunile respondenților aparținând diferitelor categorii de personal se constată tendința mai crescută în rândul medicilor de a opta pentru o eficiență crescută a salarizării în funcție de performanță atunci când ea se aplică doar la anumite categorii de personal. În același timp însă, se poate observa o distribuție relativ uniformă a opțiunii pentru eficiența salarizării în funcție de performanță în cazul în care se aplică tuturor categoriilor de salariați.

Din punctul dvs. de vedere considerati ca legea salarizarii din sanatate, bazata pe salarizarea în functie de performanta, ar trebui sa se aplice

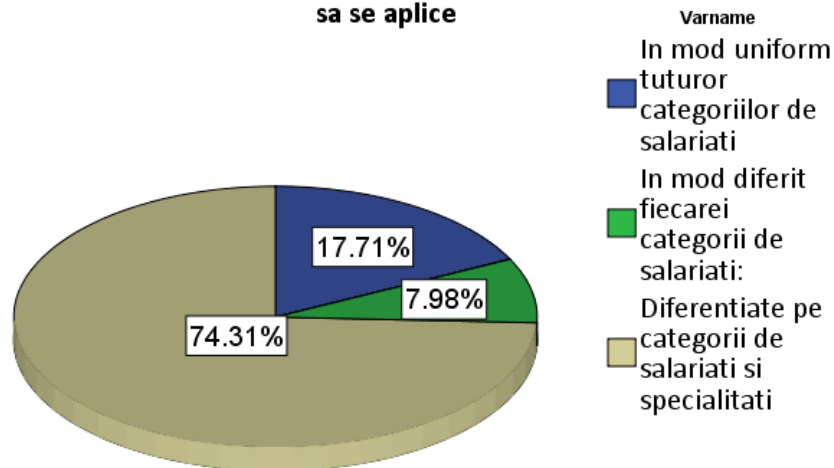


Fig. nr. 12

74% dintre salariați consideră că salarizarea în funcție de performanță trebuie să se aplice în mod diferențiat pe categorii de salariați și pe specialități. Salarizarea diferențiată presupune stabilirea unor criterii de evaluare/performance cu un grad cât mai ridicat de specializare.

Criteriile salarizării în funcție de performanță

Deoarece construcția unui sistem de salarizare în funcție de performanță necesită stabilirea unor criterii de performanță, am analizat câteva categorii generale de criterii, respectiv cele propuse de Ministerul Sănătății: *nivelul de pregătire, cantitatea muncii, calitatea muncii și fidelizarea muncii.*

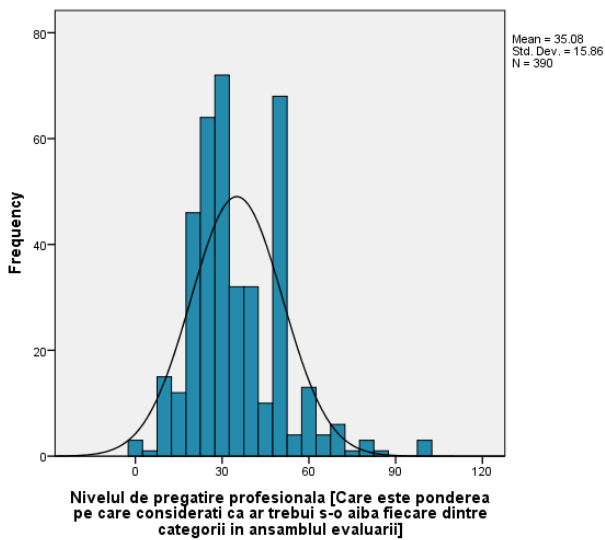


Fig. nr. 13

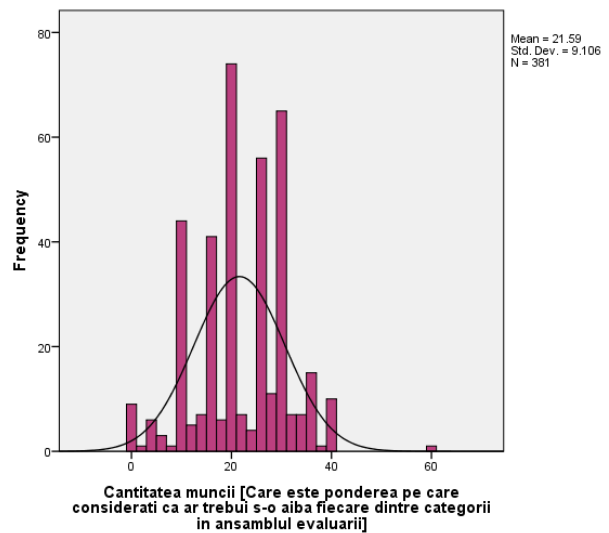


Fig. nr. 14

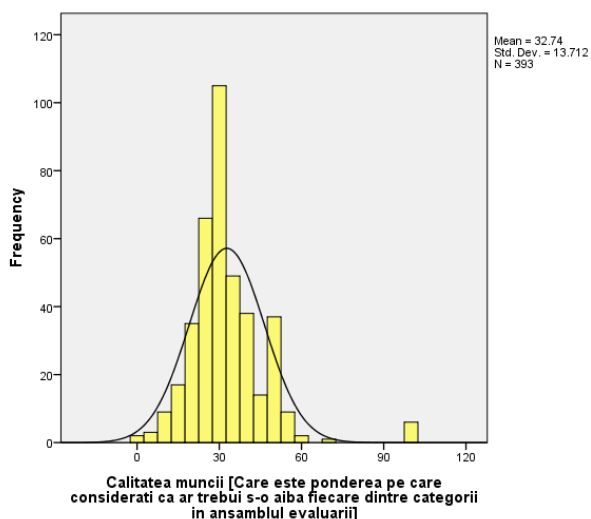


Fig. nr. 15

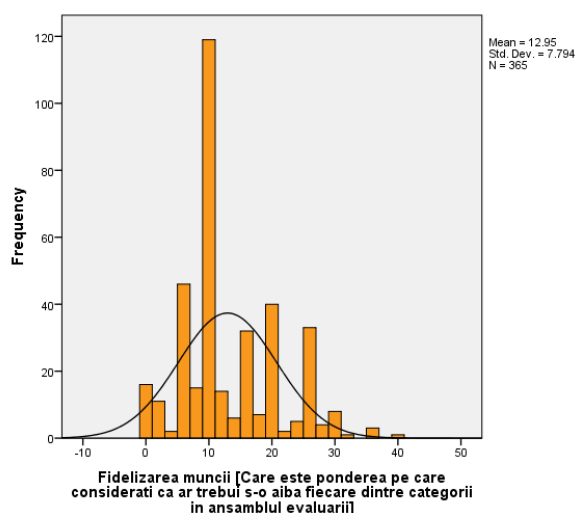


Fig. nr. 16

Luând în considerare valorile medii, putem constata următoarea **pondere în evaluare pentru fiecare categorie de criterii**:

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

Extrapolând la nivelul tuturor salariaților,⁶ putem considera că aceasta ar trebui să fie ponderea criteriilor avute în vedere din punctul de vedere al angajaților. Evident, demersul următor îl constituie stabilirea unor criterii relevante de evaluare, corespunzător fiecăreia dintre categorii.

Chiar dacă, într-o viziune centrată pe rezultatele muncii, se poate considera că criteriile cu ponderea cea mai importantă ar trebui fie *cantitatea și calitatea muncii*, având în vedere specificul activității profesionale din sectorul sanitar, care presupune cele mai lungi trasee de pregătire din toate domeniile de activitate, putem considera relevantă această distribuție, centrată pe *nivelul de pregătire profesională*. Credem însă că aceasta trebuie să aibă în vedere *nivelul de pregătire relevant pentru activitatea desfășurată* și, totodată, să țină cont atât de formarea inițială cât și de cea continuă.

Metodologia de evaluare

Stabilirea metodologiei de evaluare reprezintă al doilea punct critic pentru introducerea unui sistem de salarizare în funcție de performanță. Experiența salariaților nu este una de natură să furnizeze încrederea necesară în posibilitatea unei evaluări obiective. Avem în vedere atât faptul că sectorului sanitar i-a fost aplicabilă o grilă de salarizare, încadrarea în grilă făcându-se în urma unor evaluări formale, cât și experiența salariile de merit, acordarea acestora fiind rareori făcută în funcție de performanță. Suplimentar, mentalitatea actuală nu este caracterizată de o preocupare serioasă pentru obiectivitatea evaluării, aceasta nefiind considerată o valoare la nivel național. Motive pentru care

⁶ Având în vedere situația eșantionului, extrapolarea are doar rolul de exercițiu mental, având mai curând un caracter orientativ.

preocuparea pentru identificarea unor mecanisme obiective de evaluare este deosebit de relevantă pentru orice încercare de introducere a unui sistem de salarizare bazat pe performanță.

Menționăm că în cadrul explicațiilor premergătoare răspunsurilor a fost prezentată și o variantă de evaluare multifocală propusă de noi Ministerului Sănătății (modelul fiind preluat din cadrul evaluării din mediul universitar și adaptat la specificul activității din Sănătate), în cadrul căreia nota finală rezultă din notele mai multor poli de evaluare.⁷

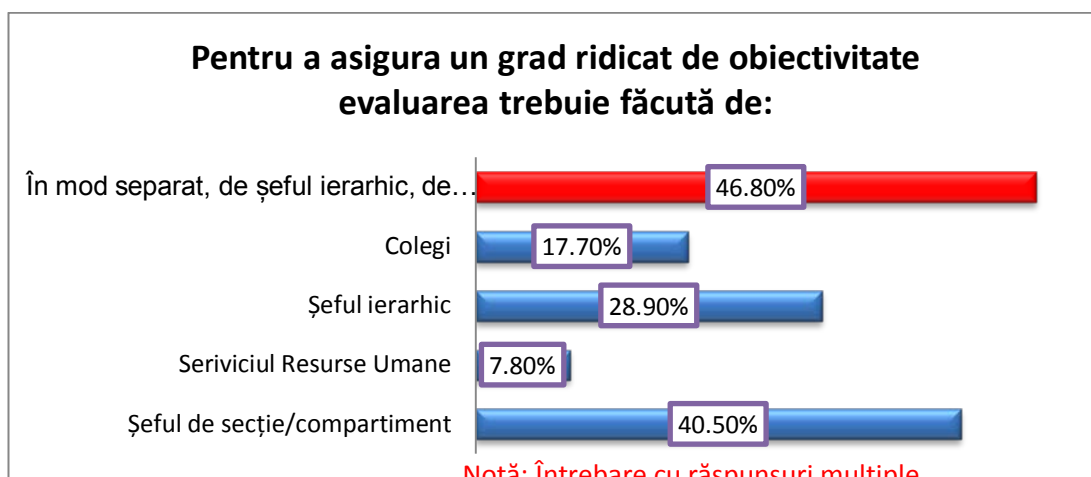


Fig. nr. 17

Ponderea cea mai ridicată a răspunsurilor la această întrebare o înregistrează evaluarea multifocală: evaluarea făcută în mod diferit de trei poli diferiți (șeful ierarhic, Serviciul Resurse Umane și colegii), nota finală fiind una compusă din cele trei note diferite. În principiu, se poate considera că există un grad rezonabil de acceptare a unui asemenea mecanism de evaluare.

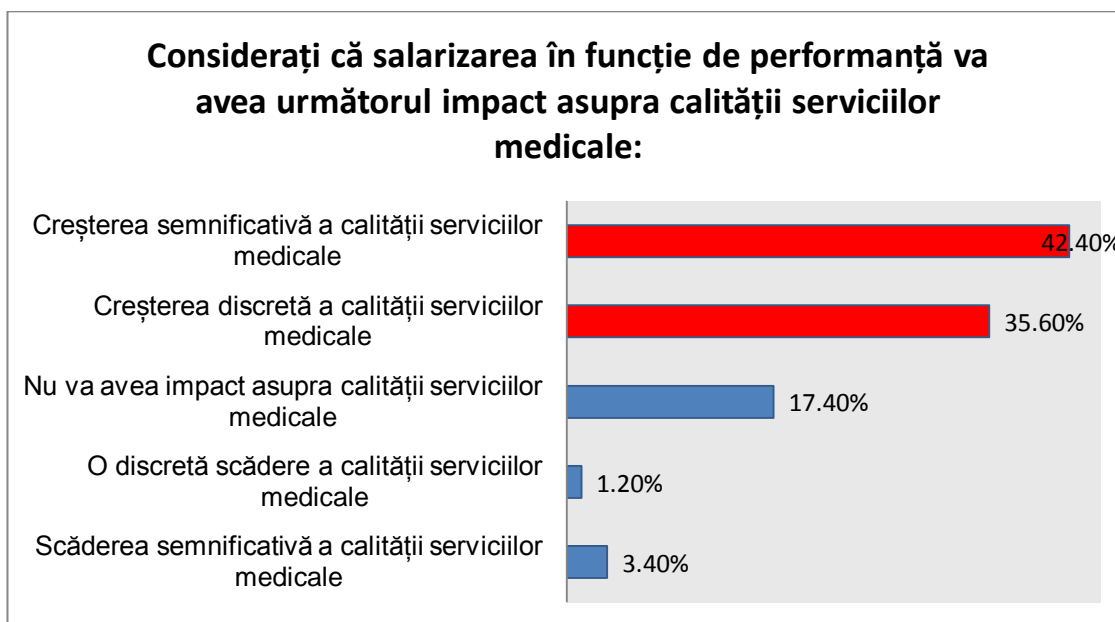


Fig. nr. 18

⁷ Din punctul nostru de vedere acest model este cel mai aproape de idealul unei evaluări obiective dintre toate modelele cunoscute. Evident, pentru a atinge eficiența dorită, el trebuie completat cu criterii de evaluare adecvate, acestea constituind cea de-a doua dimensiune esențială a unei evaluări obiective.

În opinia salariaților, introducerea salarizării în funcție de performanță va avea un impact pozitiv asupra calității serviciilor medicale, 78% dintre respondenți indicând creșterea discretă sau semnificativă a calității serviciilor medicale într-o astfel de situație. Menționăm că această distribuție este valabilă în special pentru varianta în care introducerea salarizării în funcție de performanță se va face luând în considerare ca punct de pornire cel puțin nivelul actual de salarizare.⁸

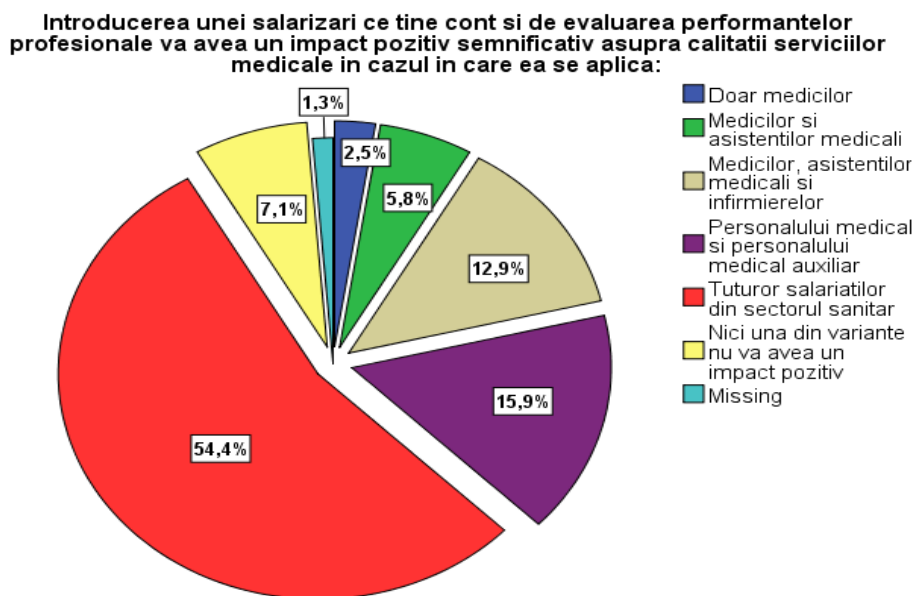


Fig. nr. 19

Principala observație care se poate desprinde din răspunsurile la această întrebare este tendința unei relații direct proporționale între numărul categoriilor de salariați care beneficiază de salarizarea în funcție de evaluare și calitatea vieții profesionale. Altfel spus, salariații leagă într-un mod semnificativ efectele evaluării personalului asupra creșterii calității serviciilor medicale de categoriile de salariați cărora le va fi aplicabilă evaluarea.

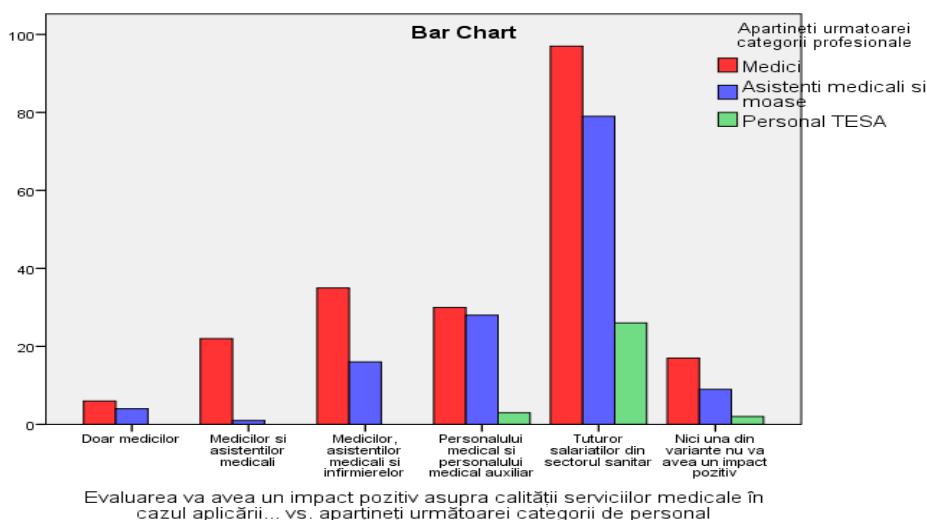


Fig. nr. 20

⁸ Prin *nivelul actual de salarizare* se înțelege în special actualul nivel de salarizare pe categorii și trepte profesionale. Avem în vedere faptul că salariile individuale din sectorul sanitar cunosc la ora actuală numeroase „variații atipice”, respectiv numeroase diferențe între categorii profesionale și locuri de muncă identice (fără a fi vorba de salarizare în funcție de performanță), datorate modificării unor prevederi legale în ultimii 4-5 ani.

Analiza încrucișată evidențiază o distribuție relativ proporțională pe categorii profesionale a opțiunilor pentru aplicarea salarizării în funcție de evaluare tuturor categoriilor de salariați.

Ierarhia salariilor⁹

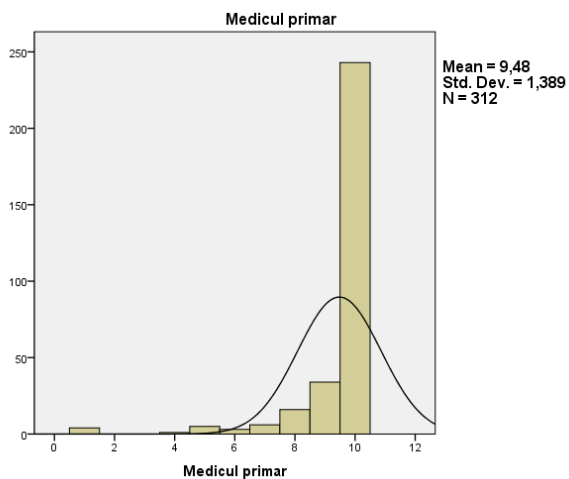


Fig. nr. 21

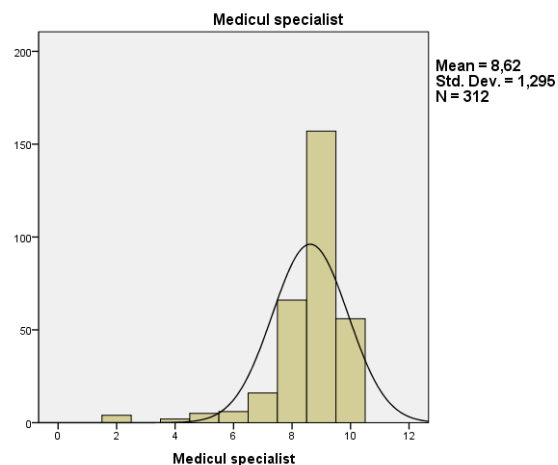


Fig. nr. 22

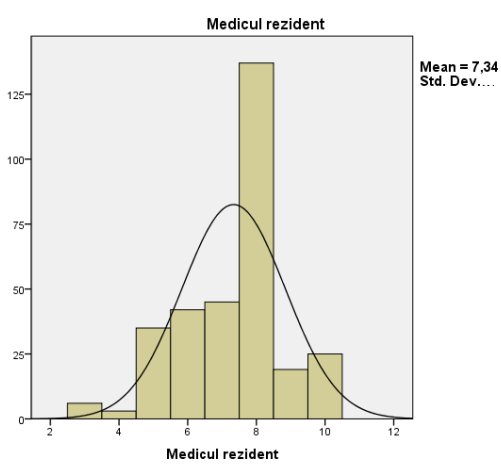


Fig. nr. 23

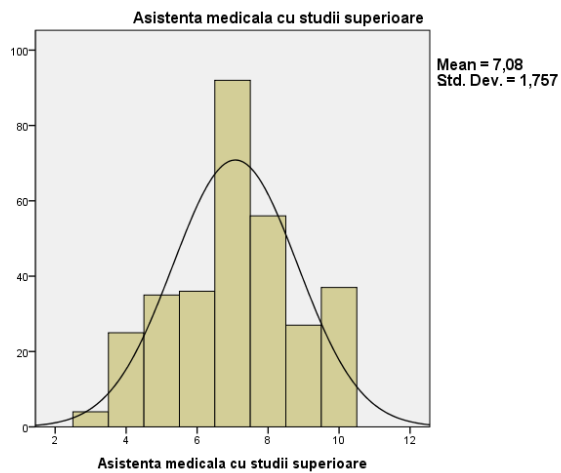


Fig. nr. 24

⁹ Date fiind eroarea comună de completare (născută dintr-o discretă ambiguitate în construcția instrumentului de cercetare), respectiv „ierarhizarea inversă” (considerând pe 1 ca având valoarea cea mai mare), pentru această întrebare au fost luate în considerare ca valide doar 312 răspunsuri.

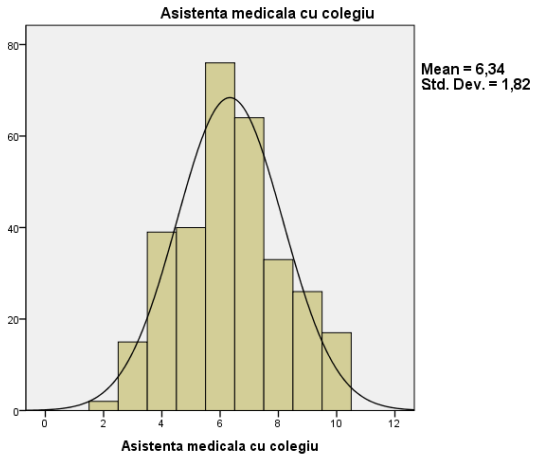


Fig. nr. 25

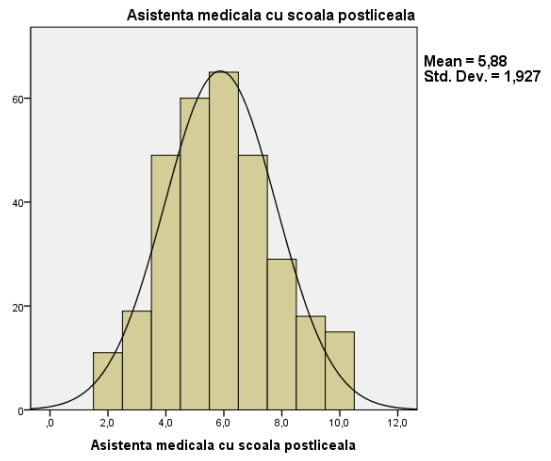


Fig. nr. 26

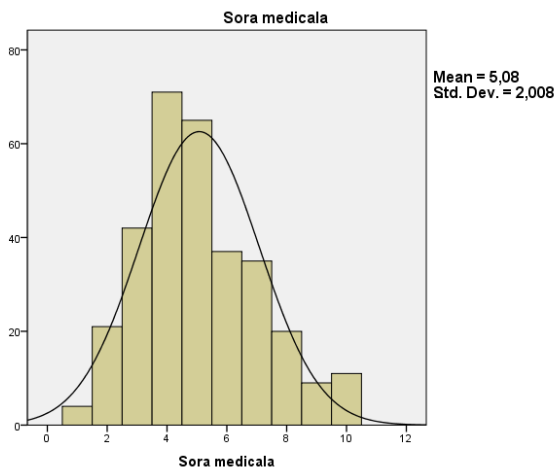


Fig. nr. 27

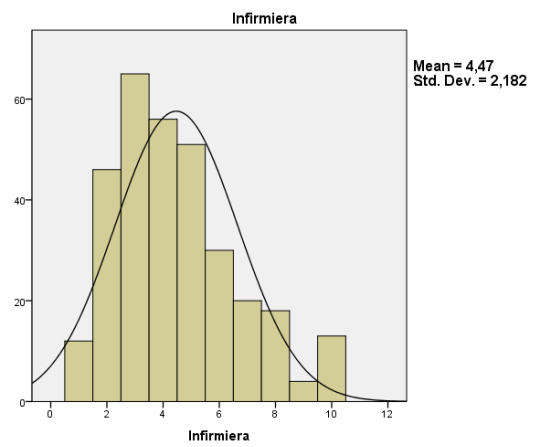


Fig. nr. 28

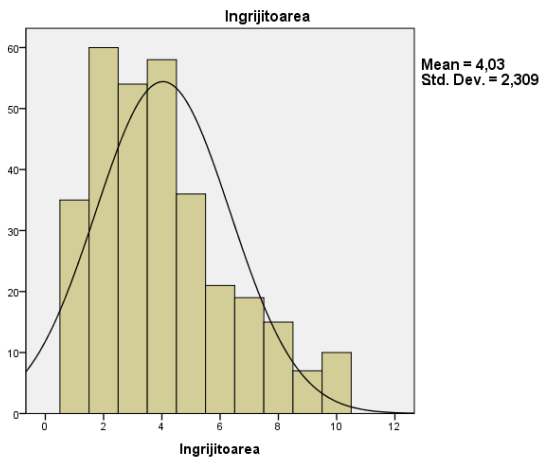


Fig. nr. 29

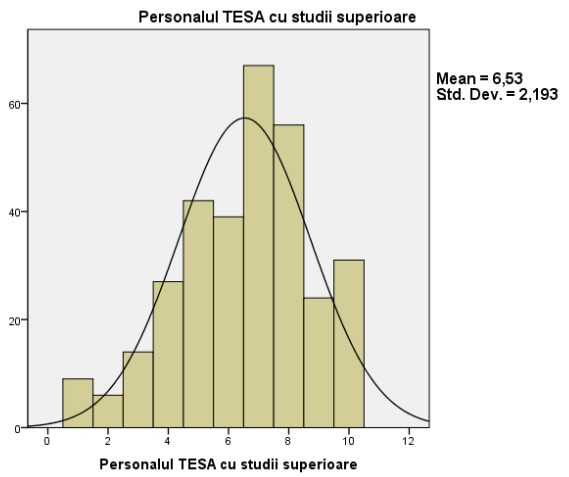


Fig. nr. 30

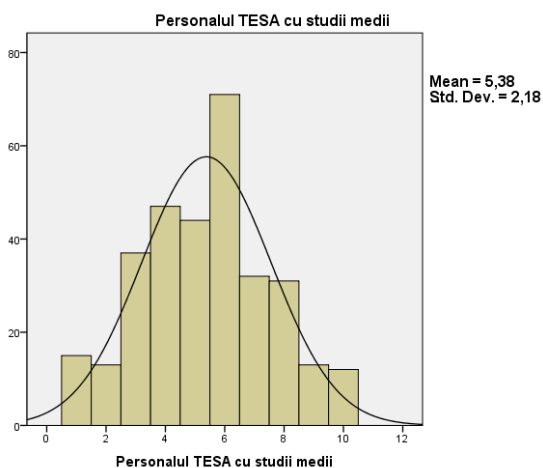


Fig. nr. 31

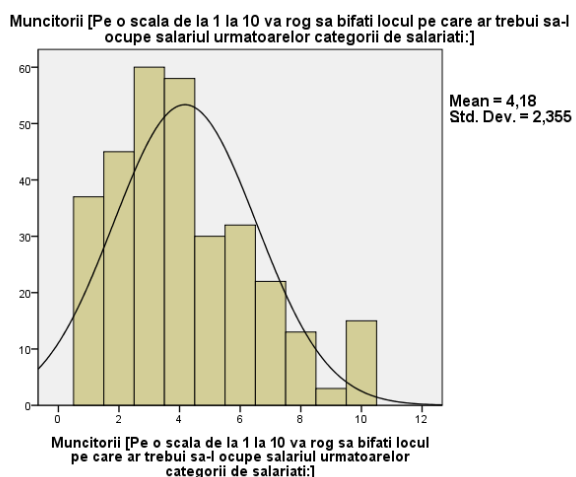


Fig. nr. 32

Pentru o analiză comparativă expunem valoarea medie pentru fiecare categorie de salariați, în ordinea ierarhică rezultată în urma răspunsurilor:

Categoria	Valoarea medie
Medicul primar	9,48
Medicul specialist	8,62
Medicul rezident	7,34
Asistenta medicală cu studii superioare	7,08
Personalul TESA cu studii superioare	6,53
Asistenta medicală cu colegiu	6,34
Asistenta medicală cu postliceală	5,88
Personalul TESA cu studii medii	5,38
Sora medicală	5,08
Infirmiera	4,47
Muncitorii	4,18
Îngrijitoarea	4,03

Fără a avea pretenția ca această „grilă” să fie folosită *de lege ferenda*, trebuie remarcat faptul că este prima grilă rezultată dintr-o investigație științifică a salariaților, ce poate fi utilizată ca punct de reper. Importanța ei este cu atât mai mare cu cât ea denotă existența unei ierarhii între diferitele categorii profesionale în mentalul salariaților.

Din punct de vedere metodologic, pentru acuratețea informațiilor sunt necesare câteva precizări:

- Ponderea mare a răspunsurilor eronate relevă faptul că încă nu se poate vorbi de o așezare ierarhică definitivă, respectiv de o recunoaștere mutuală din partea salariaților a locului pe care ar trebuie să-l ocupe fiecare categorie profesională.
- Investigarea nu a luat în considerare o serie întreagă de variabile care induc diferențe suplimentare de salarizare (tipul unității sanitare, specializarea, condiții de lucru deosebite etc.), acestea necesitând o investigație mult mai aprofundată.
- Răspunsurile pot cunoaște un efect de *halo* din partea grilelor de salarizare existente, riscând altfel să fie limitate în ceea ce privește libertatea aprecierii de necesitatea raportării la o ierarhie preexistentă.
- Lipsa unui dialog consistent atât între salariați cât și între/în cadrul instituțiilor/organizațiilor care-i reprezintă constituie un alt factor care influențează negativ o bună așezare ierarhică în interiorul sistemului.¹⁰

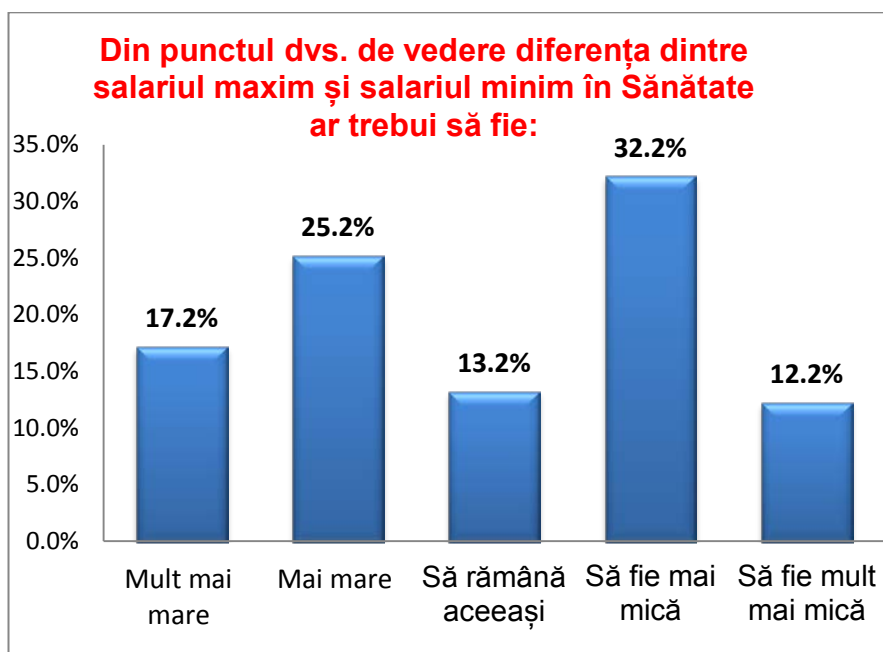


Fig. nr. 33

Majoritară este dorința reducerii diferenței dintre salariul maxim și salariul minim. Însă diferențele sunt prea mici (44,4% pentru reducerea diferenței și 42,4% pentru creșterea diferenței) pentru a putea vorbi de existența unui curent de opinie clar într-o direcție sau alta.

¹⁰ Această situație este reflectată și de diferențele mari între deviațiile standard.

Soluții de finanțare a unui nou sistem de salarizare

Deoarece studiul nu s-a rezumat la a explora dorințele lucrătorilor din sănătate privitoare la propriile salarii, am supus atenției respondenților câteva soluții de finanțare a sistemului sanitar, care ar putea crea resursele necesare pentru un nou sistem de salarizare.

Va rugăm să citiți cu atenție și să alegeți una din variantele pe care-o considerați aplicabilă pentru o nouă lege a salarizării

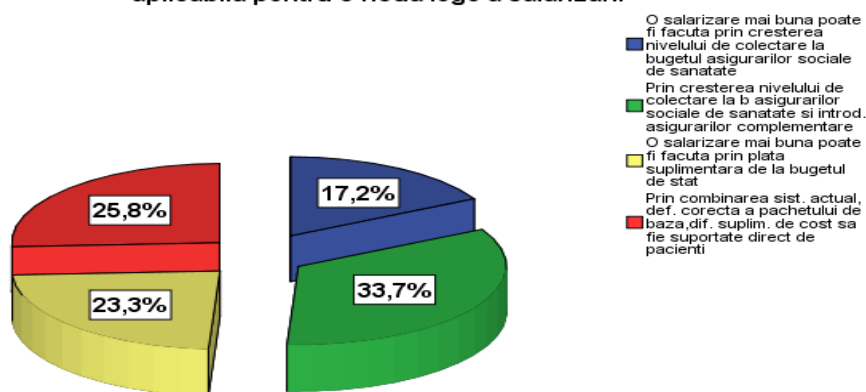


Fig. nr. 34

Doar cca. 23% dintre respondenți consideră că o salarizare mai bună poate fi făcută prin alocarea unor fonduri suplimentare de la bugetul de stat. Din această perspectivă se poate observa că revendicările protestatarilor din ultima perioadă, îndreptate împotriva Guvernului, respectiv a Bugetului de stat, nu sunt sincrone cu așteptările (realiste, din punctul nostru de vedere) salariaților. 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.

Practica privată în sectorul public (ca variantă de salarizare suplimentară)

Având în vedere faptul că *practica privată în sectorul public* constituie una din variantele de reformă luate în considerare de reprezentanții Ministerului Sănătății, am investigat opinia salariaților față de această variantă.

Va rugam sa apreciati disponibilitatea de plata suplimentara a pacientilor pentru serviciile medicale nedecontate de casa si/sau pentru servicii medicale de o calitate mult mai buna

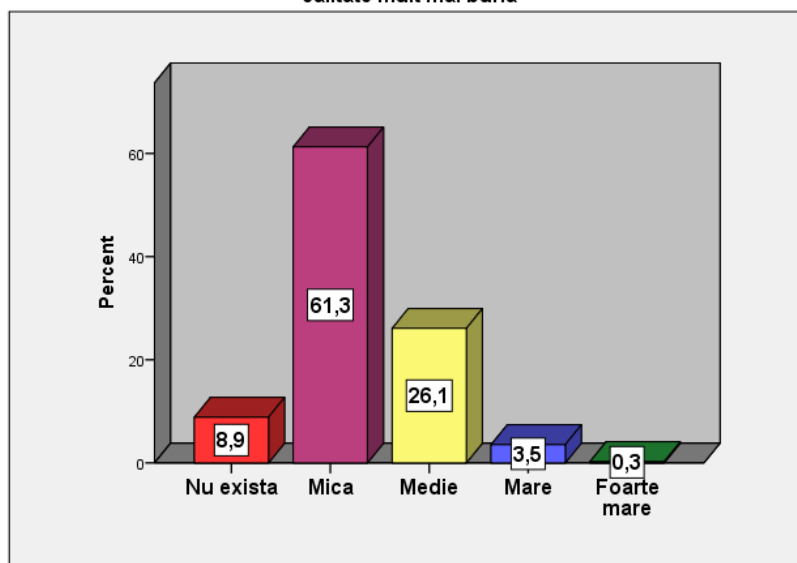


Fig. nr. 35

În opinia salariaților, disponibilitatea de plată suplimentară a pacienților pentru serviciile nedecontate de CNAS, sunt minime, cca. 70% din respondenți indicând că *nu există și mică*. Din această perspectivă se poate observa că Proiectul salarizării în funcție de performanță realizat de Ministerul Sănătății¹¹, care se bazează de fapt pe încasările suplimentare ale unităților sanitare realizate pe bază plăților directe făcute de către pacienți, este inadecvat realităților sistemului sanitar,¹² disponibilitatea de plată a pacienților înregistrând cote nesemnificative.

În același timp însă, trebuie să remarcăm faptul că la ora actuală sistemul sanitar funcționează într-o măsură considerabilă pe baza unor „contribuții directe” realizate de către pacienți (pentru medicamente, materiale sanitare, plăți informale s.a.). Aceste „contribuții” ale pacienților pot fi interpretate ca disponibilitate de plată.¹³ Din această perspectivă, putem considera fie că odată cu aceste cheltuieli disponibilitatea de plată a pacienților scade în mod semnificativ, fie că însăși efectuarea acestor cheltuieli reprezintă deseori un efort ce nu poate fi realizat de o parte a pacienților, fapt interpretat de către salariați ca indicând o limită a disponibilităților de plată.

Distribuția veniturilor suplimentare

Având în vedere intenția Ministerului Sănătății de a introduce „salarizarea suplimentară pentru munca suplimentară”,¹⁴ dublată de un model de redistribuire a veniturilor astfel realizate între diferitele

¹¹ Cum am amintit anterior, numit în mod impropriu astfel, deoarece el vizează de fapt salarizarea suplimentară pentru munca suplimentară, în afara timpului normal de lucru.

¹² Cel puțin în modalitatea în care acestea sunt reflectate de opinia salariaților.

¹³ De altfel, analiza cheltuielilor din P.I.B. pentru Sănătate în România, realizată de câteva instituții internaționale (ex. Banca Mondială și Uniunea Europeană) ia în considerare și o estimare a nivelului cheltuielilor informale, alături de cheltuielile private pentru sănătate, situând aceste cheltuieli pentru sănătate la nivelul de cca. 6% (din PIB).

¹⁴ O întrebare ia naștere în acest context: Redistribuirea veniturilor se referă la veniturile încasate sau la ceea ce rămâne după ce se acoperă costurile adiționale tratamentului (medicamente, materiale sanitare etc.)? Punctul nostru de vedere este că ar trebui avută în vedere mai întâi acoperirea „costurilor materiale” ale tratamentului, redistribuirea vizând sumele rămase.

categorii de personal și unitate, am dorit să aflăm punctul de vedere al salariaților privind la modalitatea în care ar trebui realizată această distribuție. Amintim faptul că în proiectul Ministerului sănătății sumele astfel încasate ar urma să se distribuie: 60% medicii, 30% asistenții medicali și 10% unitatea.

Din punctul dvs. de vedere considerați că din veniturile suplimentare ale unității, realizate în baza unei „practici private în spitalele publice”, MEDICII ar trebui să primească un procent de:

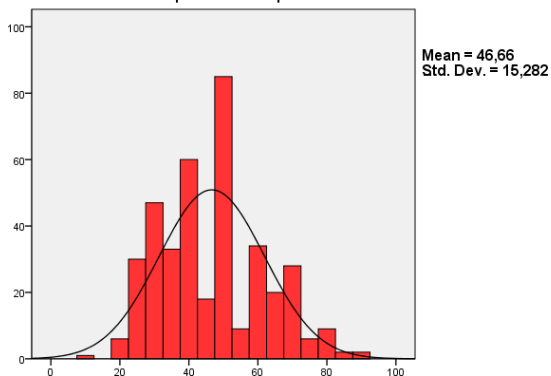


Fig. nr. 36

Din punctul dvs. de vedere considerați că din veniturile suplimentare ale unității, realizate în baza unei „practici private în spitalele publice”, ASISTENȚII MEDICALI ar trebui să primească un procent de:

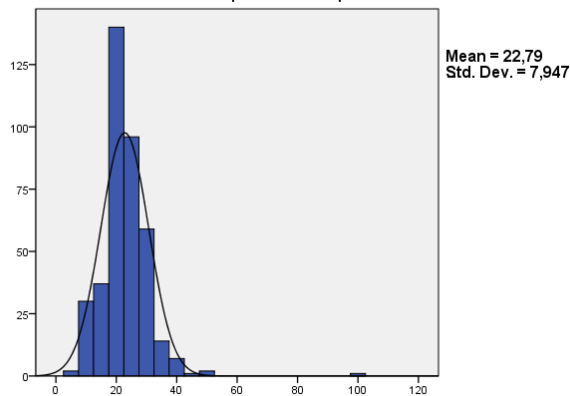


Fig. nr. 37

Din punctul dvs. de vedere considerați că din veniturile suplimentare ale unității, realizate în baza unei „practici private în spitalele publice”, ALȚI MEMBRI AI ECHIPEI MEDICALE ar trebui să primească un procent de:

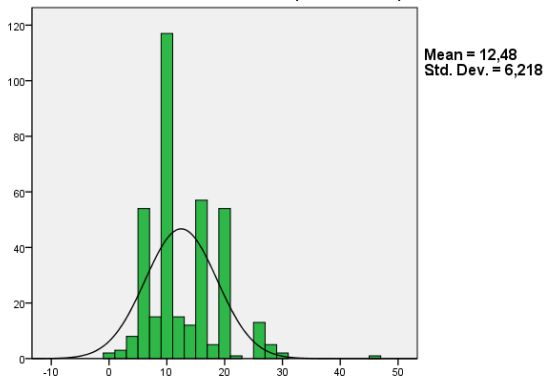


Fig. nr. 38

Din punctul dvs. de vedere considerați că din veniturile suplimentare ale unității, realizate în baza unei „practici private în spitalele publice”, ALTE CATEGORII DE SALARIAȚI ar trebui să primească un procent de:

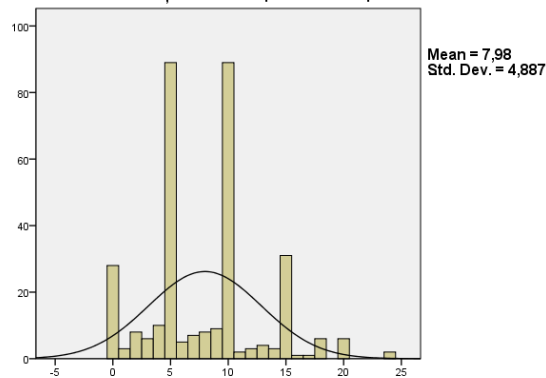


Fig. nr. 39

Din punctul dvs. de vedere considerați că din veniturile suplimentare ale unității, realizate în baza unei „practici private în spitalele publice”, UNITATEA ar trebui să primească un procent de:

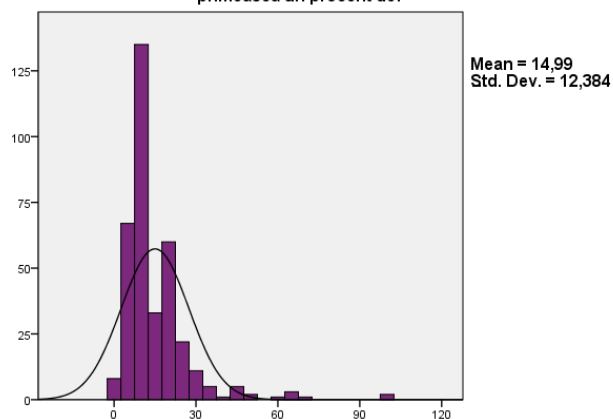


Fig. nr. 40

Sintetizând, distribuția rezultată este următoarea:

Categoria profesională	Procentul ce ar trebui alocat¹⁵	Deviația standard¹⁶
Medici	45%	15,28
Asistenți medicali	22%	7,94
Alți membri ai echipei medicale	12%	6,21
Alte categorii de salariați	8%	4,88
Unitatea	13%	12,38

În primul rând, se poate observa că modelul propus de respondenți diferă într-o măsură considerabilă de cel avut în vedere de Ministerul Sănătății, ceea ce ar impune revizuirea acestuia. 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.

Această grilă de redistribuire a veniturilor poate naște o întrebare privitoare la modalitatea în care ar trebui structurată ierarhia salariilor în sectorul sanitar, sugerând că ar putea fi luat în considerare ca punct de reper. Deoarece este evidentă diferența față de ierarhia salariilor care a rezultat anterior, considerăm că ea nu îndeplinește (cel puțin nu încă) condițiile necesare în acest sens. Suplimentar, răspunsurile au avut în vedere atât dezbaterile publice pe această temă cât și explicațiile furnizate în cadrul chestionarului, toate indicând în mod clar că este vorba de redistribuirea veniturilor suplimentare obținute de unitățile sanitare (respectiv de munca prestată suplimentar). În procesul dezbaterilor publice s-a mizat în mod consecvent pe ideea că reputația medicilor (și nu a unităților sanitare; adică a echipei medicale) este cea care poate aduce încasări suplimentare, fapt care a influențat într-o oarecare măsură răspunsurile.

¹⁵ Calculat după ponderare.

¹⁶ Deviația standard ne indică gradul de omogenitate al răspunsurilor. Cu cât deviația standard este mai mare cu atât răspunsurile sunt mai neomogene raportat la medie.

Resursele actuale pentru creșterea salariilor

Considerati ca sunt posibile creșteri salariale în unitatea în care lucrați la actualul nivel de finanțare al acesteia

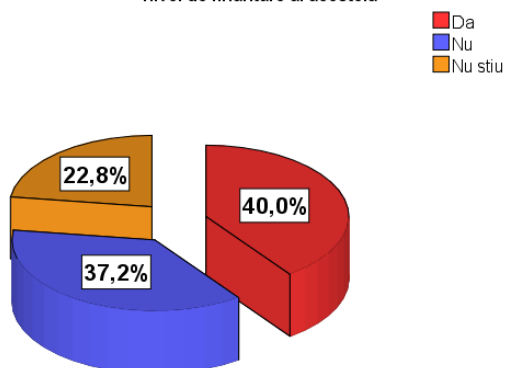


Fig. nr. 41

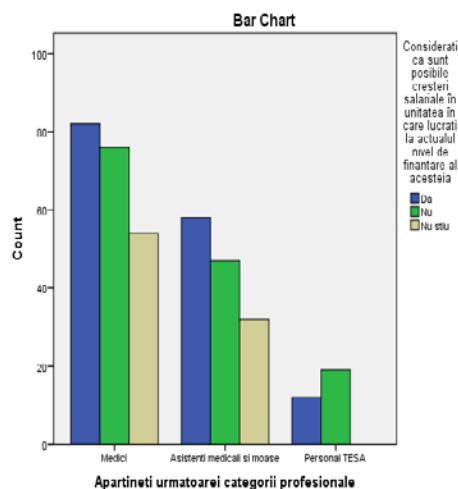


Fig. nr. 42

Răspunsurile la această întrebare deschid posibilitatea mai multor interpretări:

- Distribuția pe cele trei tipuri de răspunsuri, chiar dacă inegală, tinde să evidențieze preocuparea salariaților pentru posibilitatea unităților de-a susține o creștere salarială. Ponderea semnificativă pe care o înregistrează răspunsul „Nu” (37,2%) contribuie la întărirea acestei idei.
- Procentul semnificativ al răspunsurilor „Nu știu” pot fi interpretate ca un semn de onestitate din partea respondenților. În același timp însă, ele reflectă absența unei abordări participative din partea managementului unităților sanitare.
- Dificultățile financiare în care se zbat unitățile sanitare, de notorietate, tinde să sugereze un nivel redus de cunoaștere a problemelor financiare ale spitalelor de către salariați, fapt care sugerează necesitatea unei mai bune comunicări.¹⁷

Din punctul de vedere al distribuției pe categorii profesionale se remarcă ponderea mai mare a răspunsurilor *Nu* în cazul personalului TESA, posibil datorită nivelului mai mare de informare privind posibilitățile unităților sanitare.

¹⁷ Eficientizarea comunicării vizează, concomitent, și comunicarea dintre organizațiile sindicale (care, în principiu, cunosc datele financiare ale unităților) și salariați.

Gradul de satisfacție

Deoarece una din dimensiunile strategiei de cercetare asumată de noi o reprezintă identificarea nivelului *calității vieții profesionale*, am investigat gradul de satisfacție a salariaților față de câțiva indicatori relevanți pentru salarizarea și veniturile lucrătorilor din Sănătate.

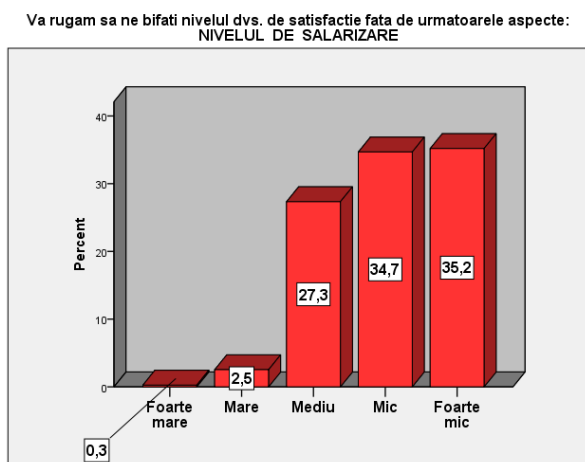


Fig. nr. 43

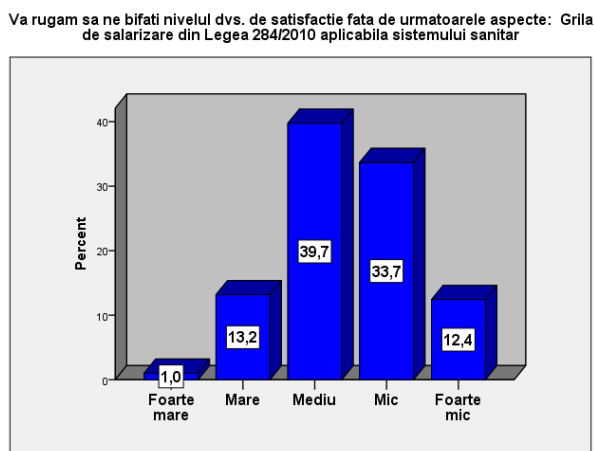


Fig. nr. 44

După cum era de așteptat,¹⁸ se poate vorbi mai curând de *insatisfacție față de nivelul salariilor*, decât de existența unui grad de satisfacție față de acesta în rândul salariaților din Sănătate. Valorile acestui indicator tind să confirme existența unei stări de nemulțumire în rândurile angajaților din sectorul sanitar.

Nemulțumirea salariaților tinde să se extindă și asupra grilei de salarizare specifice sectorului sanitar, existentă în Legea nr. 284/2010.¹⁹ Dacă avem în vedere faptul că protestele organizațiilor sindicale din cadrul Coaliției au fost concentrate pe solicitarea aplicării acestei legi, putem constata că ele sunt relativ departe de așteptările salariaților.

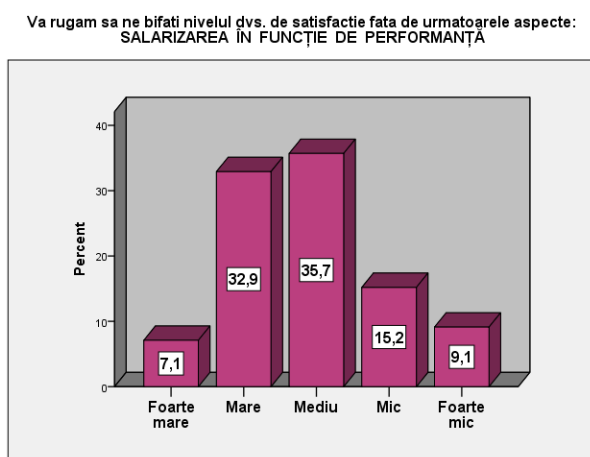


Fig. nr. 45

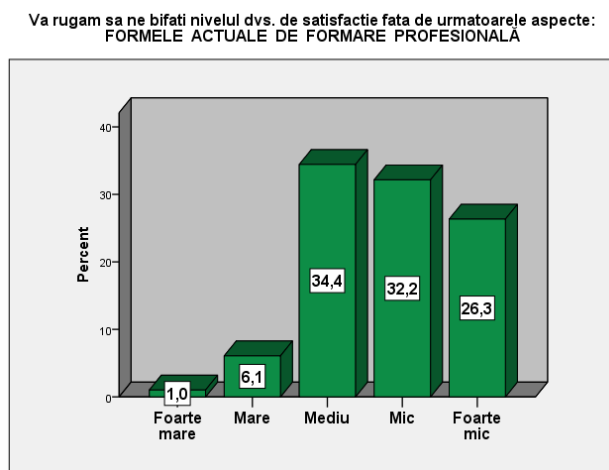


Fig. nr. 46

¹⁸ Avem în vedere și studiile noastre anterioare care au abordat acest indicator.

¹⁹ Chiar dacă această lege nu produce efecte decât într-o măsură foarte redusă, ea conține un model de ierarhizare atât între diferitele categorii profesionale din sectorul sanitar cât și între angajații din Sănătate și salariații bugetari (considerăm că salariații din unitățile sanitare care realizează venituri din contractele cu CNAS sunt în mod nepotrivit considerați bugetari).

Salarizarea în funcție de performanță se bucură în bună măsură de adeziunea respondenților, 40% dintre ei indicând un grad de satisfacție *mare și foarte mare*. Dacă avem în vedere faptul că modul actual de salarizare este unul egalitarist, puținele criterii de diferențiere salarială neavând legătură cu performanța angajaților, putem considera că insatisfacția față de salariu include și nemulțumirea față de actualul sistem (egalitarist) de salarizare.

În schimb, *formele actuale de formare profesională* sunt mai curând surse de insatisfacție pentru respondenți, 58,5% dintre ei indicând un nivel *mic și foarte mic* de satisfacție față de acestea. Din această perspectivă, putem considera că formarea profesională (inițială și continuă) trebuie să fie și ea inclusă în strategiile de reformă ale sistemului sanitar.

Va rugam sa ne bifati nivelul dvs. de satisfacție fata de urmatoarele aspecte:
Formele de evaluare propuse in proiectul de lege

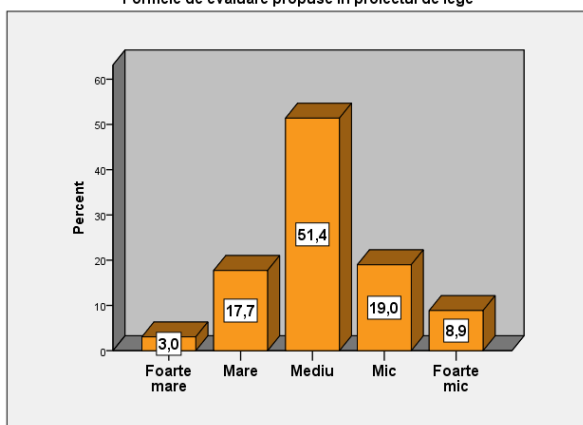


Fig. nr. 47

Va rugam sa ne bifati nivelul dvs. de satisfacție fata de urmatoarele aspecte:
Nivelul recunoasterii statutului dvs. de catre societate

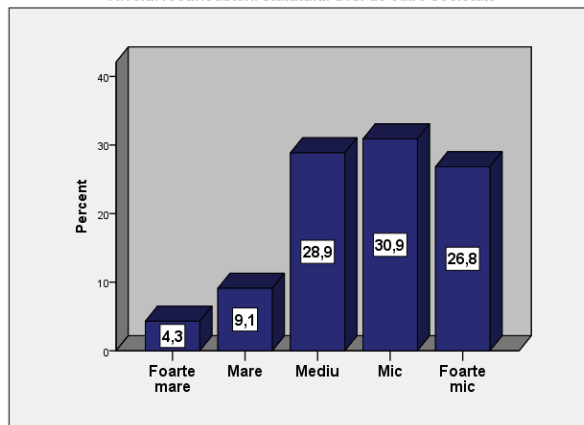


Fig. nr. 48

Nivelul satisfacției față de formele de evaluare propuse de proiectul legii în funcție de performanță este relativ egal distribuit între valorile maxime și cele minime, cu o discreta accentuare a celor minime (cca. 7% în plus).

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.

Va rugam sa ne bifati nivelul dvs. de satisfacție fata de urmatoarele aspecte:
Nivelul recunoasterii informale (platile informale)

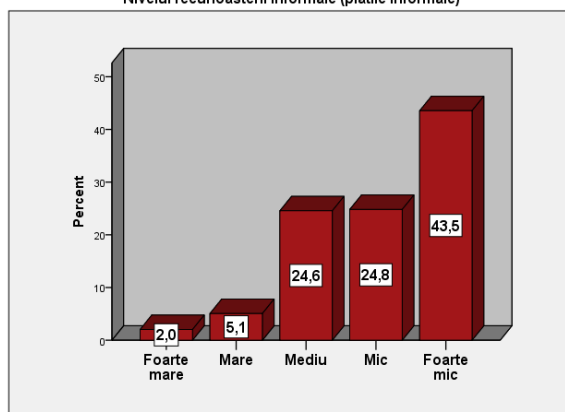


Fig. nr. 49

Chiar dacă plățile informale pot fi considerate o formă de recunoaște informală, nivelul satisfacției față de acestea este redus, situația datorându-se fie insuficienței acestor forme de recompensă, fie naturii lor, în acest din urmă caz salariații preferând mai curând forme oficiale de recunoaștere.

Plățile informale

Condiționarea actului medical

Deoarece, alături de salarizare, considerăm că și ansamblul veniturilor lucrătorilor din sectorul sanitar prezintă un deosebit interes, ne-am propus și o investigație a plăților informale existente în sectorul sanitar, de care beneficiază (sau nu) salariații. Chiar dacă abordarea este făcută dintr-o perspectivă subiectivă, respectiv din punctul de vedere al opiniilor salariaților privitor la aceste aspecte, considerăm că răspunsurile primite sunt relevante.

La locul dvs. de munca pacienților le este condiționat diagnosticul și/sau tratamentul de plățile informale

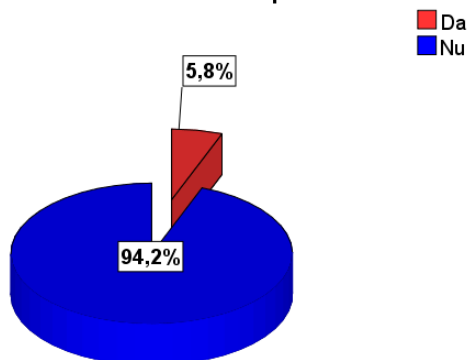


Fig. nr. 50

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*. Fără a avea date certe în acest sens, putem presupune că acest procent include și cea mai mare parte a condiționărilor implicite, respectiv cele mai evidente.

În ceea ce privește valoarea sumelor primite în astfel de cazuri, cei cca. 6% din respondenții care au afirmat existența condiționărilor au indicat următoarele valori:

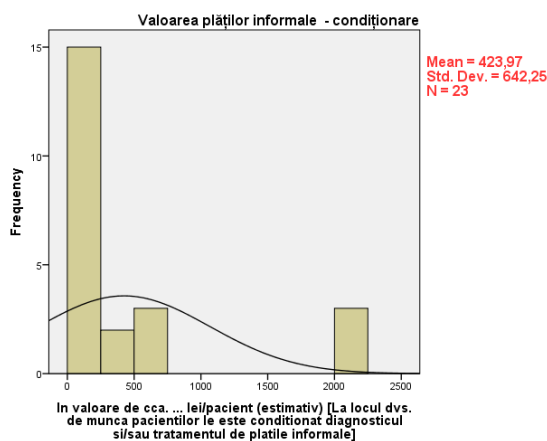


Fig. nr. 51

Valoarea medie a sumelor obținute în cazul condiționării actului medical este de 424 lei. Precizăm, odată în plus, că această sumă este media sumelor indicate de cei 23 de respondenți care au afirmat existența condiționării actului medical.²⁰

În concluzie, sumele medii plătite de pacienți în acele relativ puține cazuri (cca. 6%) în care se ivește condiționarea actului medical, se situează la nivelul a 424 lei.

Plățile voluntare

La locul dvs. de munca pacientii platesc voluntar platile informale/onorariul catre personal

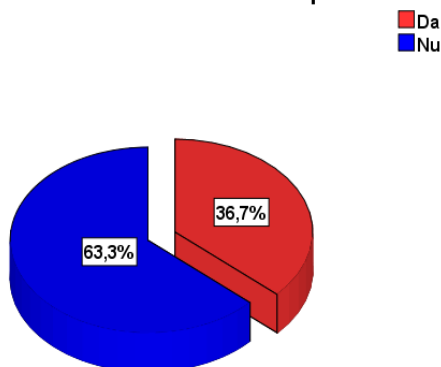


Fig. nr. 52

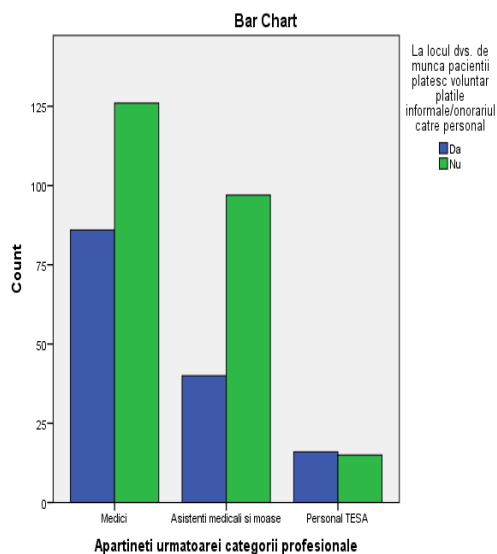


Fig. nr. 53

După cum se poate observa, existența plăților informale voluntare făcute de pacienți către personal este indicată de cca. 37% dintre respondenți. Chiar dacă este vorba de percepția subiectivă a salariaților, caracterul voluntar putând suporta discuții dacă-l abordăm din perspectiva pacientului, existența plăților voluntare făcute de pacienți către personal are un caracter de certitudine. Dacă acceptăm această situație ca reală, atunci suntem în prezența unui fenomen pentru a cărui existență pot fi emise mai multe ipoteze explicative, printre cele mai importante fiind intenția de completare a veniturilor personalului ca o formă de recunoaștere suplimentară din partea cetățenilor/pacienților a

²⁰ Și în acest caz rezultatul are un caracter orientativ.

rolului social, respectiv a statului meritat, și existența unei disponibilități de plată suplimentară a salariaților de către pacienți/cetățeni.

În ceea ce privește distribuția pe categorii profesionale, se remarcă o pondere mai ridicată a răspunsurilor *Da* în cazul medicilor.

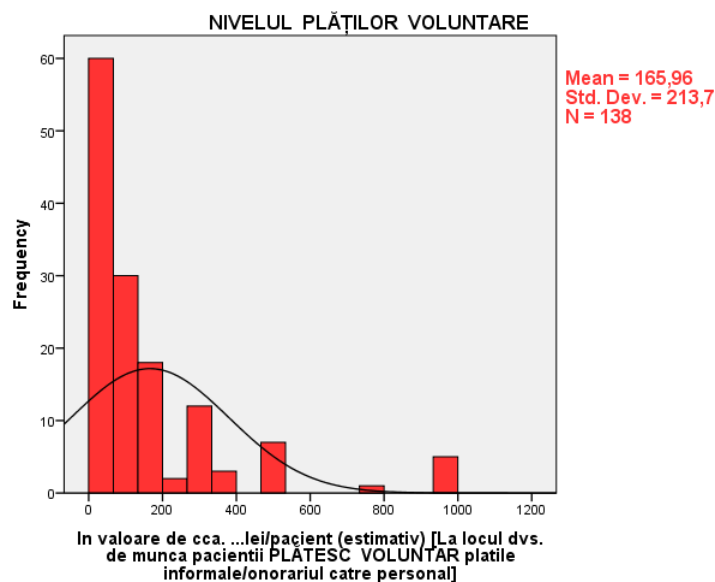


Fig. nr. 54

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, însă frecvența mult mai mare a acestora tinde să amplifice nivelul disponibilității de plată a pacienților.

În varianta în care considerăm plățile informale voluntare drept o modalitate de recunoaștere a efortului/meritelor salariaților de către cetățeni/pacienți (o interpretare care are un grad de îndreptățire), se pune totuși problema echității față de salariați a modului în care funcționează „sistemul plăților informale voluntare”.

Distribuția plăților informale

Cercetările anterioare, desfășurate de noi în sectorul sanitar pe teme conexe salarizării, au evidențiat posibilitatea existenței unei distribuții inechitabile a veniturilor informale, realizate de salariați în urma plăților informale, constituind o sursă suplimentară de insatisfacție în rândul angajaților. Am încercat să estimăm amploarea acestui fenomen prin intermediul câtorva întrebări punctuale.

În ceea ce privește distribuția echitabilă a plăților informale/onorariului către salariați, acesta:

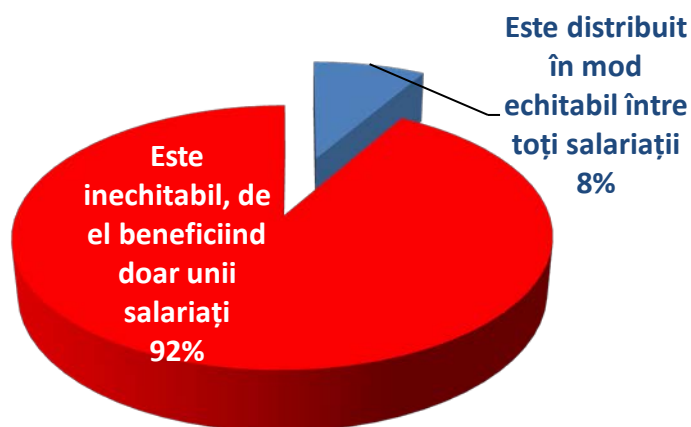


Fig. nr. 55

După cum se poate observa, marea majoritate (92%) a salariaților care au indicat existența plăților informale (doar aceștia răspunzând la această întrebare) consideră inechitabil „sistemul plăților informale”.

În continuare am încercat să aruncăm o lumină asupra modului în care sunt distribuite plățile informale voluntare, respectiv asupra categoriilor de salariați care beneficiază de acestea:²¹

În ceea ce privește plățile informale/onorariul plătit de pacienți:

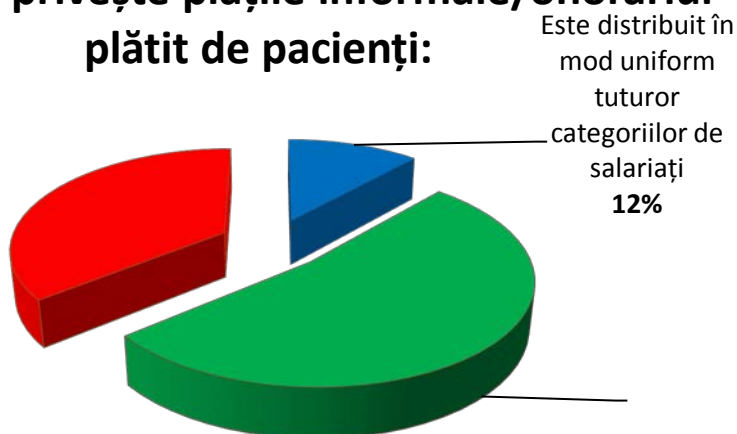


Fig. nr. 56

Principalii beneficiari ai plăților informale sunt medicii, care apar în toate variantele, urmați de asistenții medicali (situație indicată de 64% dintre respondenți – dacă luăm în considerare variantele cumulate); doar 12% din respondenți consideră că de plățile informale beneficiază toți salariații.

²¹ Și la această întrebare au răspuns doar subiecții care au indicat existența plăților informale voluntare.

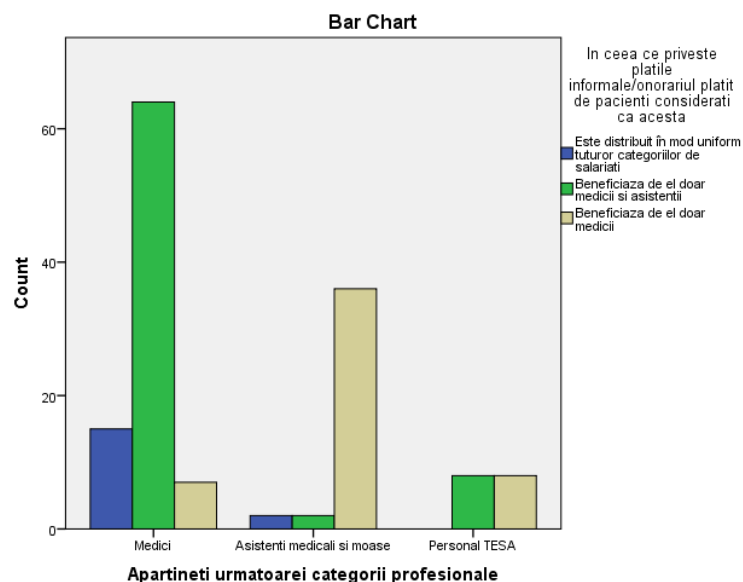


Fig. nr. 57

Majoritatea medicilor consideră că beneficiază de plățile informale/onorariu *medicii și asistenții* în timp ce majoritatea asistenților consideră că *beneficiază doar medicii*.

În concluzie, 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.

Analiza răspunsurilor la întrebarea următoare tinde să confirme această variantă:

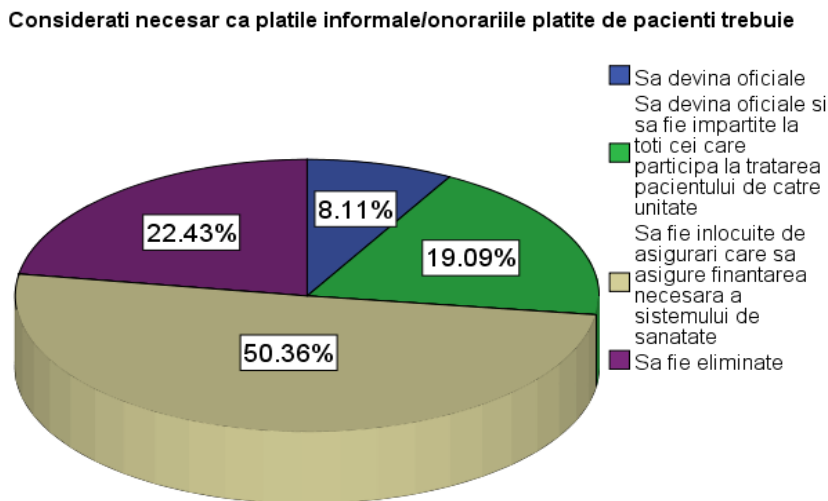


Fig. nr. 58

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, ajungem 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.

Cumpărarea medicamentelor și a materialelor sanitare de către pacienți

Deoarece există numeroase discuții pe această temă, însă lipsesc cercetările care să poată da seama de amploarea fenomenului numit *cumpărarea medicamentelor și a materialelor sanitare de către pacienți*, ne-am propus și o investigație, cu caracter estimativ, a acestuia.

La locul dvs. de munca pacienții trebuie să cumpere **MEDICAMENTE** pentru a fi tratați:

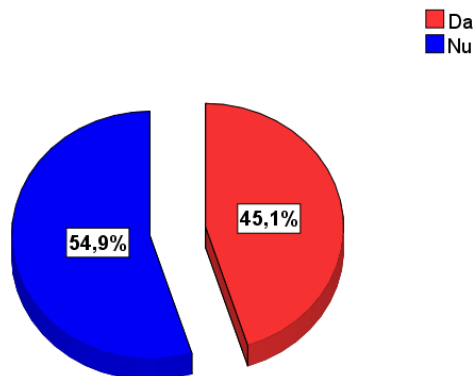


Fig. nr. 59

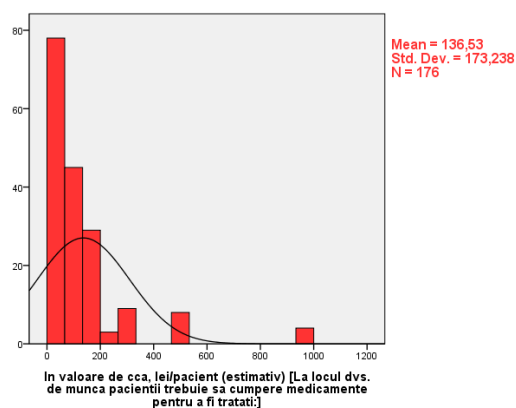


Fig. nr. 60

45% dintre respondenți au evidențiat că pacienții sunt nevoiți să-și cumpere medicamente necesare tratamentului. Valoarea medie a costurilor suportate de pacienți (indicată doar de respondenții care au menționat existența unor astfel de situații) este de 136 lei.

La locul dvs. de munca pacienții trebuie să cumpere **MATERIALE SANITARE** pentru a fi tratați?

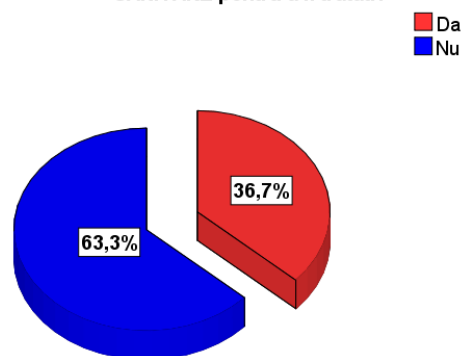


Fig. nr. 61

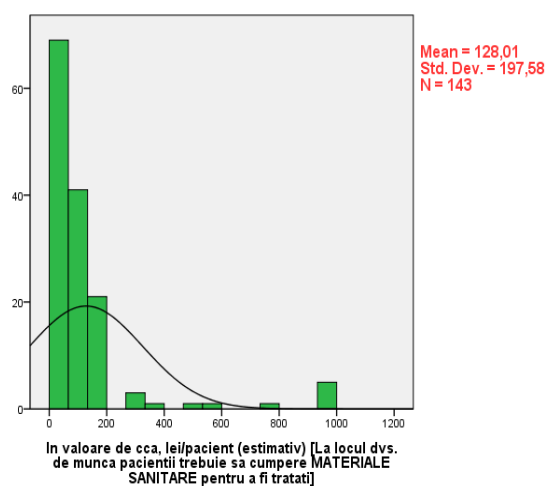


Fig. nr. 62

Cca. 37% dintre respondenți indică faptul că la locul lor de muncă pacienții sunt nevoiți să cumpere materiale sanitare. Valoarea medie a costurilor suportate de pacienți (indicată doar de respondenții care au menționat existența unor astfel de situații) este de 128 lei.

Concluzii

Deoarece o abordare critică, din punct de vedere tehnic, a sistemului de salarizare din Sănătate a fost prezentată deja în partea introductivă a prezentului studiu, redăm sintetic rezultatele cercetării.

Inechitățile salariale

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.

Salarizarea în funcție de performanță

În mod surprinzător raportat la opinia publică, cca. 84 % dintre salariați sunt de acord cu introducerea unui sistem de salarizare care să garanteze salarizarea în funcție de performanță. 40% dintre respondenți indică 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.

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%). Se remarcă în mod clar diferența între opțiunile salariaților și cele ale Ministerului Sănătății. 74% dintre salariați consideră că salarizarea în funcție de performanță trebuie să se aplice în mod diferențiat pe categorii de salariați și pe specialități.

Relația dintre creșterea salariilor și creșterea calității serviciilor medicale

84% dintre salariați consideră că creșterea salariilor va conduce la creșterea calității serviciilor medicale; 78% dintre respondenți au indicat creșterea discretă sau semnificativă a calității serviciilor medicale în cazul introducerii salarizării în funcție de performanță.

Evaluarea personalului

Având în vedere categoriile de criterii propuse de către Ministerul Sănătății 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.

Reforma finanțării sistemului sanitar

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 doar 25,8% dintre salariați.

În opinia salariaților, disponibilitatea de plată suplimentară a pacienților, direct către unitățile sanitare, pentru serviciile nedecontate de CNAS, sunt minime, cca. 70% din respondenți indicând valorile *nu există și mică*.

Redistribuirea veniturilor suplimentare

Având în vedere faptul că Ministerul Sănătății, în cadrul proiectului legii salarizării în funcție de performanță (prin care vizează de fapt să introducă salarizarea suplimentară pentru munca suplimentară/munca desfășurată în afara programului normal de lucru), intenționează 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, ceea ce impune revizuirea acestuia. Una din diferențele importante: 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 (cca. 6%) 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.

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*, 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*.

50,3% dintre respondenți consideră că sistemul plăților informale trebuie înlocuit de un sistem eficient de asigurări de sănătate, care să genereze finanțarea suplimentară a sistemului sanitar, respectiv posibilitatea unei salarizări corespunzătoare. Dacă adăugăm și respondenții care cred că plățile informale ar trebui să fie pur și simplu eliminate, se ajunge la un procent de 72% dintre respondenți care doresc eliminarea plăților informale, sub o formă sau alta.

Doar 28% dintre respondenți consideră necesară 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.

Cumpărarea medicamentelor și a materialelor sanitare de către pacienți

45% dintre respondenți au evidențiat faptul că pacienții sunt nevoiți să-și cumpere medicamente necesare tratamentului. Valoarea medie a costurilor suportate de pacienți (indicată doar de respondenții care au menționat existența unor astfel de situații) este de 136 lei.

Cca. 37% dintre respondenți indică faptul că la locul lor de muncă pacienții sunt nevoiți să-și cumpere materiale sanitare. Valoarea medie a costurilor suportate de pacienți (indicată doar de respondenții care au menționat existența unor astfel de situații) este de 128 lei.

Nivelul de informare

Nivelul redus de cunoaștere al rezultatelor negocierilor purtate pe tema reformei (doar cca. 29% dintre respondenți au afirmat cunoașterea acestora) sugerează că protestele desfășurate de unele organizații sindicale și profesionale din sănătate au încercat să folosească mai curând nemulțumirile generale ale salariaților, nefiind determinate de încercarea de a propune și impune măsuri proprii de reformă. Dacă avem în vedere câteva din revendicările greviștilor, putem considera că protestele au fost orientate mai degrabă împotriva reformei, adică pentru păstrarea status quo-ului. Dacă luăm în considerare procentul foarte mare de respondenți care doresc salarizarea în funcție de performanță, care presupune anumite măsuri de reformă, putem considera chiar că protestele au fost orientate într-o anumită măsură împotriva intereselor salariaților.

Anexa nr. 1 Chestionarul aplicat (formatul on line)

* Intrebarea

	Da	Nu
Sunteti informat/informata asupra intentiilor de reforma ale Ministerului Sanatatii in ceea ce priveste salarizarea personalului	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sunteti informat/informata de actiunile sindicatelor pe tema legii de salarizare a personalului din sanatate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cunoasteti stadiul negocierilor si principalele puncte aflate in disputa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sunteti de acord cu introducerea unui sistem care sa garanteze salarizarea in functie de performanta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considerati ca cresterea nivelului de salarizare va avea ca efect cresterea calitatii serviciilor medicale prestate pacientilor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Proiectul noii legi a salarizarii din sanatate propune ca salarizarea sa se faca pornind de la o parte fixa/un salariu minim (salariul de baza cu sporurile incluse) la care sa se adauge o parte variabila in functie de rezultatele evaluarii. In cursul dezbaterilor am reusit sa convingem ministerul ca nu poate fi luata in considerare o scadere a salariilor (avand in vedere faptul ca in varianta initiala proiectul de lege presupunea ca rezultatele evaluarii sa se situeze intre -30% si 100% raportat la nivelul actual de salarizare). In ceea ce priveste partea fixa/salariile minime au fost luate in considerare mai multe variante, noi solicitand sa pornim de la nivelul actual de salarizare. Avand in sa in vedere faptul ca legea ar urma sa fie aplicata din anul 2014, an in care a fost anuntata si aplicarea Legii 284/2010, prin „nivel actual de salarizare” consideram ca ar trebui sa se inteleaga nivelul de salarizare prevazut de Legea 284/2010 la o valoarea de referinta a coeficientului de ierarhizare 1,00 de 800 RON. (Precizam ca la acest moment valoarea de referinta a coeficientului de ierarhizare 1,00 este de doar 600 RON, negocierile cu Ministerul Sanatatii mizand pe o echivalare a salariului minim cu valoarea de referinta).

*** In ceea ce priveste partea fixa/salariul minim din punctul dvs. de vedere aceasta ar trebui sa fie:**

Bifați răspunsurile dorite

- Nivelul actual de salarizare raportat la salariile individuale.
- Nivelul actual de salarizare raportat la categoriile de salariați și la treptele de salarizare
- Nivelul de salarizare care ar rezulta din aplicarea Legii nr 284/2010
- Alt nivel de salarizare

? Nota: Calculul salariilor minime din sănătate actuale pe categorii și trepte profesionale (și nu raportat la salariile individuale actuale permite eliminarea inegalităților din sănătate, determinate de imposibilitatea creșterii salariilor celor deja angajați, prin intermediul evaluării.

Având în vedere faptul că proiectul de lege a fost gândit inițial de reprezentanții Ministerului Sănătății ca fiind valabil doar pentru medici și asistenții medicali, iar noi am solicitat ca acesta să cuprindă toate categoriile de salariați, una din problemele importante, care risca să blocheze negocierile în acest moment, o constituie înținderea acestei legi, respectiv care sunt categoriile de salariați cărora ea trebuie să li se aplice.

*** Din punctul dvs. de vedere considerați ca legea salarizării din sănătate, bazată pe salarizarea în funcție de performanță, ar trebui să se aplice:**

Bifați răspunsurile dorite

- Doar medicilor
- Doar medicilor și asistenților
- Tuturor categoriilor de personal medical
- Tuturor salariaților din sănătate
- Alta variantă

Evaluarea

Introducerea unui nou sistem de salarizare, bazat pe „salariile minime din sănătate” și partea variabilă rezultată în urma evaluării ridică două probleme esențiale în ceea ce privește evaluarea: stabilirea criteriilor de evaluare și procedura de evaluare. De designul celor două depinde gradul de obiectivitate al evaluării, respectiv corectitudinea modului de stabilire a părții variabile a salariilor.

Criteriile de evaluare

Stabilirea criteriilor de evaluare ridică o serie de probleme privitoare la relevanța fiecărui criteriu propus. Întrucât ne propunem ca identificarea acestora să facă obiectul unei cercetări separate vom aborda doar câteva din problemele cu caracter general identificate până în acest moment. Una din probleme o reprezintă modalitatea de construire a criteriilor. În acest sens existând două categorii de variante: criterii comune și criterii specifice fiecărei categorii profesionale.

*** Considerați că criteriile de evaluare trebuie să se aplice:**

Bifați răspunsurile dorite

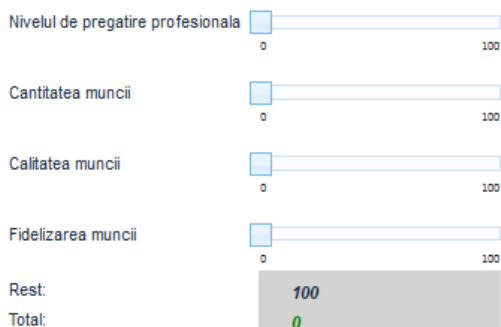
- În mod uniform tuturor categoriilor de salariați
- În mod diferit fiecărei categorii de salariați
- Diferențiate pe categorii de salariați și specialități
- Altele:

Categoriile generale de criterii luate în considerare până în acest moment vizează: nivelul de pregătire, cantitatea muncii, calitatea muncii și fidelizarea muncii.

Care este ponderea pe care considerați că ar trebui să o aibă fiecare dintre categorii în ansamblul evaluării

Please select between 1 and 4 answer(s)

Suma trebuie să fie egală cu 100, trageți de cursor pentru a selecta procentajul dorit pentru răspunsuri.



? Totalul trebuie să reprezinte 100%. Nu este permis să depășiți procentul de 100%

Procedura de evaluare

Având în vedere faptul că introducerea salarizării în funcție de performanță presupune un sistem obiectiv de evaluare a performanței pentru a fi funcțională, am reiterat o solicitare pe care am făcut-o în mod consecvent în ultimii 3 ani de zile, respectiv aceea ca evaluarea să fie făcută de cel puțin trei „instituții” independente (am propus: șeful direct, serviciul Resurse umane+organismele profesionale și evaluarea din partea a 3 colegi, selectați în mod aleatoriu), nota finală fiind o medie a celor trei evaluări:

*** Pentru a asigura un grad cat mai ridicat de obiectivitate considerati ca evaluarea trebuie facuta** (sunt posibile mai multe raspunsuri.):

Bifați răspunsurile dorite

- De seful de sectie/compartiment
- De Serviciul Resurse Umane
- De seful ierarhic
- De colegi
- In mod separat de seful ierarhic, de serviciul resurse umane si de catre colegi
- Altele:

Impactul asupra calitatii serviciilor medicale

Unul din obiectivele strategice declarate ale organizatiei noastre îl constituie identificarea legaturii dintre calitatea vietii profesionale si calitatea serviciilor medicale. O directie de cercetare în acest sens o constituie analiza opiniei salariatilor asupra existentei unei legaturi între cele doua si tipul de corelatie ce ar putea exista. Ne intereseaza în acest caz daca introducerea unui nou sistem de salarizare, ce contine si o dimensiune semnificativa de salarizare în functie de performanta, ar putea avea impact asupra calitatii serviciilor medicale, si daca da, tipul de impact ce trebuie luat în considerare din punctul de vedere al salariatilor.

*** Considerati ca salarizarea personalului în functie de evaluare va avea urmatorul impact asupra calitatii serviciilor medicale:**

Bifați răspunsurile dorite

- Scaderea semnificativa a calitatii serviciilor medicale
- Discreta scadere a calitatii serviciilor medicale
- Nu va avea impact asupra calitatii serviciilor medicale
- Cresterea discreta a calitatii serviciilor medicale
- Cresterea semnificativa a calitatii serviciilor medicale
- Altele:

*** Introducerea unei salarizari ce tine cont si de evaluarea performantelor profesionale va avea un impact pozitiv semnificativ asupra calitatii serviciilor medicale în cazul în care ea se aplica:**

Alegeți unul din următoarele răspunsuri

- Doar medicilor
- Medicilor și asistenților medicali
- Medicilor, asistenților medicali și infirmierelor
- Personalului medical și personalului medical auxiliar
- Tuturor salariaților din sectorul sanitar
- Nici una din variante nu va avea un impact pozitiv
- Altele:

* Pe o scala de la 1 la 10 va rog sa bifati locul pe care ar trebui sa-l ocupe salariul urmatoarelor categorii de salariatii:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Medicul primar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicul specialist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicul rezident	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistenta medicala cu studii superioare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistenta medicala cu colegiu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistenta medicala cu scoala postliceala	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sora medicala	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infirmiera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ingrijitoarea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personalul TESA cu studii superioare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personalul TESA cu studii medii	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muncitorii	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

? *Nota: evaluarea dvs. se aplica prin echivalarea si altor categorii profesionale din sistem. Echivalarea se face pe baza studiilor si raportat la echivalentele în ceea ce priveste salariile stabilite în Legea 284/2010.

Distorsiuni în salarizare

Datorita politiciei de reducere si blocare a cresterii unora din salarii în ultimii ani, o parte considerabila a salariatilor din sanatate nu au putut beneficia de cresterile salariale firesti, ajungand în situatia de-a avea salariile mai mici decat colegii lor care au acelasi nivel de pregatire si lucreaza la acelasi loc de munca. S-a ajuns deseori la situatii aberante, în care noii angajati au salariile mai mari decat angajati care lucreaza de ani bun în sistem. Mecanismul l-a constituit limitarea impactului evaluarii asupra cresterii salariului, el determinand un set de inechitati grave în sistemul sanitar. Unele unitati sanitare au practicat o remediere artificiala a situatiei, concediind acesti salariatii si angajandu-i imediat dupa aceea cu un nou salariu. Per ansamblul sistemului sanitar problema ramane însa una deosebit de importanta.

* Aveti salariul mai mic decat colegii care au acelasi nivel de pregatire si lucreaza la acelasi loc de munca, datorita impactului negativ al legislatie din ultimii ani?

Da Nu

Distanta dintre cel mai mare salariu si cel mai mic

In mod curent distanta dintre salariul cel mai mare si cel mai mic constituie un indicator al gradului de omogenitate sociala a unei societati, respectiv a unui grup social. In lume exista doua mari tendinte:

- Cea liberala, care deschide posibilitatea unor diferente de salarizare care pot atinge nivele foarte mari.
- Cea social-democrata, în cadrul carei diferenta dintre salariul maxim si salariul minim tinde sa fie redusa foarte mult (cu mentiunea ca acest lucru se întâmpla pe fondul unor salarii minime care ating nivele destul de ridicate, valoarea salariului minim fiind un indicator esential în aceasta ecuatie).

Intentia anuntata de Guvern este ca pentru bugetari raportul dintre salariul maxim si salariul minim sa nu depaseasca 7/1. La ora actuala în sistemul sanitar romanesc acest raport este de cca, 6,3/1 pentru functiile de executie si de 15/1 daca luam în considerare functiile de conducere. Pe de alta parte, daca va fi aplicata grila de salarizare din Legea nr. 284/2010 distanta actuala dintre salariul minim si salariul maxim va creste, avand în vedere faptul ca cresterile salariale vor fi mai mari la varful piramidei si mai mici la baza ei.

(Mentionam faptul ca analizele comparative cu situatia acestui raport în alte state trebuie privite cu atentie, valoarea salariului minim fiind unul din elementele esentiale de judecata din perspectiva echitatii si sociale.)

*

Din punctul dvs. de vedere diferenta dintre salariul maxim si salariul minim în sanatate ar trebui sa fie:

Bifați răspunsurile dorite

- Mult mai mare
 Mai mare
 Sa ramana aceeasi
 Sa fie mai mica
 Sa fie mult mai mica

* Care considerați ca ar trebui să fie raportul dintre salariul maxim și salariul minim în sănătate (de câte ori ar trebuie să fie mai mare salariul maxim decât salariul minim)

În acest câmp pot fi introduse doar numere

maxim
minim

? Ex: 7/1, 10/1 etc

*
Va rugăm să citiți cu atenție și să alegeți una din variantele pe care-o considerați aplicabilă pentru o nouă lege a salarizării:

Alegeți unul din următoarele răspunsuri

- O salarizare mai bună poate fi făcută prin creșterea nivelului de colectare la bugetul asigurărilor sociale de sănătate
- O salarizare mai bună poate fi făcută prin creșterea nivelului de colectare la bugetul asigurărilor sociale de sănătate și introducerea asigurărilor complementare
- O salarizare mai bună poate fi făcută prin plata suplimentară de la bugetul de stat
- O salarizare mai bună poate fi făcută prin combinarea sistemului actual, care să includă definirea corectă a pachetului de bază, diferențele suplimentare de cost să fie suportate direct de către pacienți.

*
Va rugăm să apreciați disponibilitatea de plată suplimentară a pacienților pentru serviciile medicale nededecontate de acasă și/sau pentru servicii medicale de o calitate mult mai bună:

Alegeți unul din următoarele răspunsuri

- Nu există
- Mica
- Medie
- Mare
- Foarte mare

Redistribuirea veniturilor suplimentare

Una din dimensiunile importante ale proiectului de lege o constituie redistribuirea veniturilor suplimentare. Această variantă este puternic centrată pe ideea ca „medicul aduce pacientul”, veniturile suplimentare fiind până în acest moment gândite sub forma unor „tarife pentru alegere a medicului”. Evident, introducerea ei vizează și construirea unei forme de oficializare a platilor informale. Veniturile suplimentare s-ar constitui prin diagnostice și tratamente desfășurate în regim public-privat sau în regim privat. În forma inițială a proiectului aceste încasări se redistribuie după cum urmează: 70% medic; 20 asistente medicale; 10% unitate. Formula propusă constituie în același timp o modalitate de evaluare a contribuțiilor la actul medical din partea personalului, fiind astfel una din modalitățile de ierarhizare a diferitelor categorii de personal.

Din punctul dvs. de vedere considerati ca veniturile suplimentare ale unitatii, realizate în baza unei „practici private în spitalele publice” ar trebui sa fie împartite dupa cum urmeaza :

Please select at least 1 answer(s)

Suma trebuie să fie egală cu 100 , trageți de cursor pentru a selecta procentajul dorit pentru raspunsuri.

Medici

Asistenti medicali

Alti membri ai echipei medicale

Alte categorii de salariati

Unitate

Rest:

Total:

? * Totalul trebuie sa fie de 100%. Valoarea este exprimata in procentaje

* *Avand în vedere contributia medicului la realizarea actului medical va rugam sa apreciati procentele din veniturile suplimentare ale unitatii care ar trebui sa revina medicului în specialitate/sectia dvs*

Sursele de finantare ale cresterilor salariale

* **Considerati ca sunt posibile cresteri salariale în unitatea în care lucrati la actualul nivel de finantare al acesteia:**

Alegeti unul din următoarele răspunsuri

- Da
 Nu
 Nu stiu

În ceea ce privește partea variabilă (partea de creștere a salariului pe baza evaluării) am constatat că raportat la actualul mod de organizare a sistemului de finantare a sănătății o creștere salarială efectivă este posibilă doar prin intermediul unei creșteri semnificative a veniturilor unităților sanitare. În condițiile în care solicitările noastre repetate pentru reforma sistemului de asigurări sociale de sănătate, care să includă atât constituirea unui pachet de bază de servicii medicale constituit la nivelul real al costurilor și al suportabilității din bugetul colectat cât și introducerea unui sistem complementar de asigurări de sănătate, am propus alte soluții ce vizează creșterea veniturilor spitalelor, care să permită creșterile salariale îndreptățite, pe baza evaluării personalului. Unul din setul de soluții propus ie în considerare și volumul actual (estimat) al plăților informale, vizând ca aceste plăți să poată fi facute într-un cadru formal și redistribuite în funcție de criterii clare și rezultatul evaluării.

* *La locul dvs. de munca pacientilor le este conditionat diagnosticul si/sau tratamentul de platile informale:*

- Da Nu

* *La locul dvs. de munca pacientii platesc voluntar platile informale/onorariul catre personal:*

- Da Nu

*

Considerați necesar ca plățile informale/onorariile platite de pacienți trebuie (o singura variantă):

Bifați răspunsurile dorite

- Sa devina oficiale.
 Sa devina oficiale si sa fie impartite la toti cei care participa la tratarea pacientului de catre unitate
 Sa fie înlocuite de asigurari care sa asigure finantarea necesara a sistemului de sanatate
 Sa fie eliminate
 Altele:

*

La locul dvs. de munca pacientii trebuie sa cumpere materiale sanitare pentru a fi tratati:

- Da Nu

*

La locul dvs. de munca pacientii trebuie sa cumpere medicamente pentru a fi tratati:

- Da Nu

Gradul de satisfacție fata de nivelul de salarizare

*

Va rugăm sa ne bifați nivelul dvs. de satisfacție fata de următoarele aspecte:

	Foarte mare	Mare	Mediu	Mic	Foarte mic
Nivelul actual de salarizare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salarizarea conform grilei din Legea 284/2010 cu Grila de salarizare din Legea 284/2010 aplicabilă sistemului sanitar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salarizarea în funcție de performanța cu Salarizarea în funcție de performanța (estimare anticipativă)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formele actuale de evaluare profesionala	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formele de evaluare propuse în proiectul de lege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nivelul recunoașterii statutului dvs. de catre societate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nivelul recunoașterii informale (plățile informale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Disponibilitatea de a participa la greve

*

In situatia în care Ministerul Sanatatii/Guvernul nu sunt de acord cu solicitarile privind creșterile salariale sunteți dispus/dispusa la masuri de protest:

Alegeți unul din următoarele răspunsuri

- Da
 Nu
 Nu știu

*** Tipul unitatii în care va desfasurati activitatea**

Alegeți unul din următoarele răspunsuri

- Spital universitar
- Institut sau clinica medicala
- Spital clinic judetean de urgenta
- Spital judetean de urgenta
- Spital de urgenta
- Spital clinic de specialitate
- Spital de specialitate
- Spital municipal
- Sanatoriu
- Spital comunal
- Centru medical
- Directie de Sanatate Publica

*** Forma de proprietate**

Alegeți unul din următoarele răspunsuri

- publica
- privata
- mixta

*** Numarul de angajati in unitatea în care va desfasurati activitatea**

Alegeți unul din următoarele răspunsuri

- pana în 50
- între 49 si 199
- între 200 si 499
- între 500 si 999
- peste 1000 de salariati

*** Apartineti urmatoarei categorii profesionale**

Alegeți unul din următoarele răspunsuri

- Medici
- Asistenti medicali si moase
- Personal TESA
- Infirmiera
- Ingrijitoare
- Muncitor sanitar
- Altele:

*** Varsta**

Only numbers may be entered in this field

*** Domiciliul în mediul**

Alegeți unul din următoarele răspunsuri

- Urban
- Rural

*** Starea civila**

Alegeți unul din următoarele răspunsuri

- casatorit
- necasatorit
- divortat
- vaduv
- separat
- uniune consensuala (concubinaj)

*** Copii în întreținere:**

Alegeți unul din următoarele răspunsuri

- niciunul
- doi
- unul
- trei
- peste trei

*** Județul de domiciliu**

Alegeți unul din următoarele răspunsuri

Vă rugăm alegeți... ▼

*** Locul de munca**

Sursa: <http://solidaritatea-sanitara.ro/statistica/index.php>

www.cercetare-sociala.ro

Redactor: Rotilă Viorel

Coperta: Lungu Laurențiu

Corectură și paginare: Predica Gabriel; Tetiva Elena

Bun de tipar: 2013. Apărut: 2013

Editura **Sodalitas**, str. Domnească nr. 66, CP 800215, Galați

Tel: 0336/106.365, Fax: 0336/109.281



CENTRUL DE CERCETARE ȘI DEZVOLTARE SOCIALĂ „SOLIDARITATEA”

**STUDIUL PRIVIND SISTEMUL DE SALARIZARE DIN SĂNĂTATE ÎN ROMÂNIA.
ANALIZĂ DE CAZ: SALARIZAREA ÎN FUNCȚIE DE PERFORMANȚĂ**

Autor: Viorel ROTILĂ

Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”

Str. Domnească nr. 66, Galați

Telefon: 0336.106.365, Fax: 0336.109.281

Email: contact@cercetare-sociala.ro

Data publicării : 2013



www.cercetare-sociala.ro

DRAFT



Colecția

SOCIOLOGIE MEDICALĂ

EDITURA SODALITAS

2015

***Studiu privind sistemul de salarizare în sectorul sanitar din
România. Analiză de caz: salarizarea în funcție de
performanță (2015)***

Autor:

Conf. univ. dr. **ROTILĂ Viorel**

Design IT, administrarea sistemului de aplicare
a chestionarului on-line și operare date
- Lungu Laurențiu

Asistent cercetare: Ciobanu Georgiana

Str. Col.Nicolae Holban 10 bis, Galați

Telefon: 0336.106.365

Fax: 0336:109.281

Email: contact@cercetare-sociala.ro

www.cercetare-sociala.ro

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României (în curs de solicitare)
ROTILĂ, VIOREL**

Studiu privind sistemul de salarizare din Sănătate în România. Analiză de caz: salarizarea în funcție de performanță/ Rotilă Viorel; - Galați : Sodalitas, 2015

Bibliogr.

Copyright © 2015

Toate drepturile sunt rezervate Editurii Sodalitas

Printed in Romania

Introducere

Sistemul de salarizare din Sănătate constituie o temă de interes public, având în vedere influența acestuia asupra calității serviciilor medicale. Suplimentar, protestele din acest an, dublate de problemele adiacente, legate de funcționarea sistemului sanitar, vehiculate în mass-media, au determinat o creștere a interesului public pentru această temă.

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. Credem că până și revendicările vehiculate în cadrul manifestărilor de protest, considerate de obicei drept punctul culminant al schimbării în domeniu, ratează atât înțelegerea problemelor actualului sistem cât și promovarea unor soluții eficiente, care să aducă schimbarea așteptată de salariați.

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 tributar 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, așa cum vom arăta în continuare, acest sistem de salarizare are la ora actuală o dimensiune considerabilă de inechitate raportat chiar la propriile principii, respectiv cele egalitariste.

Desfășurarea acestui studiu a avut ca punct de pornire activitatea desfășurată în cadrul Grupului de lucru al Ministerului Sănătății pe tema salarizării în funcție de performanță, dezbaterile și problemele întâmpinate în cadrul acestuia fiind utilizate ca puncte de referință. Lăsând la o parte rezultatele incerte ale acestui grup de lucru, intențiile și premisele nu întotdeauna corecte avute în vedere de participanți, activitatea desfășurată poate fi considerată drept prima dezbateri instituțională pe tema salarizării în sistemului sanitar,¹ stabilind cel puțin câteva direcții utile și deschizând posibilitatea unei abordări mult mai ample, care să aibă șansa de a rezolva o mare parte din problemele existente.

Unul din câștigurile aduse de aceste dezbateri 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

¹ Considerăm că Legea unică de salarizare a bugetarilor, împreună cu dezbaterile care i-au premer, a ratat rezolvarea într-un mod eficient a problemei. Având în vedere faptul că anterior acestei legi salarizarea în sectorul sanitar era făcută pe sistemul grilei de salarizare, lucrătorii putând fi salariați în baza evaluării între un nivel minim și unul maxim al acestei grile, putem considera că legea unică de salarizare mai curând a accentuat problemele, deteriorând și mai mult situația.

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 (care a fost propus în această formă Ministerului Sănătății) este cel al „saliilor minime din sănătate” (luând ca punct de reper nivelul actual de salarizare), 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.

Pentru a evita confuziile, menționăm faptul că *salarizarea suplimentară în funcție de performanță* are în vedere un model prezentat în linii mari mai sus, existând o diferență semnificativă față de ceea ce se intenționează până acum la nivel oficial. Astfel, în mod eronat Ministerul Sănătății folosește sintagma *salarizare în funcție de performanță* pentru a desemna proiectul de lege pe care l-a supus dezbaterii publice în vara acestui an (2013), deoarece acest proiect vizează de fapt *salarizarea suplimentară pentru munca suplimentară desfășurată în afara timpului normal de lucru* (în afara normei de bază).

Această scurtă incursiune în problema sistemului de salarizare din sănătate are rolul de sugera cadrul în care a fost desfășurat acest studiu și contextul avut în vedere pentru interpretarea datelor.

Prezentul studiu dorește să aducă un nivel adecvat de clarificare în ceea ce privește principalele probleme ale salarizării în sectorul sanitar și să indice câteva din direcțiile schimbării, așa cum este aceasta anticipată/așteptată de salariați. Cercetarea care stă la baza lui constituie o încercare (reușită, spunem noi) de a adecva strategiile de abordare a problemei la dorințele salariaților. Chiar dacă cercetarea păcătuiește prin imposibilitatea constituirii unui eșantion reprezentativ, acest aspect este compensat de modalitatea aleatorie de selecție a participanților, bazată pe participarea voluntară. În acest sens, avem în vedere faptul că multe din problemele abordate au un caracter tehnic, angajându-se să răspundă la întrebări doar acei salariați care au considerat că stăpânesc într-o măsură acceptabilă problematica. Din această perspectivă, am putea considera drept cel mai important criteriu al selecției participanților competența acestora în problematica salarizării sistemului sanitar (chiar dacă ea este doar una asumată, nefiind certificată).

Eșantionul

Invitația de completare fiind transmisă la un număr de 10.000 de lucrători din sectorul sanitar din toate regiunile țării, activi în mediul on-line. Au răspuns la invitația de a participa la această cercetare un număr de 2040 de salariați, care au completat primul set de întrebări.

Selecția este una aleatorie, în funcție de dorința subiecților de a participa la această cercetare și de competența lor de a răspunde la întrebări. Au completat integral³ chestionarul un număr de 793 de salariați, din toate categoriile profesionale, aceștia constituind eșantionul final.

² Formula corectă fiind, așadar, salarizare suplimentară în funcție de performanță.

³ Numărul celor care au început completarea chestionarului este **2040** de salariați. Așa cum menționam în Introducere, nivelul tehnic ridicat al întrebărilor a condus la un număr final de 793 salariați care au completat integral chestionarul.

Eșantionul are următoarea structură pe categorii profesionale:

Apartinți următoarei categorii profesionale

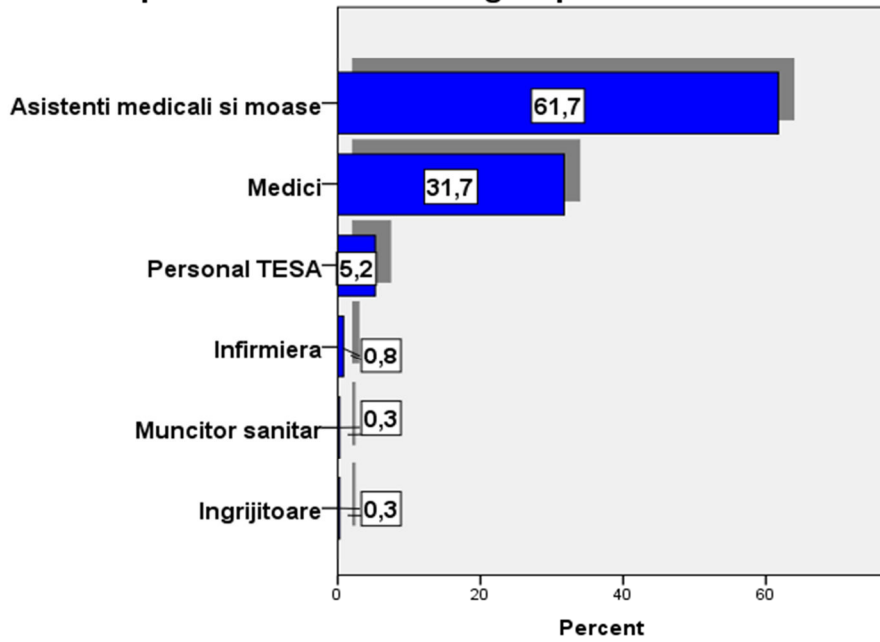


Figura 1

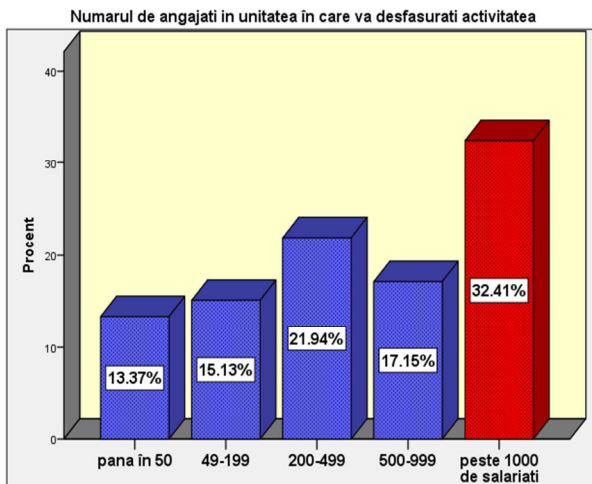


Figura 2

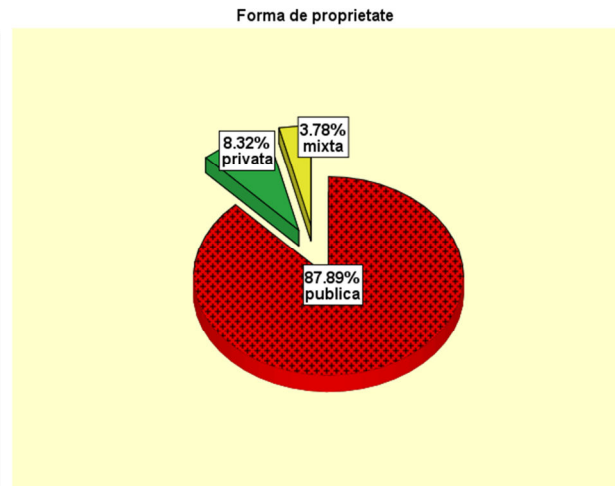


Figura 3

Distribuția răspunșilor pe județe:

JUDEȚUL	Procent	JUDEȚUL	Procent	JUDEȚUL	Procent
Covasna	,1	Hunedoara	1,1	Bacau	2,8
Harghita	,1	Ialomita	1,1	Sibiu	3,1
Giurgiu	,3	Calarasi	1,3	Botosani	3,8
Mehedinti	,4	Alba	1,4	Timis	4,8
Salaj	,4	Braila	1,4	Constanta	4,9
Teleorman	,4	Neamt	1,4	Prahova	4,9
Caras-Severin	,5	Arges	1,5	Galati	6,5

DRAFT

Olt	,5	Bihor	1,5	Cluj	6,6
Bistrita-Nasaud	,6	Dambovita	1,5	Iasi	8,5
Satu Mare	,6	Mures	1,5	Municipiul Bucuresti	19,3
Gorj	,8	Arad	1,6	Total	100,0
Ilfov	,8	Buzau	1,6		
Tulcea	,9	Valcea	1,9		
Vaslui	,9	Suceava	2,3		
Maramures	1,0	Brasov	2,4		
Vrancea	1,0	Dolj	2,5		

Tabel 1

Distribuția respondenților pe tipuri de spitale:

	Procent
Spital universitar	18,9
Institut sau clinica medicala	8,3
Spital clinic judetean de urgenta	16,4
Spital judetean de urgenta	13,2
Spital de urgenta	5,7
Spital clinic de specialitate	5,3
Spital de specialitate	3,9
Spital municipal	10,6
Sanatoriu	1,4
Spital comunal	1,4
Centru medical	10,8
Directie de Sanatate Publica	4
Total	100,0

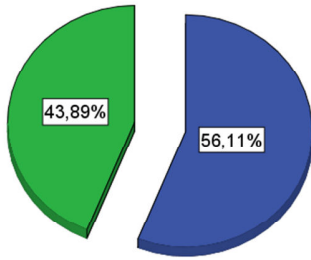
Tabel 2

Analiza datelor

Gradul de informare

Sunteți informat/informată asupra intențiilor de construcție a unei noi legi a salarizării?

■ Da
■ Nu

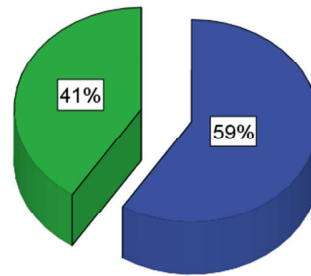


2037 respondenți

Figura 4

Considerați că este necesară scoaterea salariilor din Sănătate din categoria bugetarilor?

■ Da
■ Nu

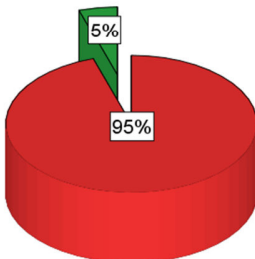


2029 respondenți

Figura 5

Considerați ca este necesara o lege speciala de salarizare a angajatilor din Sanătate, diferita de salarizarea altor categorii de bugetari?

■ Da
■ Nu

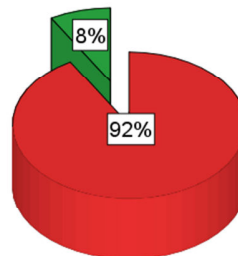


2029 respondenți

Figura 6

Considerați ca este necesara o nouă lege de salarizare a tuturor bugetarilor, care să inlocuiască legea nr. 284/2010?

■ Da
■ Nu



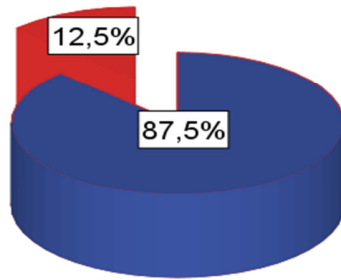
2019 respondenți

Figura 7

DRAFT

Credeti că este necesară introducerea unui sistem de salarizare care sa asigure și o diferentiere a salariilor din Sanatate in functie de performanta?

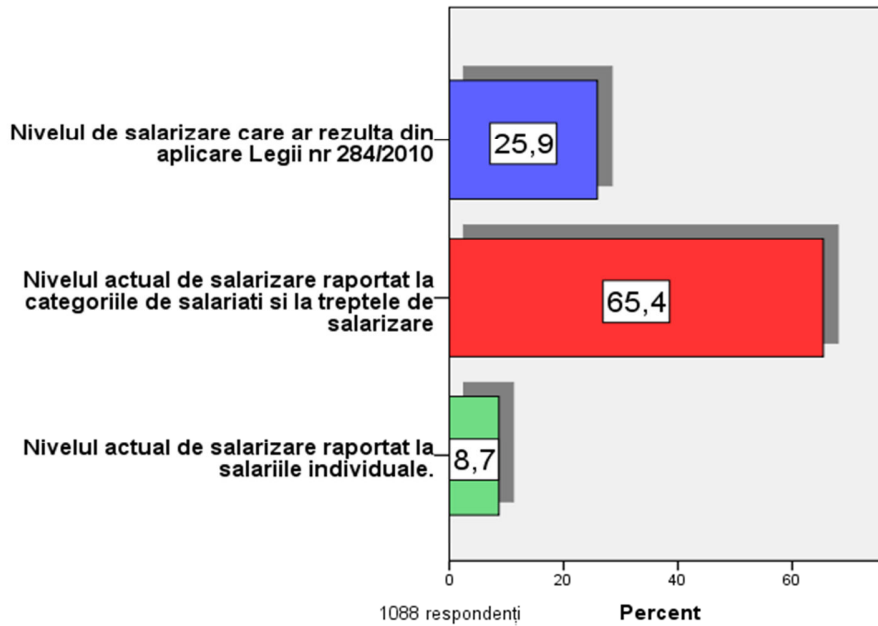
■ Da
■ Nu



2028 respondenți

Figura 8

In ceea ce priveste partea fixa/salariul minim din punctul dvs. de vedere aceasta ar trebui sa fie:



1088 respondenți

Figura 9

DRAFT

Din punctul dvs. de vedere considerati ca legea salarizarii din sanatate, bazata pe salarizarea în functie de performanta, ar trebui sa se aplice:

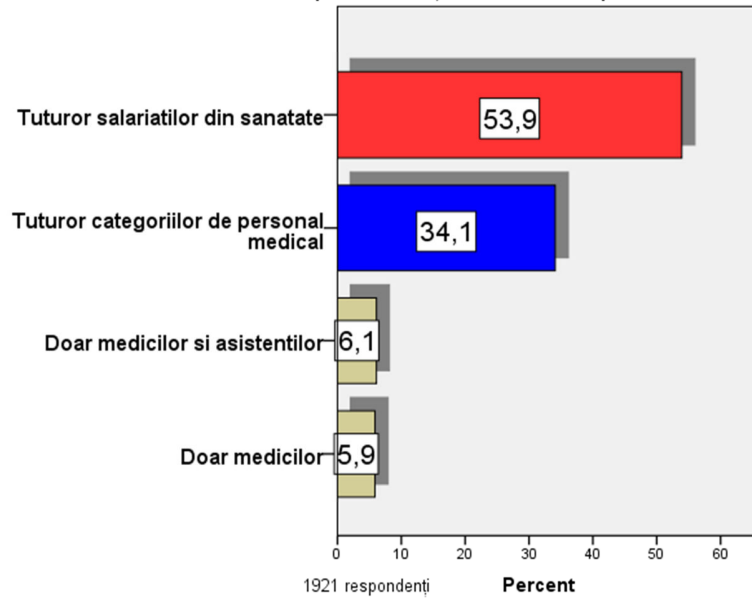


Figura 10

Considerati că criteriile de evaluare trebuie să se aplice:

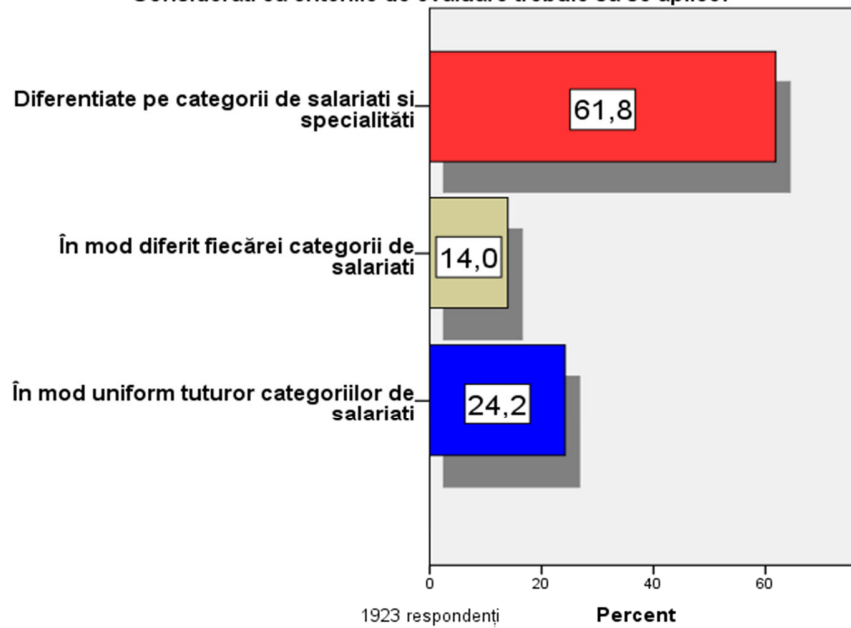


Figura 11

Ponderea criteriilor de evaluare⁴

Care este ponderea pe care considerați că NIVELUL DE PREGĂTIRE PROFESIONALĂ ar trebui s-o aibă în ansamblul evaluării?

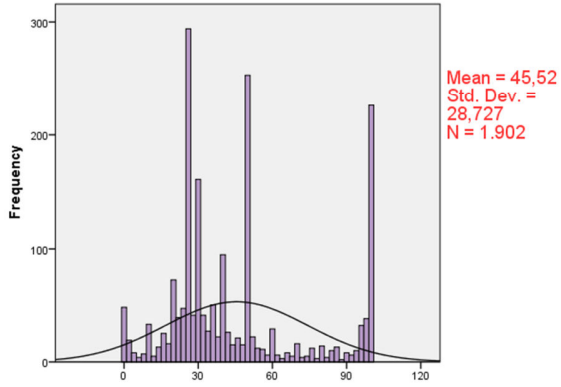


Figura 12

Care este ponderea pe care considerați că ar trebui s-o aibă CANTITATEA MUNCII în ansamblul evaluării?

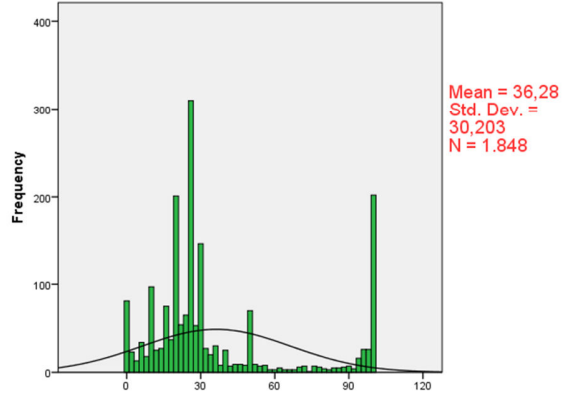


Figura 13

Care este ponderea pe care considerați că ar trebui s-o aibă CALITATEA MUNCII în ansamblul evaluării?

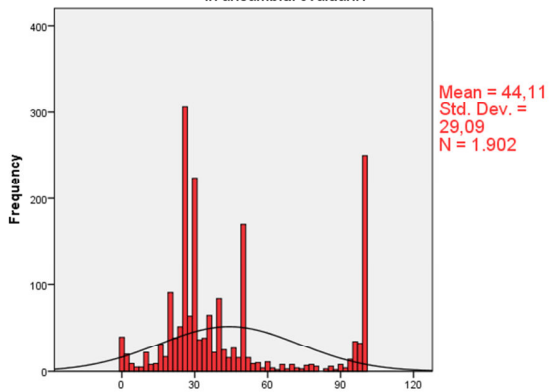


Figura 14

Care este ponderea pe care considerați că ar trebui s-o aibă FIDELIZAREA MUNCII în ansamblul evaluării?

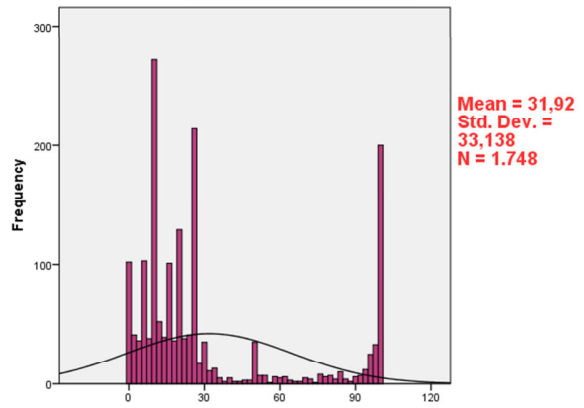


Figura 15

⁴ Totalul punctelor medianei este de 154.



Figura 16

Cine ar trebui să facă evaluarea

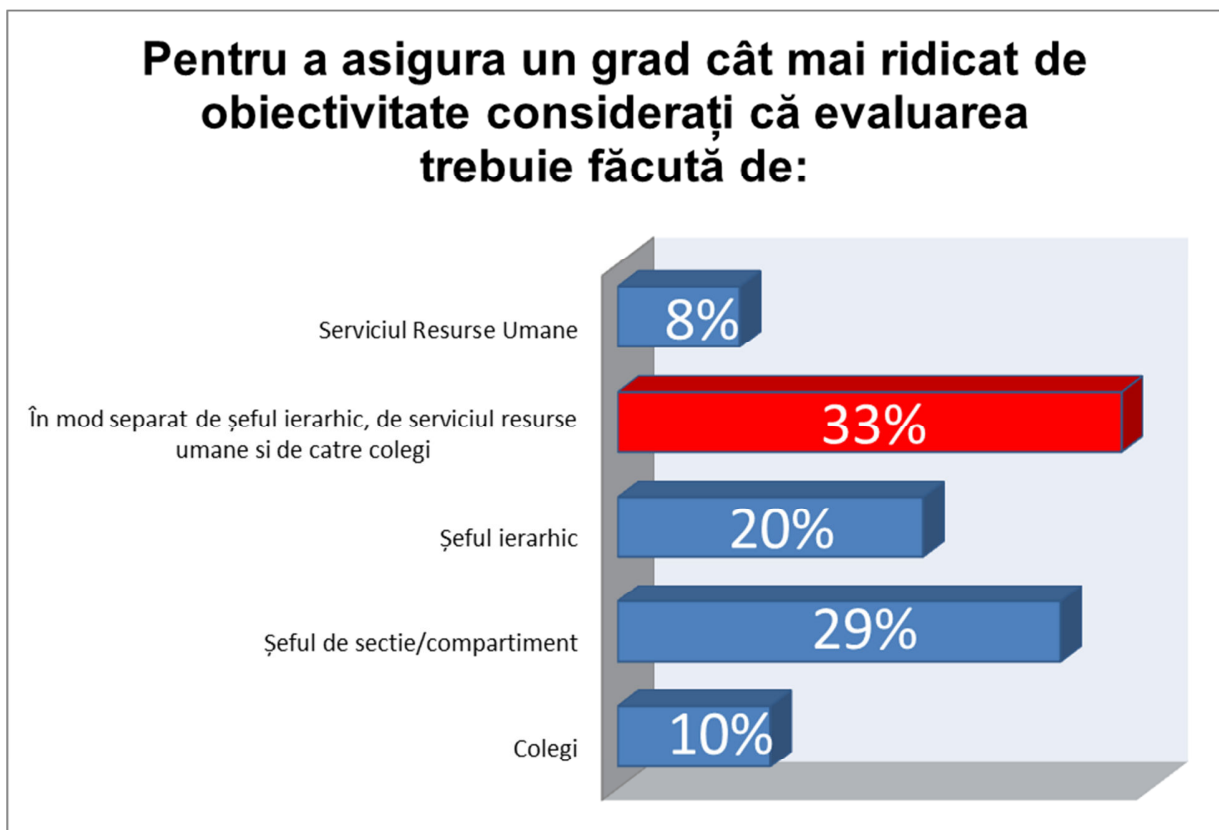


Figura 17

Efectele salarizării în funcție de performanță

Considerati ca salarizarea personalului în funcție de evaluare va avea urmatorul impact asupra calitatii serviciilor medicale:

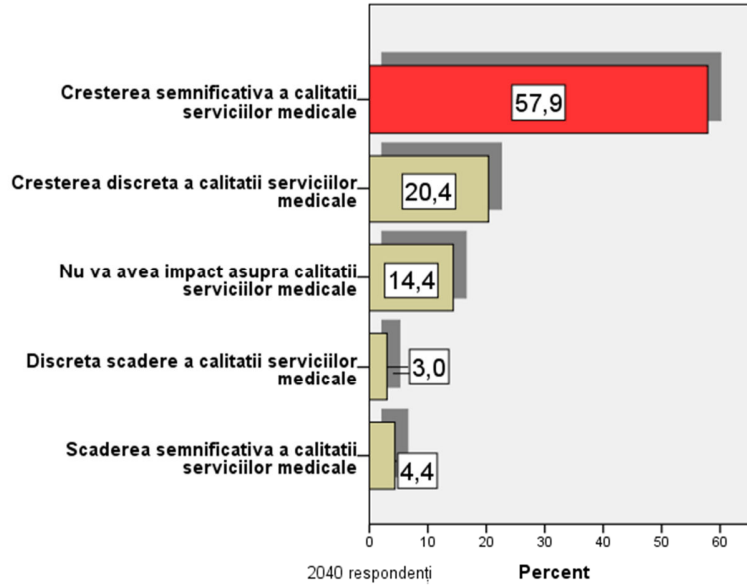


Figura 18

Introducerea unei salarizari ce tine cont si de evaluarea performantelor profesionale va avea un impact pozitiv semnificativ asupra calitatii serviciilor medicale în cazul în care ea se aplica:

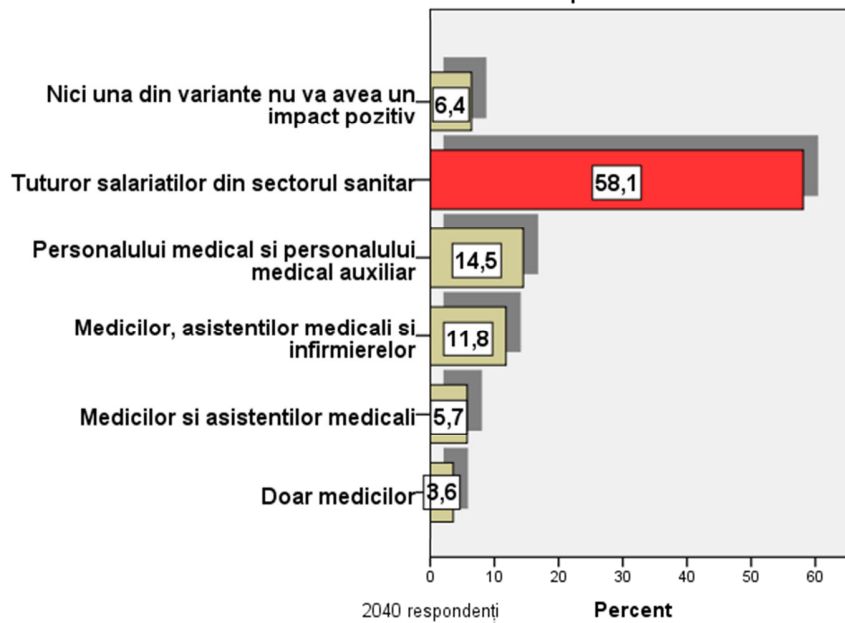


Figura 19

Ierarhia salarială

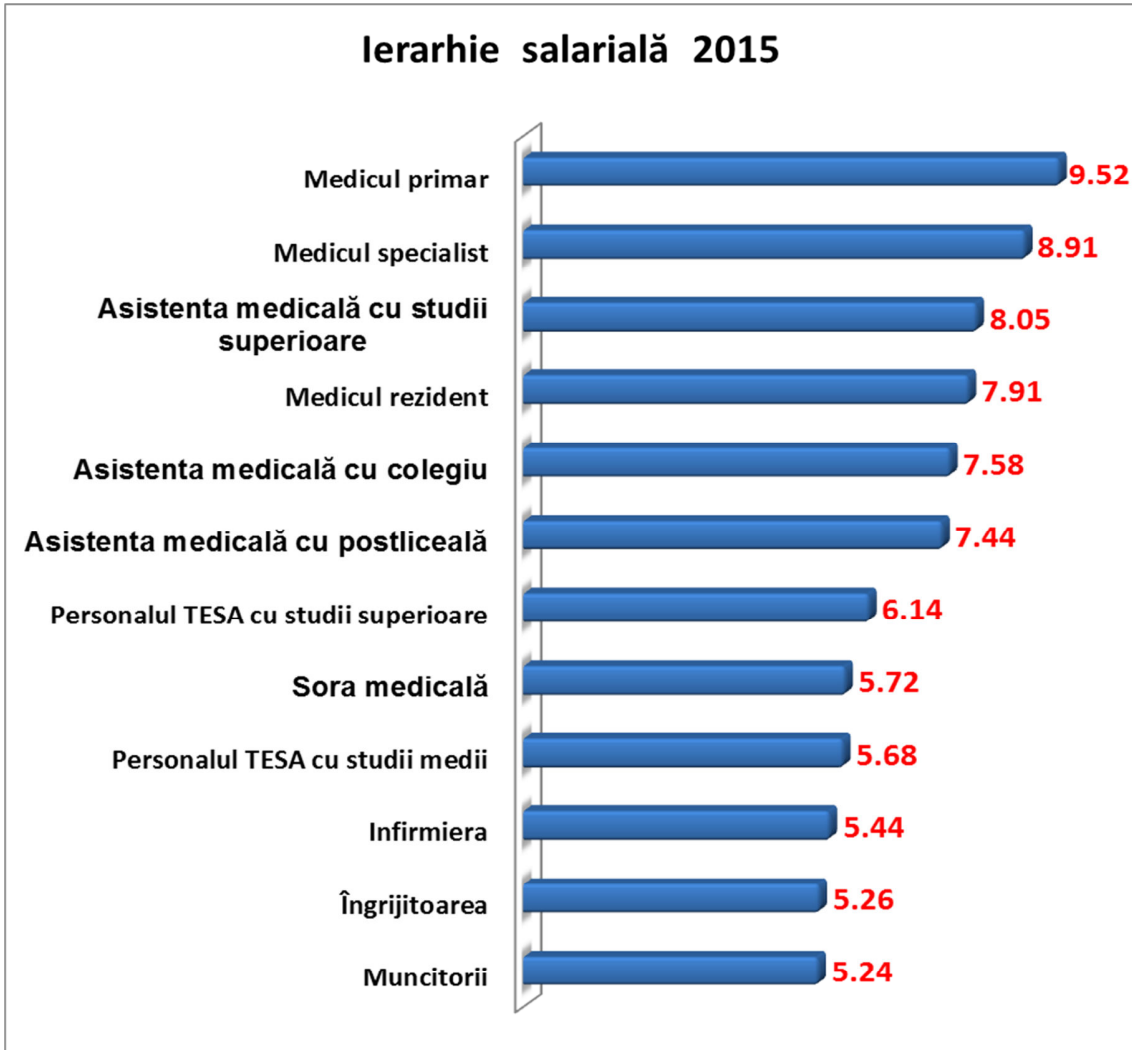


Figura 20

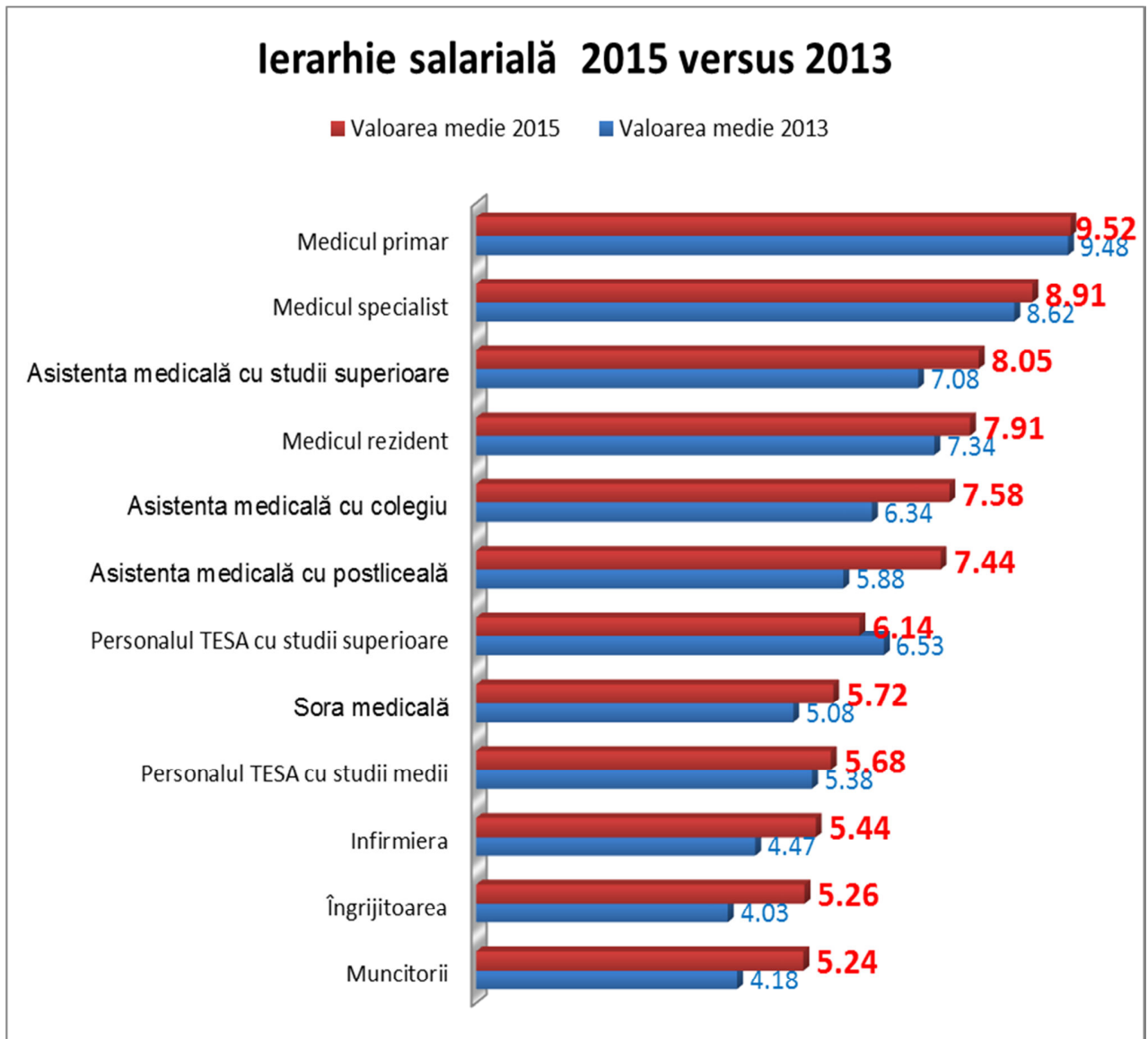


Figura 21

Raportat la nivelul actual, din punctul dvs. de vedere diferența dintre salariul maxim și salariul minim în Sănătate ar trebui să fie:

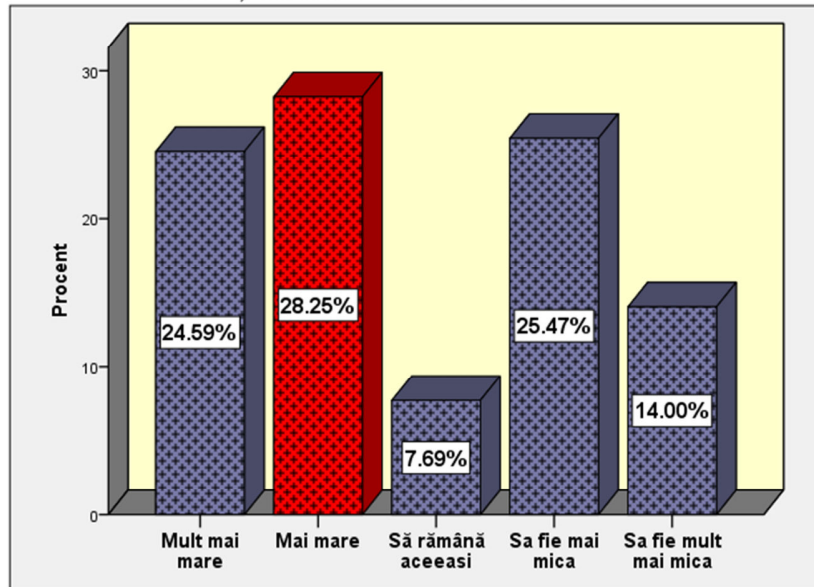


Figura 22

Vă rugăm să alegeți una din variantele pe care-o considerați aplicabilă pentru o nouă lege a salarizării:

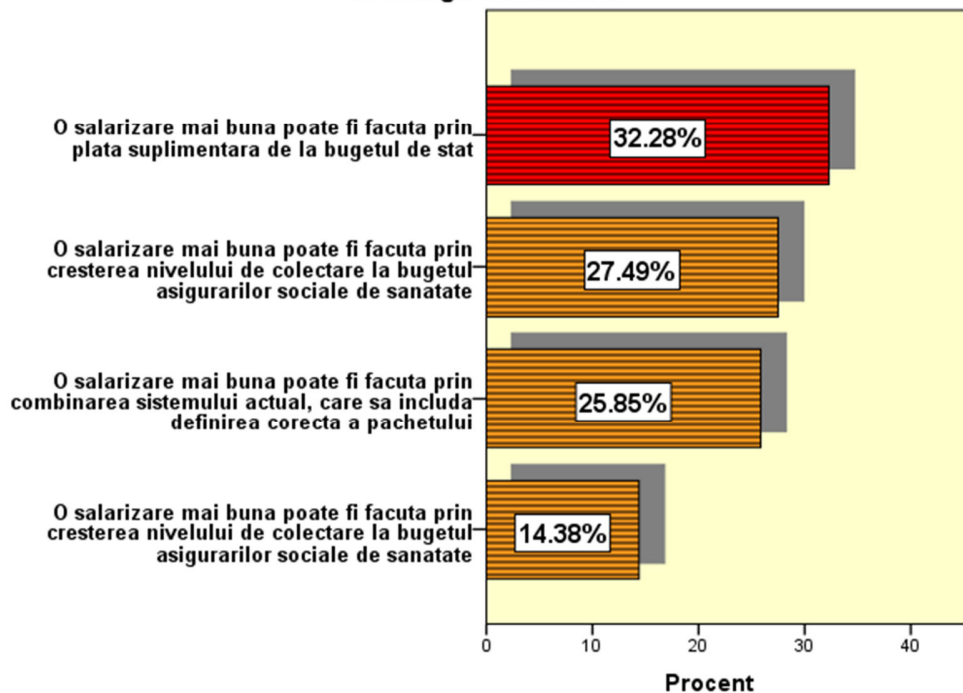


Figura 23

Practica privată în sectorul public (ca variantă de salarizare suplimentară)

Va rugam sa apreciați disponibilitatea de plata suplimentara a pacientilor pentru serviciile medicale nedecontate de casa si/sau pentru servicii medicale de o calitate mult mai buna:

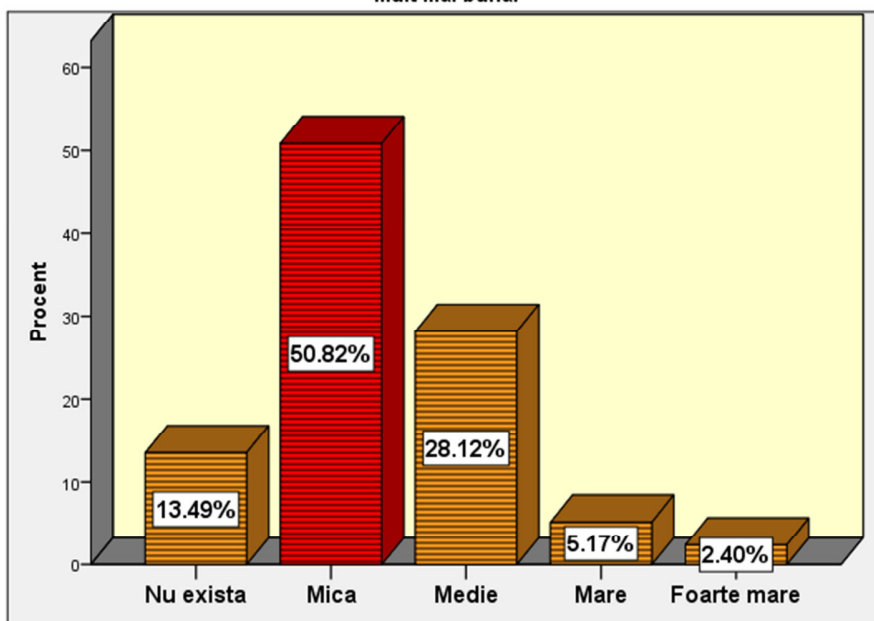


Figura 24

Distribuția veniturilor suplimentare

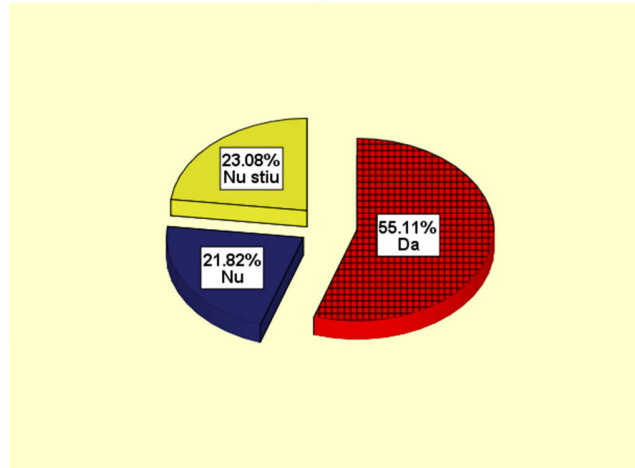
Categoria profesională	Procentul ce ar trebui alocat 2013 ⁵	Procentul ce ar trebui alocat 2015
Medici	46%	39.57%
Asistenți medicali	22%	26.55%
Alți membri ai echipei medicale	12%	17.5%
Alte categorii de salariați	8%	15.47%
Unitatea	13%	20.15%

Tabel 3

⁵ Calculat după ponderare.

Resursele actuale pentru creșterea salariilor

Considerați că sunt posibile creșteri salariale în unitatea în care lucrați la actualul nivel de finanțare al acesteia:



Indicatori de satisfacție

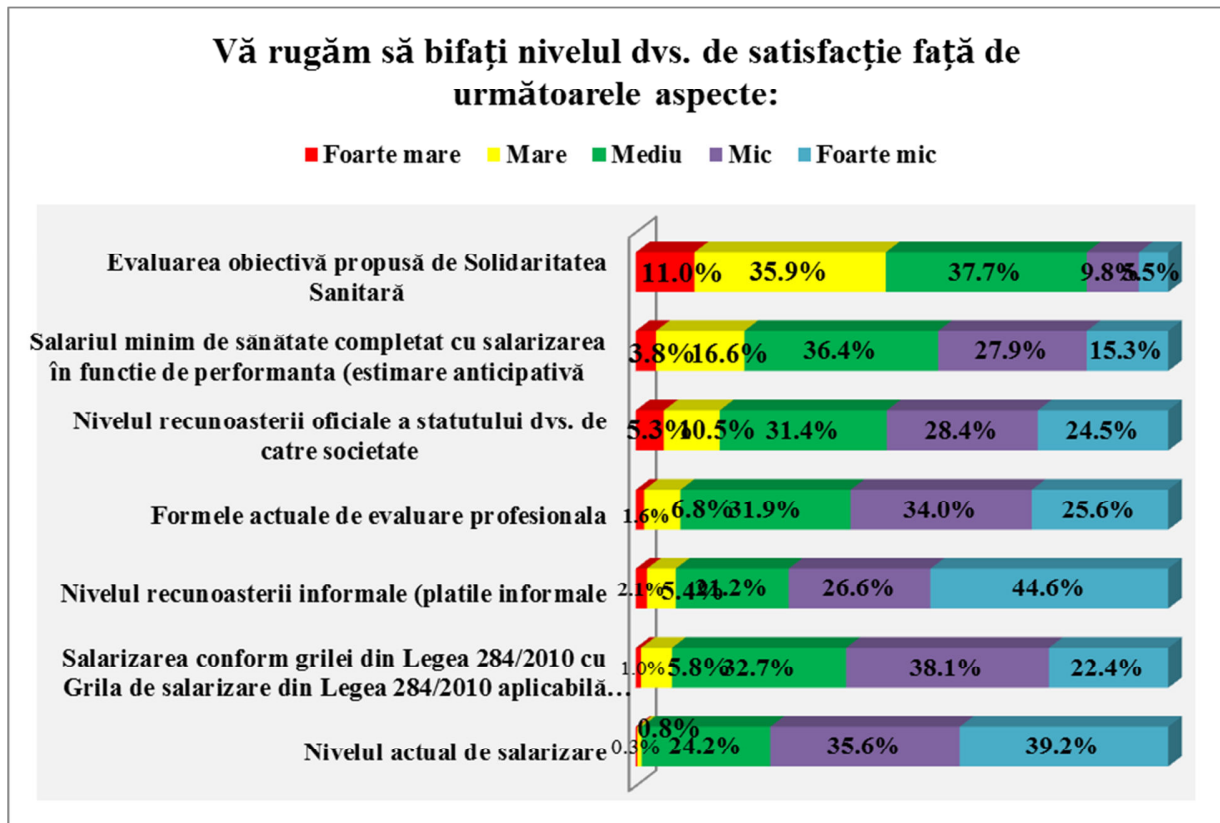


Figura 25

Plățile informale

Condiționarea actului medical

La locul dvs. de muncă pacienții le este condiționat diagnosticul și/sau tratamentul, de plățile informale:

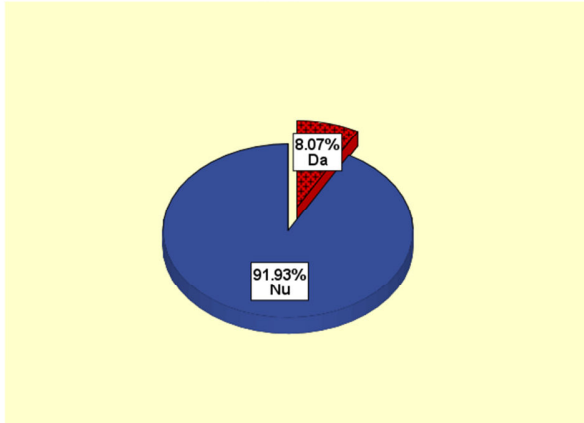


Figura 26

La locul dvs. de muncă pacienții plătesc voluntar plățile informale/onorariul către personal:

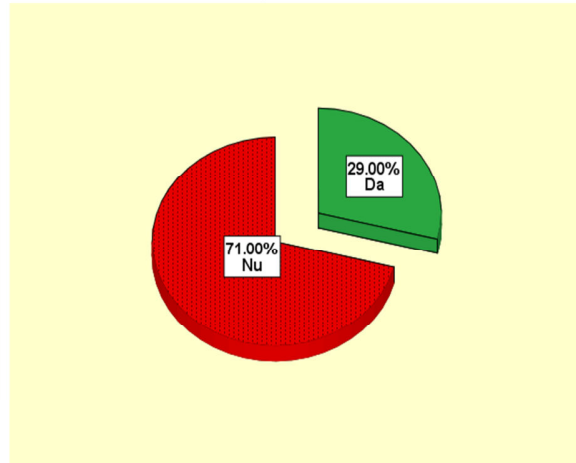
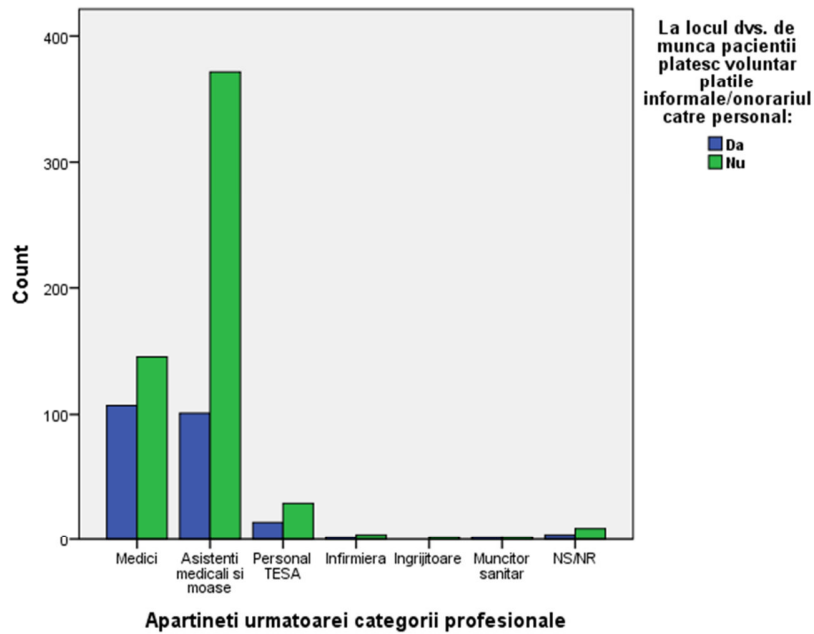


Figura 27



Distribuția plăților informale

În ceea ce privește distribuția echitabilă către personal a plăților informale/onorariul, acesta:

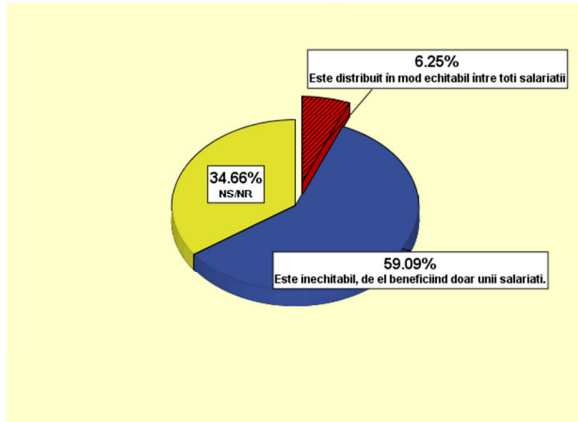


Figura 28

În ceea ce privește plățile informale/onorariul plătit de pacienți considerați că acesta:

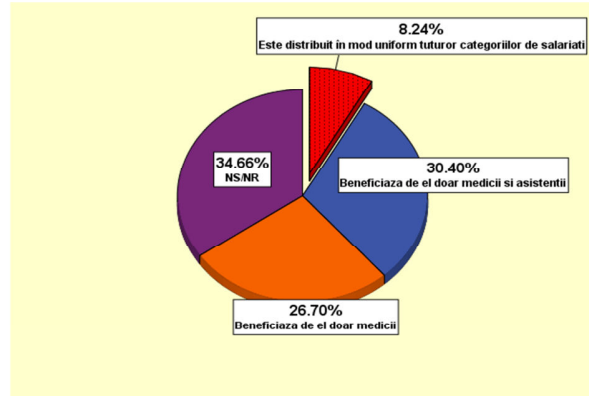


Figura 29

Considerați necesar ca plățile informale/onorariile plătite de pacienți trebuie:

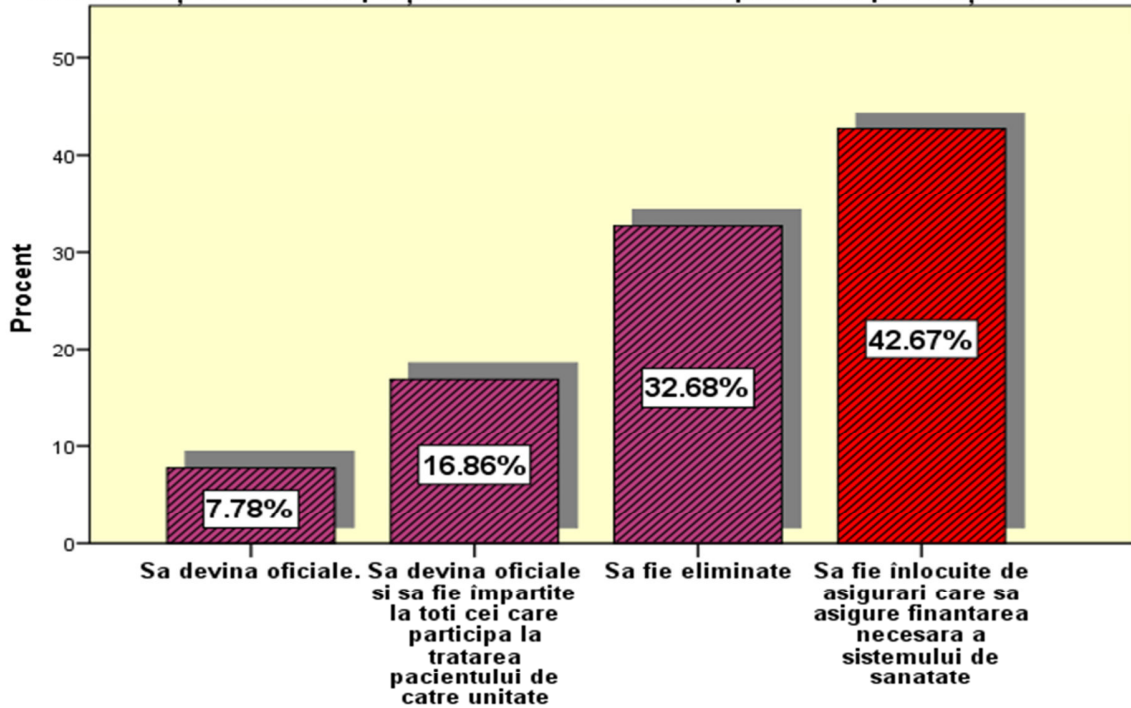


Figura 30

Cumpărarea medicamentelor și a materialelor sanitare de către pacienți

La locul dvs. de muncă pacienții trebuie să cumpere medicamente pentru a fi tratați:

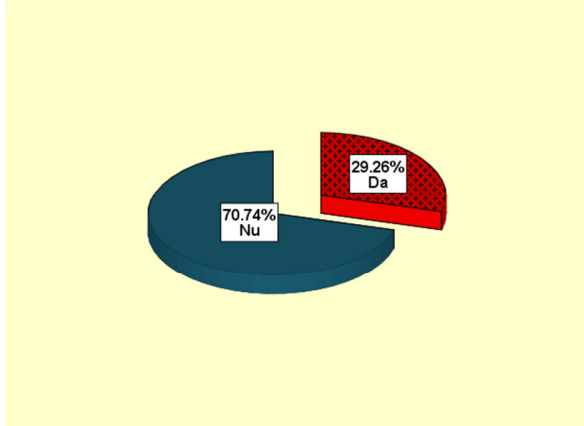


Figura 31

La locul dvs. de muncă pacienții trebuie să cumpere materiale sanitare pentru a fi tratați:

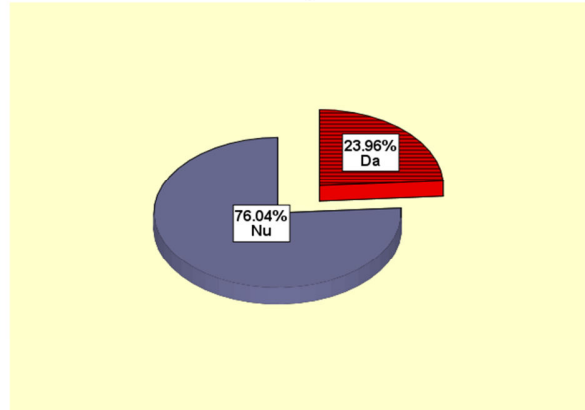


Figura 32

În situația în care Guvernul nu este de acord cu solicitările privind creșterile salariale sunteți dispus/dispusă să participați la măsuri de protest:

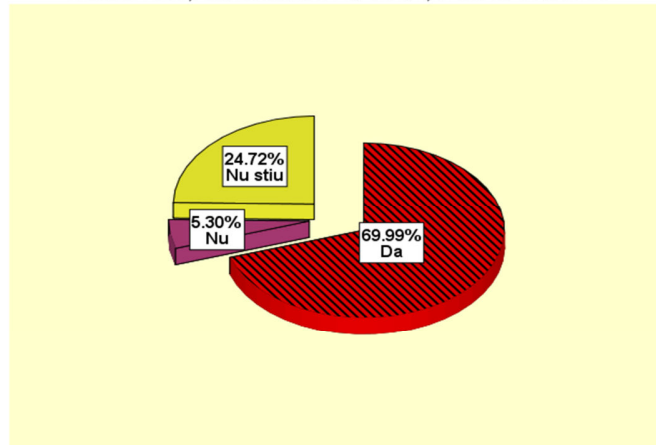


Figura 33

La ce tip de proteste sunteți dispus/dispusă să participați:

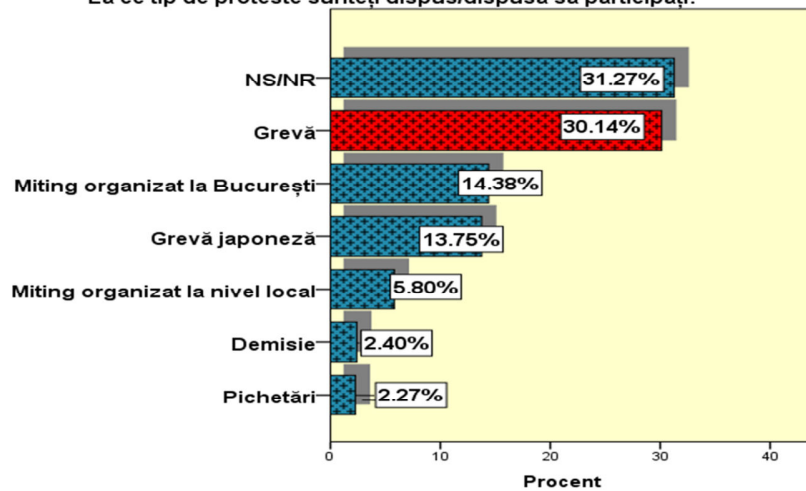


Figura 34

DRAFT

www.cercetare-sociala.ro

Redactor: Rotilă Viorel

Coperta: Lungu Laurențiu

Corectură și paginare: Ciobanu Georgiana

Bun de tipar: 2015. Apărut: 2015

Editura **Sodalitas**, str. Col.Nicolae Holban 10 bis, CP 800215, Galați

Tel: 0336/106.365, Fax: 0336/109.281



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013
FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA

Investește în oameni!

Calitatea vieții profesionale și tendința de migrație a personalului din sistemul sanitar

Coordonator: Lect. univ.dr. Viorel ROTILĂ

Cercetător: Conf. univ. dr. Ivan IVLAMPİE

Asistenți cercetare: Lect. univ. drd. Traian Palade, Lidia Celmare, Georgiana Ilcu, Laura Stoica, Cristina-Elena Pestrea, Florina Panainte, Mădălina Popescu, Adina Bălan, Andreea Vână

Studiu desfășurat în cadrul
Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială
„Solidaritatea”



Editura SODALITAS



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în oameni!



Colecția

CERCETĂRI SOCIALE



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013
Investește în oameni!

EDITURA SODALITAS

Str. Domnească nr. 66, Galați

Telefon: 0336/106.365

Fax: 0336/109.281

email: contact@cercetare-sociala.ro

www.cercetare-sociala.ro

Referenți științifici : **Lector univ. dr.** Răzvan Diniță

Lector univ. dr. Rarița Mihail

Lector univ. dr. Ion Cordoneanu

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

Calitatea vieții profesionale și tendința de migrație a personalului din sistemul sanitar: studiu desfășurat în cadrul Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea” / coord.: lect. univ. dr. Viorel

Rotilă. – Galați: Sodalitas, 2011

Rotilă. – Galați: Sodalitas, 2011

Bibliogr.

ISBN 978-606-92935-0-8

I.Rotilă, Viorel (coord.)

311:61 (498)

Copyright © 2011

Toate drepturile sunt rezervate Editurii Sodalitas

Printed in Romania



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în oameni!

Coordonator: Lect. univ. dr. Viorel ROTILĂ,

Cercetător: Conf. univ. dr. Ivan IVLAMPIE,

Asistenți cercetare: Lect. univ. drd. Traian Palade, Lidia Celmare,
Georgiana Icu, Laura Stoica, Cristina-Elena Pestrea, Florina Panainte, Mădălina
Popescu, Adina Bălan, Andreea Vână

C

alitatea vieții profesionale și tendința de migrație a personalului din sistemul sanitar

SODALITAS
2011



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în oameni!



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Cuprins

INTRODUCERE.....	9
ASPECTE METODOLOGICE.....	11
Instrumente de lucru	11
A. CERCETAREA CANTITATIVĂ	13
Partea I: Calitatea vieții profesionale.....	13
Obiectivul general al cercetării	13
Obiective specifice:.....	13
Ipotezele cercetării	14
Analiza datelor.....	15
1. Modalitatea de intrare în sistem.....	21
2. Restructurare. Alt loc de muncă.....	25
3. Condițiile de lucru.....	37
4. Satisfacția față de locul de muncă.....	44
CONCLUZII	58
Partea a II-a: Tendința de migrație	61
Introducere	62
Obiectivul general al cercetării.....	63
Obiective specifice:.....	63
Ipoteze:	63
Analiza datelor.....	64
1. Intenția de migrație	64
2. Situația colegilor plecați în străinătate	67
3. Motivația fenomenului de migrație	72
CONCLUZII	74
B. CERCETAREA CALITATIVĂ	75
Partea I.....	75



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Calitatea vieții profesionale.....	75
Introducere	75
Intrarea în sistemul sanitar	76
Satisfacția față de actualul loc de muncă	80
Motive de satisfacție	80
Motive de insatisfacție	84
Deficitul de personal	90
Condițiile de muncă.....	93
a) Lipsa materialelor și a medicamentelor.....	93
Dotarea spitalelor.....	98
b) Securitatea muncii.....	99
Programul de lucru.....	103
Aprecierea la locul de muncă	106
Relațiile de muncă	113
Conflictele	116
a) Conflictul medici-asistenți, asistenți-medici.....	116
b) Conflictele pacienți/apartinători – asistenți sau asistenți – pacienți/apartinători	122
c) Conflicte între generații.....	126
d) Conflictele între salariații diferitelor secții.....	130
e) Conflictele între medici	131
f) Conflictul cu șefii ierarhici	131
g) Conflictului asistente – infirmiere, infirmiere - asistente.....	132
Posibile soluții pentru detensionarea situațiilor conflictuale	132
Gradul de cunoaștere și utilitatea contractului colectiv de muncă.....	132
Al doilea loc de muncă	134
Plățile informale	134
a) Plățile acordate de pacienți.....	134



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

b) Angajările informale	135
Ați căutat să îmbunătățiți condițiile la locul de muncă? Ce ar trebui schimbat?	136
Inițiativa salariaților	137
Salariații ajung să cumpere unele materiale	138
Supraîncărcarea unităților sanitare	139
Soluții sugerate	140
Ce schimbări organizatorice ar fi necesare	141
Programarea concediului de odihnă.....	141
Situații de discriminare	142
Pregătirea profesională	142
Schimbările aduse de Facultățile de Asistenți	146
Ucenicia noilor angajați	150
Formarea continuă	152
Perspectiva pierderii locului de muncă	154
Influența schimbărilor politice asupra locului de muncă	157
Relația cu mass-media	159
MIGRAȚIA PERSONALULUI	163
Cauzele migrației	164
Factorii de tip <i>pull</i>	165
Tendința de a migra	167
Efectele migrației.....	168
Ce se întâmplă cu cei plecați?	170
Modificarea mentalității celor plecați	170
Întoarcerea celor plecați	172
Intenția de a căuta un alt loc de muncă	173
Ce împiedică salariații să caute un alt loc de muncă în țară sau în străinătate?.....	174



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Ce ar trebui să facă angajatorii și sistemul sanitar pentru ca salariații să rămână în țară?
..... 176

Pregătirea profesională continuă 177

Concluzii și recomandări 181

ANEXA NR. 1 192

ANEXA 2..... 199

Ghid moderator - focus grup 199

Bibliografie 201



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

INTRODUCERE

Tema cercetării a fost sesizată ca problemă în urma unui număr mare de observații dublate de o serie de cercetări exploratorii desfășurate începând cu anul 2006 de coordonatorul cercetării.

Studiul, desfășurat în perioada august 2009 – mai 2011, a avut ca subiecți salariații din unitățile sanitare publice din Regiunea Sud-Est, respectiv județele Constanța, Tulcea, Galați, Brăila, Buzău și Vrancea. Precizăm faptul că problemele specifice medicilor sunt prezente într-o măsură destul de mică deoarece ponderea lor în grupul țintă a proiectului în cadrul căruia s-a desfășurat prezenta cercetare este redusă.

Principala problemă o reprezintă identificarea factorilor care determină calitatea vieții profesionale a salariaților din sistemul sanitar, stabilirea unei ierarhii a intervenției acestora și determinarea gradului de satisfacție a personalului față de fiecare dintre ei și, în consecință, față de calitatea vieții profesionale. Suplimentar, dorim să vedem dacă gradul de satisfacție a personalului sanitar determină modificări semnificative în calitatea serviciilor medicale acordate pacienților și, eventual, dacă există o legătură inversă, în sensul în care calitatea serviciilor medicale influențează gradul de satisfacție profesională a personalului.

În cadrul cercetării operăm astfel cu două concepte esențiale: *gradul de satisfacție* a personalului din sistemul sanitar, care exprimă percepția subiectivă asupra propriei profesii, și *calitatea vieții profesionale*, care ia în considerare atât gradul de satisfacție cât și condițiile concrete în care își desfășoară activitatea profesională personalul din sistem. Chiar dacă o mare parte din factorii care influențează *gradul de satisfacție* sunt întâlniți și în analiza *calității vieții profesionale*, ultima tinde să redea o perspectivă obiectivă asupra vieții profesionale. În același timp, *gradul de satisfacție* joacă și rolul de factor care influențează *calitatea vieții profesionale*.

În determinarea *calității vieții profesionale* nu am operat o comparație directă cu condițiile altor profesii din sistemul bugetar sau din economia națională, însă aceasta nu este absentă, evaluările subiective ale propriilor condiții de desfășurarea a activității având în vedere atât situația altor categorii socio-profesionale cât și condițiile anterioare existente în sistem, care au putut fi evaluate de subiecții cu vechime în sistem.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013
Investește în oameni!

Studiul de față își propune de asemenea, să identifice situațiile de deficit de personal și modul în care acestea acționează în buna desfășurare a activității personalului sanitar. Pe de altă parte, un loc important îl ocupă și gradul individual de intervenție al salariaților din sistemul sanitar în vederea garantării bunelor condiții de desfășurare a activităților, având în vedere în acest caz, atât implicarea în revendicări salariale, privind condițiile de muncă sau organizarea locului de muncă, cât și modul prin care este asigurat echipamentul individual de lucru.

Un alt aspect al cercetării pe care am demarat-o vizează identificarea relațiilor la nivelul colectivului de muncă și a potențialelor surse de conflict care perturbă atmosfera generală de lucru și implicit calitatea serviciilor oferite precum și a vieții profesionale.

Am dorit, pe lângă cele deja menționate, să identificăm eventuala prezență în sistemul sanitar românesc a personalului cu o pregătire slabă în domeniu și să identificăm dacă personalul medical actual se subordonează unui proces de educație continuă, prin participarea la alte forme de pregătire în plan profesional, menită să ridice nivelul calității serviciilor prestate. Confirmarea participării la astfel de programe de formare suplimentară ar putea fi interpretată totodată, ca dorință a salariaților din sistemul sanitar de a găsi un nou job, situație care ne-ar atrage atenția din perspectiva siguranței pe care aceștia o au față de locul de muncă actual sau față de perspectivele de viitor ale unității sanitare de proveniență, elemente cu o puternică influență în ceea ce privește evidențierea gradului de satisfacție și deci al calității vieții profesionale.

O pondere importantă în procesul de determinare a calității vieții profesionale pe care l-am desfășurat a avut în vedere relevarea impactului pe care criza economică îl are în ceea ce privește buna organizare a ofertei de îngrijiri, și a presiunii pe care aceasta o exercită asupra angajaților din sistemul sanitar, care, pentru a-și putea garanta calitatea serviciilor prestate și pentru a nu altera relațiile cu pacienții, sunt nevoiți să finanțeze din mijloacele proprii o mare parte din resursele necesare desfășurării activităților de lucru.

În cadrul studiului am expus în măsură mai mare situațiile negative deoarece ele au atras atenția salariaților, implicându-se mai mult emoțional și insistând asupra lor. De altfel, după cum vom vedea, atunci când este vorba de calitatea vieții profesionale a personalului din sistemul sanitar, abordată din punctul de vedere al salariaților, negativul domină.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013
Investește în oameni!

Termenii de comparație avuți în vedere de salariați în analiza locului de muncă și propriei vieți profesionale sunt dați atât de trecut, în cazul salariaților mai în vârstă, care au trăit și alte forme de organizare și de desfășurare a activității în sistemul sanitar cât și de raportarea la sistemele occidentale.

În mod indiscutabil studiul de față nu abordează toate problemele specifice salariaților din sistemul sanitar; el constituie însă un foarte bun punct de pornire pentru cercetări viitoare care ar trebui să stea la baza deciziilor majore privind personalul din sistem.

ASPECTE METODOLOGICE

Instrumente de lucru

Chestionarul

Subiecții cercetării au completat un chestionar (Anexa nr. 1) cu autoaplicare, conținând un număr de 58 întrebări ce acopereau atât partea de Calitatea vieții profesionale, cât și cea privitoare la Tendința de migrație. Au fost utilizate următoarele tipuri de întrebări: întrebări factuale (concretizate prin *întrebări de identificare* plasate la sfârșitul chestionarului: domiciliul, vârsta, unitatea în care lucrează), *întrebări închise* cu răspunsuri precodificate cu privire la tema centrală, *întrebări de tip scală*, ierarhizând răspunsurile proprii, *întrebări semi-deschise* care au în alcătuirea lor răspunsuri codificate dar se lasă și posibilitatea de a adăuga răspunsuri libere.

Cercetarea focus grup

A fost realizat având la bază un ghid de focus grup, semi-structurat, ce cuprinde un număr de 19 teme de discuție (Anexa nr. 2). În cadrul acestei cercetări au fost realizate un număr de 58 de ședințe de tip focus grup la care au participat între 6 și 10 persoane (angajați din sistemul sanitar din Regiunea Sud—Est). Trebuie subliniat faptul că, per ansamblu, durata totală a discuțiilor organizate în cadrul metodei focus grup este estimată la 85 de ore desfășurate pe parcursul celor doi ani de cercetare.

Organizarea cercetării

Populația supusă cercetării este alcătuită din totalitatea angajaților din sistemul sanitar din zona de Sud-Est a României, din județele Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Tulcea și Vrancea, totalizând un număr de 16554 salariați, grupați după cum urmează:



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

JUDEȚ	ANGAJAȚI	PONDERE
Brăila	2435	14,71%
Buzău	2251	13,6%
Constanța	4703	28,41%
Galați	3565	21,54%
Tulcea	1457	8,8%
Vrancea	2143	12,94%

În acest caz un eșantion reprezentativ statistic, cu un nivel de încredere de 95% și eroare maximă admisă de 5% este alcătuit din 380 de membri care respectă repartiția pe județe.

Eșantionul a fost organizat pe următoarele straturi: asistenți medicali, personal sanitar auxiliar și personal sanitar administrativ - suport. Având în vedere problematica specifică profesiei din eșantionul cantitativ nu fac parte medicii, motiv pentru care cercetarea nu este reprezentativă la nivelul medicilor. Grupa asistenților medicali a fost alcătuită din: asistenți medicali, asistenți farmacie, asistenți medico-sociali, soră medicală, tehnician sanitar, tehnician dentar, ofician medical moașă și laborant. Personalul sanitar auxiliar a fost alcătuit din următorul personal: infirmieră, agent DDD, brancardier, gipsar, nămoliar, spălătoreasa, îngrijitoare, ambulanțier, șofer autosanitară, registrator și statistician. Ultima categorie, personalul administrativ – suport a fost alcătuită din: economiști, juriști, ingineri, asistenți sociali, referenți, muncitori, personal de servire și personal din aparatul funcțional.

Chestionarele avute în vedere pentru cercetare au înregistrat următoarea repartiție: 56 de chestionare în Brăila, 52 de chestionare în Buzău, 108 de chestionare în Constanța, 82 de chestionare în Galați, 33 de chestionare în Tulcea, 49 de chestionare în Vrancea.

Analiza datelor

Pentru analiza datelor obținute cu ajutorul chestionarului am utilizat programul SPSS versiunea 17. Pentru o mai mare acuratețe, în analiza datelor am procedat la separarea abordării cantitative de cea calitativă pentru fiecare din cele două teme: *Calitatea vieții profesionale și Tendința de migrație*.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în oameni!

A. CERCETAREA CANTITATIVĂ

Partea I: Calitatea vieții profesionale

Obiectivul general al cercetării

Stabilirea factorilor care influențează calitatea vieții profesionale a salariaților din sistemul sanitar, a modalității de acțiune și influență a acestora, și identificarea gradului de satisfacție a personalului față de calitatea vieții profesionale

Obiective specifice:

1. Stabilirea unei ierarhii între factorii care influențează gradul de satisfacție al personalului și calitatea vieții profesionale;
2. Identificarea relației dintre calitatea vieții profesionale a salariaților din sistem și calitatea serviciilor medicale;
3. Stabilirea modului în care criza economică influențează calitatea vieții profesionale;
4. Identificarea modului prin care criza economică se manifestă în interiorul unităților sanitare și evidențierea consecințelor acesteia în planul calității vieții profesionale;
5. Evidențierea modului în care raportul inegal între muncă prestată și recunoașterea obținută duce la scăderea gradului de satisfacție al personalului medical;
6. Identificarea surselor de conflict la locul de muncă;
7. Stabilirea unei relații între condițiile de lucru și calitatea vieții profesionale;
8. Stabilirea modului în care deficitul provocat de migrația personalului medical afectează calitatea vieții profesionale.
9. Stabilirea gradului de implicare al personalului medical în acțiuni menite să îmbunătățească calitatea vieții profesionale;
10. Identificarea modului în care condițiile de lucru afectează viața personală a salariaților din sistemul sanitar.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Ipotezele cercetării

1. Factorii care influențează gradul de satisfacție al personalului și calitatea vieții profesionale sunt, în ordine ierarhică: nivelul câștigurilor salariale, condițiile de muncă, statusul profesional.
2. Considerăm ca există o legătură pozitivă între calitatea vieții profesionale a salariaților din sistem și calitatea serviciilor medicale.
3. Dacă efectele crizei economice se fac resimțite și în sistemul sanitar atunci criza economică influențează în mod negativ calitatea vieții profesionale.
4. Prezumăm că finanțarea insuficientă în contextul crizei dar și ca deficiență cronică a sistemului sanitar, dublată de gestiunea defectuoasă a fondurilor conduce la scăderea calității vieții profesionale prin intermediul următorilor factori:
 - a) Deficitul de medicamente și materiale sanitare
 - b) Dotarea deficitară cu aparatură și tehnică
 - c) Lipsa materialelor de protecție
 - d) Deficitul de personal
5. Prezumăm că deficitul de medicamente și materiale sanitare alterează calitatea serviciilor medicale, relațiile personalului cu pacienții și orgoliul profesional conducând la diminuarea calității vieții profesionale.
6. Dotarea insuficientă cu aparatură și tehnică alterează calitatea serviciilor medicale și orgoliul profesional conducând la diminuarea gradului de satisfacție profesională
7. Prezumăm că asigurarea deficitară a materialelor de protecție și de lucru pentru personal crește riscurile la care acesta se expune și/sau diminuează calitatea serviciilor medicale și reduce gradul de satisfacție a personalului față de propriul loc de muncă
8. Deficitul de personal, având cauze multiple, conduce la creșterea sarcinilor de serviciu, scăderea calității serviciilor medicale și scăderea gradului de satisfacție față de propriul loc de muncă.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismului Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Analiza datelor

După cum se poate vedea în figura alăturată (Fig.1), distribuția respondenților pe județele Regiunii de Sud-Est respectă distribuția salariaților, pentru care eșantionul este reprezentativ la nivel de aceste județe.

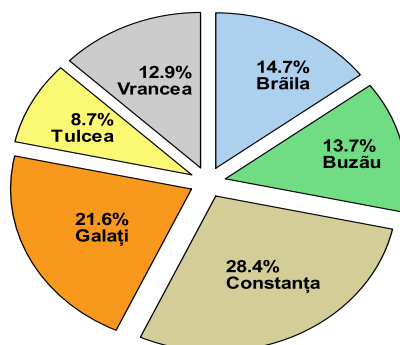


Fig.1

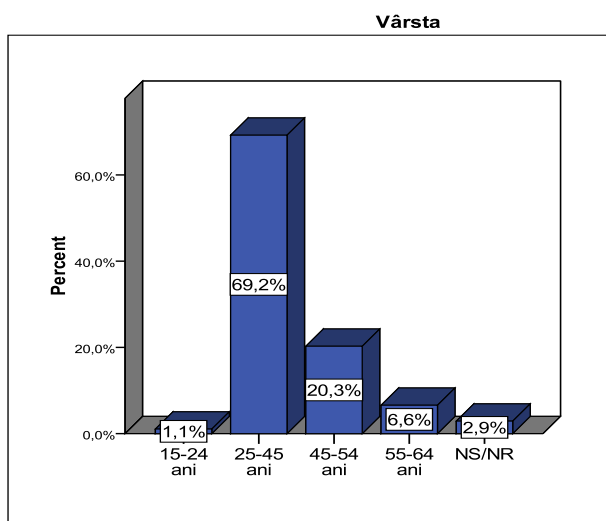


Fig.2

Datele indică, în bună măsură, stratificarea pe vârste a personalului sanitar din Regiunea de Sud-Est, arătând totodată faptul că se poate vorbi de o limitare a numărului celor foarte tineri care pot intra în sistem. Analiza încrucișată cu



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

studiile indică faptul că 45% dintre respondenți sunt persoane cu vârste cuprinse între 25 și 45 de ani (Fig.2), care au absolvit *studiile postliceale*.

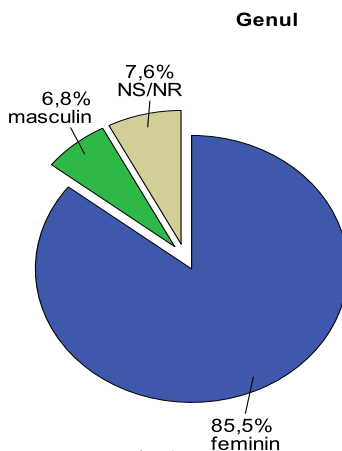


Fig.3

Numărul mare al respondenților care nu au răspuns la această întrebare, respectiv menționarea *genului* (Fig.3), este determinat de teama lor de a nu fi identificați (situație care a reieșit în cursul cercetărilor calitative), indicând astfel un grad de presiune asupra libertății de exprimare pe care îl suportă salariații.

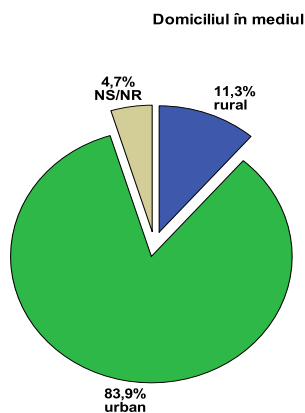


Fig.4

Distribuția respondenților conform mediului de proveniență (Fig.4) arată faptul că majoritatea persoanelor chestionate au domiciliul în mediul *urban*, respectiv 83,9%.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013
Investește în oameni!

Ultima formă de învățământ absolvită în domeniul dumneavoastră de activitate a fost:

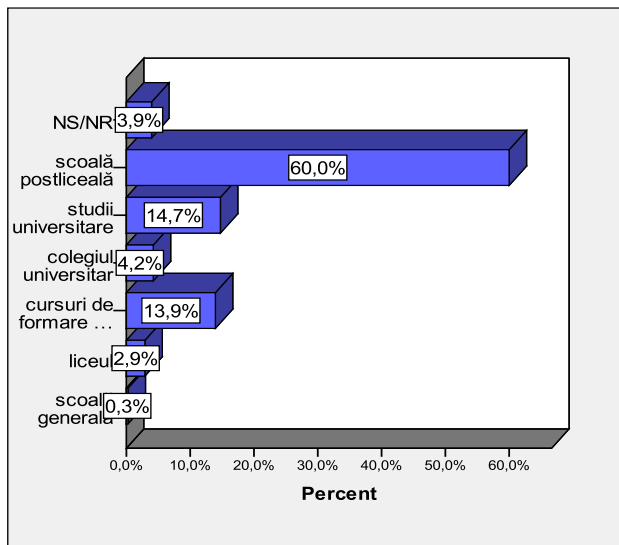


Fig.5

Nivelul studiilor arată că majoritatea respondenților o reprezintă asistenții medicali, absolvenți ai școlilor *postliceale*, respectiv 60% (Fig.5).

Vechimea în specialitate

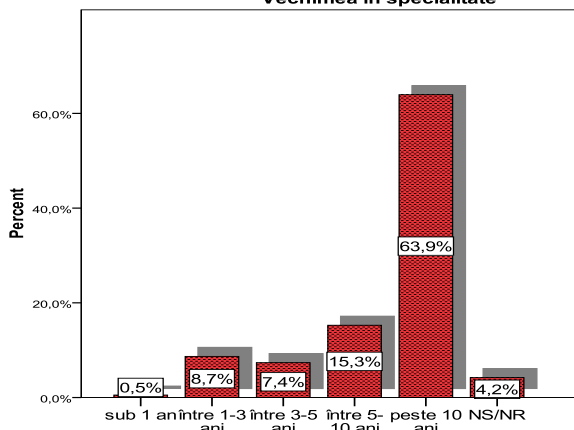


Fig.6

Analiza încrucișată a vechimii în specialitate cu școala absolvită indică faptul că 40% (Fig.6) dintre respondenți sunt persoane angajate în perioada 1994-2000, absolvente ale școlii *postliceale*.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismului Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

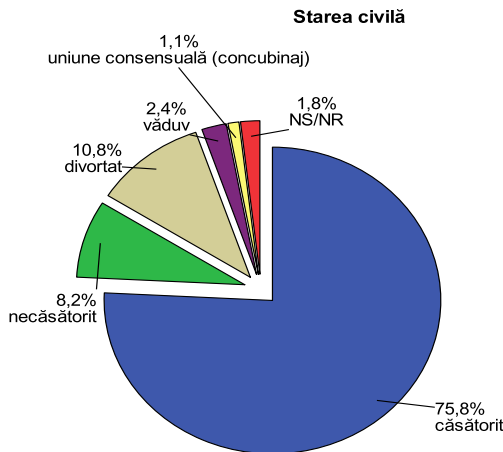


Fig.7

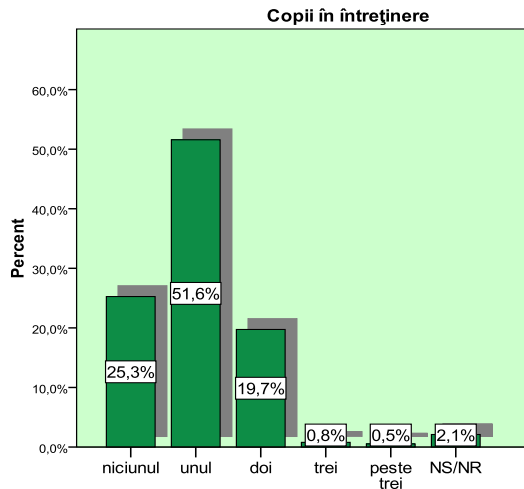


Fig.8

Analiza încrucișată arată că 5,8% dintre respondenții *divorțați* (Fig.7) au *un copil* în întreținere (Fig.8).



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

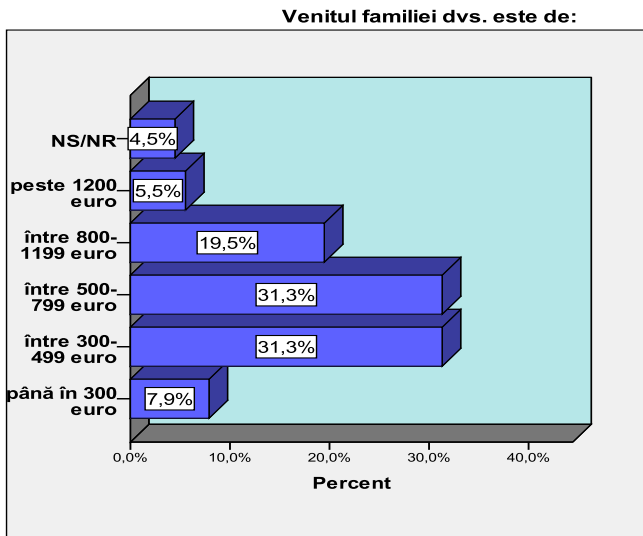


Fig. 9

Totodată, majoritatea respondenților (62,6%, Fig. 9) au veniturile familiei cuprinse între cca. 1200 și 3200 RON.

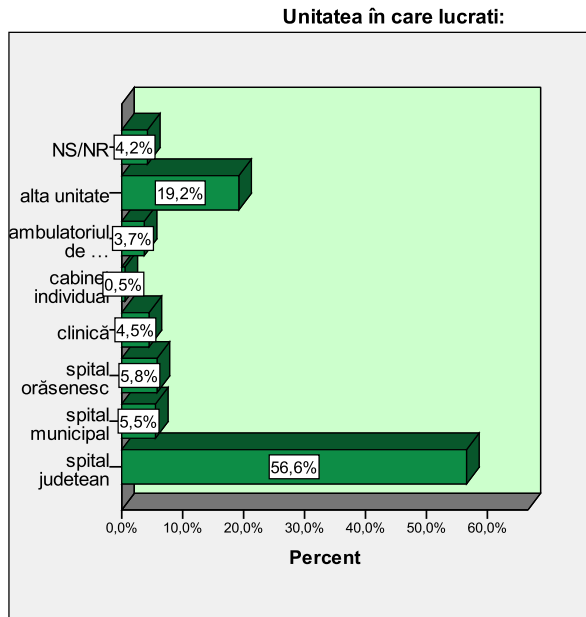


Fig.10



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismului Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Majoritatea respondenților este formată din persoane care lucrează în *spitalele județene* (aici fiind incluse și spitalele clinice de urgență, Fig.10). Se poate observa, totodată, structura compozită a grupului țintă, acesta acoperind toate tipurile de unități sanitare.

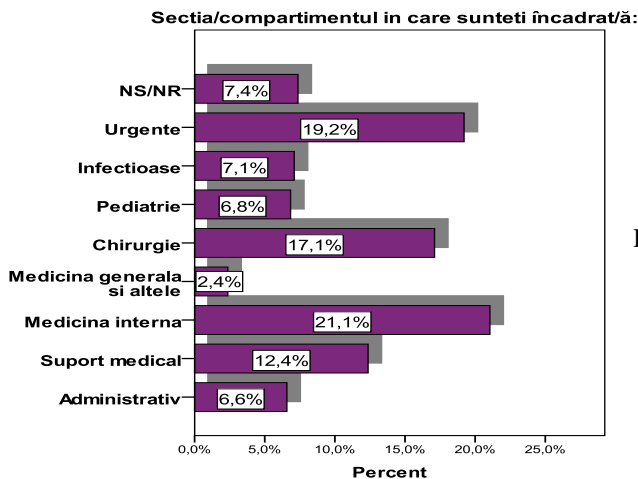


Fig.11

Pentru o analiză mai clară, a fost redus numărul secțiilor de spital la câteva tipuri generice, create pe baza domeniului de activitate. Motiv pentru care secțiile nu se regăsesc ca atare (Fig.11), așa cum apar ele în nomenclatorul unităților sanitare, ci sunt alocate fiecare tipului cel mai apropiat de specificul ei.

La locul dumneavoastră de muncă (secție/compartiment) aveți un colectiv format din:

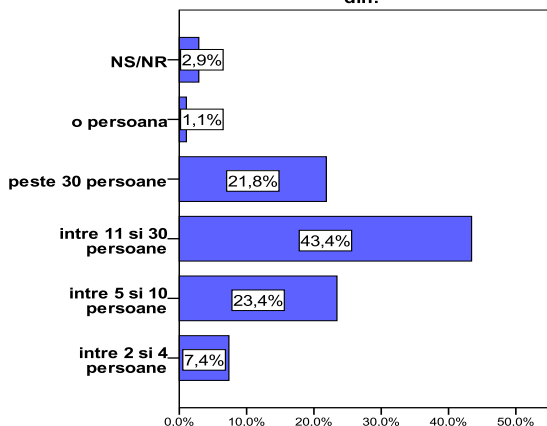


Fig.12



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

1. Modalitatea de intrare în sistem

Înainte de a vă angaja în sistemul sanitar, ați lucrat în alt sector?

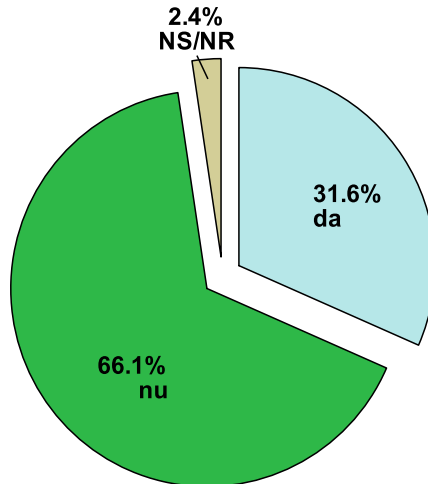


Fig.13

Având în vedere situația de pe piața muncii a angajaților chestionați din sistemul sanitar, majoritatea de 66.1% (conform Fig.13) a afirmat faptul că *nu a lucrat în alt sector* înainte de a se angaja în cel sanitar, ceea ce denotă stabilitate și posibilitatea imediată de angajare, în cadrul sistemului sanitar după finalizarea studiilor de specialitate. Un procent de 31.6% dintre participanții la cercetare au menționat faptul că *au lucrat și în alt sector* înainte de a se angaja în cel sanitar, 14,7% fiind absolvenții de școală postliceală.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismului Intermedier Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

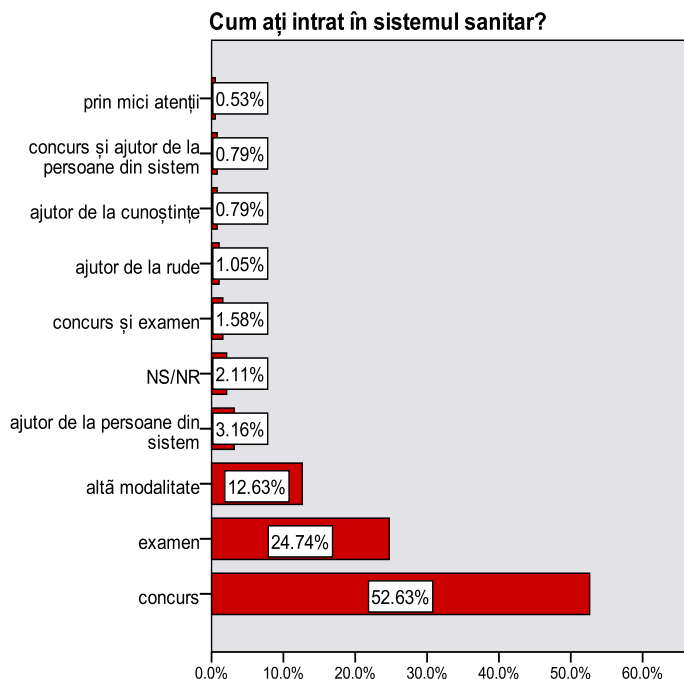


Fig.14

În ceea ce privește modul prin care personalul sanitar chestionat a fost angajat, majoritatea (52.63%, Fig.14) a menționat metoda de *concurs*, 24.74% *examenul* și 1.58% *concurs și examen*, indicând astfel modalități oficiale de intrare în sistem în ceea ce-i privește. Au fost menționate însă și *alte metode* (12.63%), fără a fi specificate, precum și *ajutorul de la persoane din sistem* pentru 3.16% dintre respondenți, 1.05% *ajutor de la rude*, procentaj egal de 0.79% *concurs și ajutor de la persoane din sistem* sau *ajutor de la cunoștințe*, existând totuși un procent de 0.53% care au menționat ca și metodă de acces la sistemul sanitar *mici-le atenții*. Astfel, deși metodele principale de angajare sunt *concursul* și *examenul*, există cazuri în care se apelează la relații de diverse naturi pentru acces în sistem. La capitolul „alte metode” se remarcă faptul că 11,3% nu au mai lucrat în altă parte, ceea ce ar putea fi coerent cu încadrarea prin repartiție.

De remarcat faptul că cca. 23% dintre respondenți declară că nu au fost încadrați prin examen sau concurs, acesta fiind un punct de pornire în analiza fenomenului corupției la angajarea în sistem.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

De la absolvire și până am găsit un loc de muncă am așteptat o perioadă de:

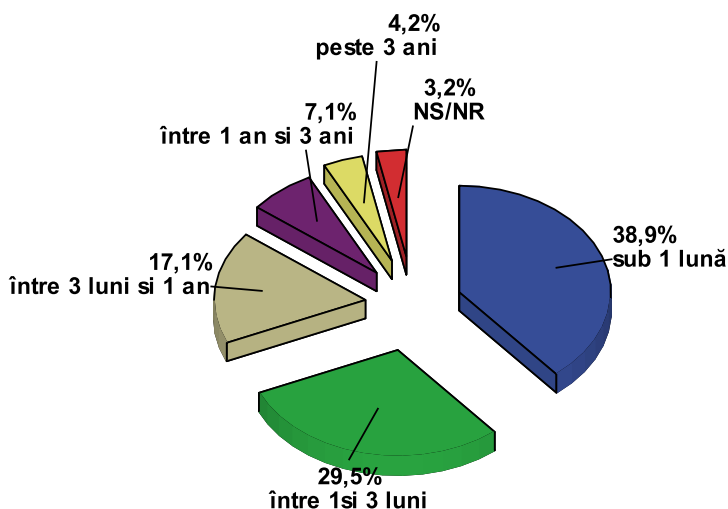


Fig.15

Din momentul absolvirii studiilor de specialitate și până la angajare, conform Figurii nr.15, persoanele chestionate au așteptat, în proporție de 38.9% *sub o lună*, 29.5% *între 1 și 3 luni* și 17.1% *între 3 luni și 1 an*, ceea ce relevă perioada relativ scurtă și posibilitatea de acces în sistemul sanitar în momentul finalizării studiilor necesare. Procentaje precum 7.1% au menționat perioade mai mari, respectiv *între 1 și 3 ani* și 4.2% *peste 3 ani*, însă tendința se remarcă la procentajele mari ale perioadelor scurte de așteptare a persoanelor înainte de a se angaja în sistemul sanitar.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Ultima dată ați fost promovat(ă) în funcție:

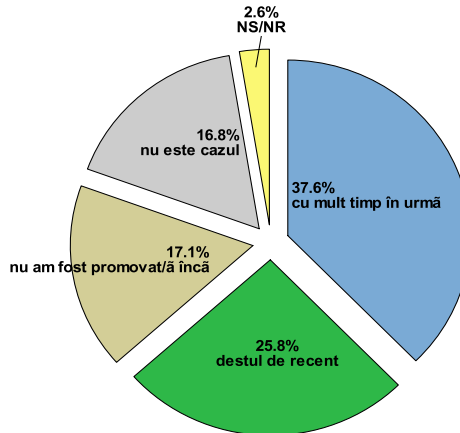


Fig.16

Analizând posibilitatea de promovare a angajaților chestionați, 37.6% au afirmat că au fost promovați *cu mult timp în urmă* (Fig.16) și 25.8% *destul de recent*, existând însă și un procentaj de 17.1% care *nu au fost promovați încă* și 16.8% care au menționat că *nu este cazul* unor promovări, fapt care ar putea să sublinieze rigiditatea sistemului de promovare în funcție din cadrul sistemului sanitar.

Analizând corelația dintre întrebarea precedentă și întrebarea privind vechimea în specialitate, remarcăm faptul că majoritatea celor promovați recent sunt angajați cu vechime de *peste 10 ani* (15.3%) sau *între 5-10 ani* (5.3%), existând însă și un procentaj de 7.6% dintre angajații cu *peste 10 ani* vechime care nu au fost promovați încă, ceea ce denotă lipsa oportunităților multiple de promovare în sistem și perioada lungă de așteptare a angajaților până la beneficierea de noi funcții. În discuție ar putea fi, în același timp, un traseu de carieră defectuos, cu puține trepte, fapt evidențiat și de resemnarea celor cu o vechime în muncă de peste 10 ani.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

2. Restructurare. Alt loc de muncă

Considerați că, în caz de restructurare a postului, șansele dumneavoastră de a găsi un loc de muncă în țară sunt:

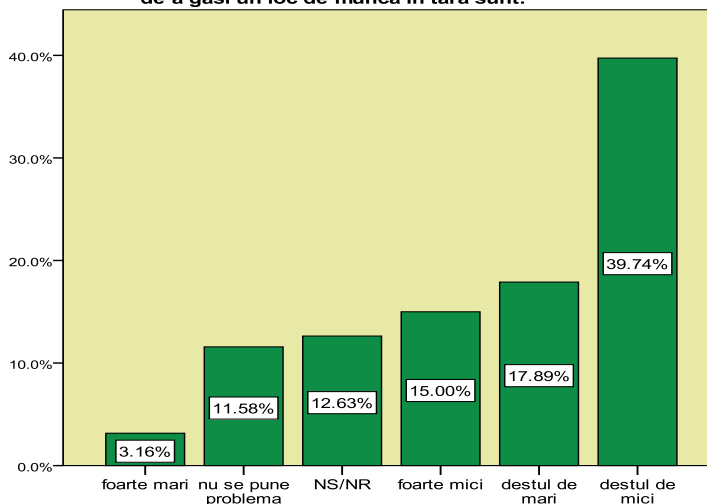


Fig.17

În eventualitatea în care s-ar ajunge la restructurare și concedieri (posibilitatea considerată improbabilă de doar 11,58% dintre respondenți, conform Fig.17) 54,74% dintre respondenți consideră că au șanse *mici* și *foarte mici* de a găsi un loc de muncă, situație care este de natură a contura teama stârnită de măsurile de restructurare; analiza încrucișată arată că 10,8% au *peste 45 de ani*. Analiza corelațiilor arată faptul că persoanele necăsătorite sunt mai optimiste în ce privește posibilitatea de a-și găsi un loc de muncă, 19,4% dintre acestea indicând acest lucru, în timp ce doar 3,5% dintre persoanele căsătorite sunt optimiste.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în oameni!

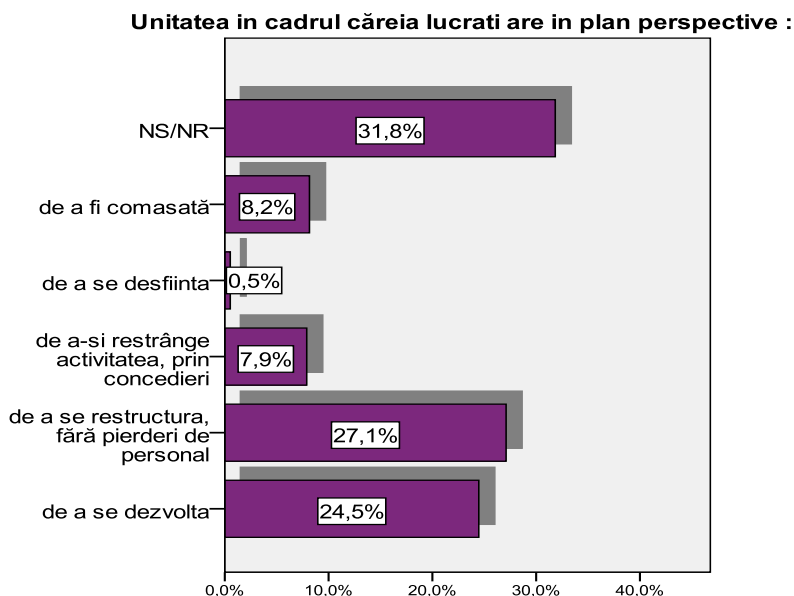


Fig.18

51,6% dintre respondenți (conform Fig.18) nu iau în calcul posibilitatea unei *reduceri de personal* în unitatea în care lucrează (cu mențiunea că este o situație combinată, 2010-2011). Se remarcă, de asemenea, și lipsa informațiilor sau lipsa interesului privind soarta unității la 31,8% dintre respondenți (în condițiile în care 17,9% din cei care consideră că au *șanse mici* și *foarte mici* de a se angaja în caz de restructurare sunt din rândul acestora) semn fie al unei implicări reduse în ceea ce privește soarta unității, fie al unui deficit de informație, deci al unei distanțe create între management și angajați. Se simt amenințați direct de *concedieri* 7,9% dintre subiecți, 6,1% fiind dintre cei care consideră că au *șanse mici* sau *foarte mici* de angajare. Per ansamblu, se poate constata existența unui sentiment de incertitudine privitor la soarta locurilor de muncă pentru un număr semnificativ de angajați, el căpătând intensități diferite în funcție de situațiile particulare.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Pentru viitorul apropiat aveți în vedere să găsiți un alt loc de muncă mai bun tot în cadrul sistemului sanitar.

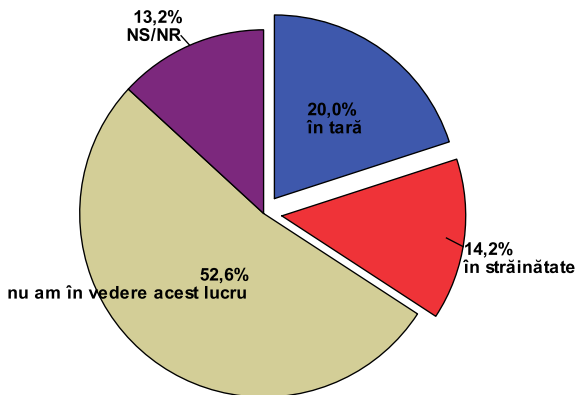


Fig.19

În privința anticipării mobilității personalului, se remarcă faptul că 34,2% (Fig.19) dintre respondenți *intenționează* să-și schimbe locul de muncă, iar 14,2% intenționează *să-și caute un loc de muncă în străinătate*. Faptul că 52,6% din respondenți au evaluat faptul că *nu au în vedere* găsirea unui loc de muncă mai bun tot în cadrul sistemului sanitar trebuie analizat din perspectiva factorilor de tip pull ai migrației, analiză ce va fi demarată în partea a doua a cercetării: tendința de migrație a personalului din sistemul sanitar. De remarcat, de asemenea, este faptul că procentul persoanelor care doresc schimbarea locului de muncă în viitorul apropiat este aproape constant în cercetările ultimilor ani, el putând fi luat în considerare pentru migrarea personalului medical.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Pentru viitorul apropiat, aveți în vedere să găsiți un alt loc de muncă mai bun în afara sistemului sanitar.

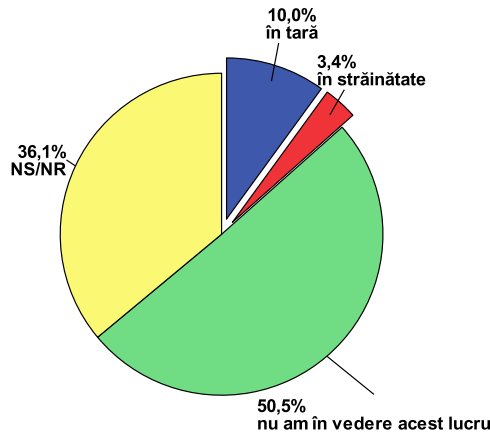


Fig.20

Remarcă faptul că 13,4% dintre respondenți (conform Fig.20) intenționează să părăsească sistemul sanitar pentru a lucra în alte sectoare, fie în țară fie în străinătate.

În vederea găsirii unui nou loc de muncă ați urmat o altă formă specială de pregătire în plan profesional?

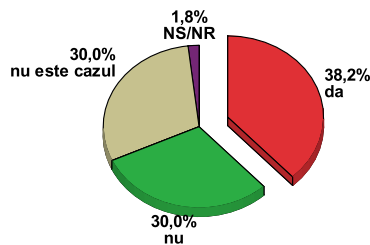


Fig.21

Datele indică drept certă intenția a 60% dintre respondenți (Fig.21) de a rămâne în sistemul sanitar românesc. În același timp, atrage atenția faptul că cca. 40% dintre subiecți s-au pregătit, ori cel puțin au luat în considerare, posibilitatea de a-și găsi un alt loc de muncă. Analiza corelațiilor indică faptul că 20% dintre



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

respondenți consideră că au *puține șanse* de a găsi un loc de muncă și, în același timp au urmat cursuri de formare profesională pentru a-și găsi un loc de muncă, în timp ce 18,1%, deși consideră că au *șanse puține* de a-și găsi un loc de muncă în caz de disponibilizări, nu au apelat la cursuri de formare profesională. Persoanele căsătorite au urmat în mai mare măsură cursuri de formare în vederea găsirii unui loc de muncă decât cele necăsătorite; însă, orientarea cea mai mare către formare ca strategie de păstrare sau schimbare a locului de muncă o au persoanele divorțate. De remarcat faptul că 12,9% dintre subiecți sunt persoane necăsătorite, care consideră că au șanse foarte mari de a ocupa un alt loc de muncă și care au urmat un curs de formare profesională. Principala modalitate de formare în discuție o constituie studiile universitare.

În secția/compartimentul în care lucrați, personalul implicat în realizarea sarcinilor de serviciu este:

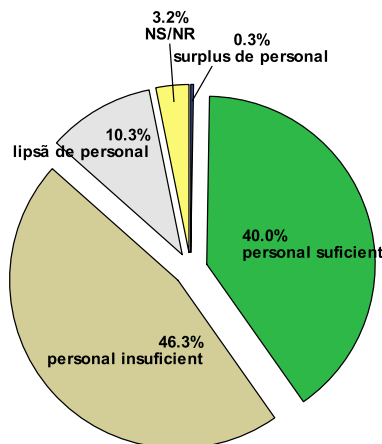


Fig.22

Se poate constata că 56% (conform Fig.22) dintre respondenți consideră că locul lor de muncă se confruntă cu un *deficit de personal*. Analiza corelată indică faptul că deficitul cel mai mare se înregistrează în cazul spitalelor județene (31,9%).

Pe primul loc ca și lipsă de personal (cumulat) se situează județul *Constanța* (18,2%), procentul celor care indică o formă de lipsă, față de cei care au indicat personal suficient, fiind dublu.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în oameni!

Considerați că la locul dumneavoastră de muncă există o lipsă de personal datorată:

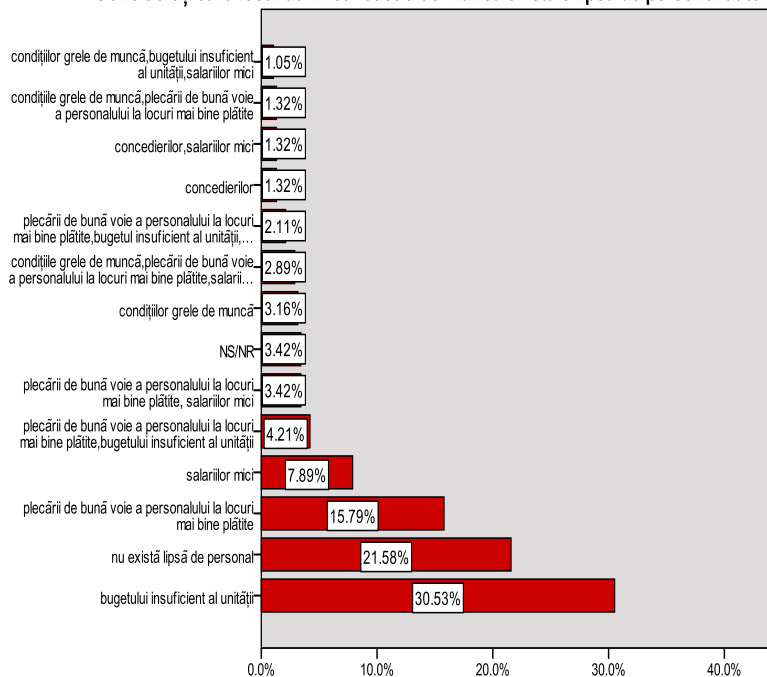


Fig. 23

Principala cauză care determină lipsa de personal o constituie *bugetul insuficient al unității* (30,53%, Fig.23), în acest caz fiind vorba de imposibilitatea unităților de a angaja personal. A doua mare cauză a deficitului de personal o constituie *salariile prea mici* care conduc la plecarea de bunăvoie a salariaților către locuri de muncă mai bine plătite, în variantă combinată 36,31% dintre respondenți indicând această situație. Aceasta fiind o întrebare de control pentru întrebarea anterioară (în chestionar a fost așezată la distanță de întrebarea anterioară), se remarcă de asemenea faptul că doar 21,58% dintre respondenți consideră că *nu există o lipsă de personal*, cu mult sub procentul pe care l-au indicat câteva întrebări mai sus de 40%.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

În momentul renunțării la locul de muncă de către colegi, cât de repede este ocupat postul acestuia de o altă persoană?

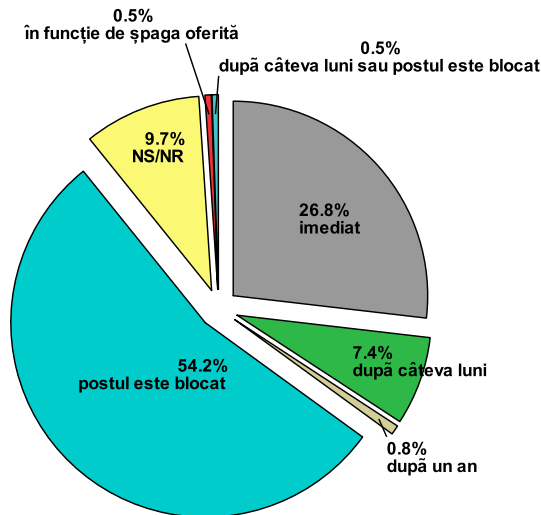


Fig.24

Figura de mai sus, respectiv Fig.24, indică faptul că deficitul de personal intervine de fapt pe conjugarea celor două cauze menționate anterior, respectiv *bugetul insuficient* și *plecarea personalului*, la care se adaugă mecanismele instituționale deficitare, în special faptul că *posturile sunt blocate* (situație indicată de 54,2% dintre respondenți).

Având în vedere procentajul ridicat ce indică *posturile blocate* în urma plecării colegilor, putem presupune că sarcinile sunt preluate de către angajații rămași și volumul de muncă este ridicat, ceea ce conduce la creșterea stresului angajaților și a responsabilităților.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013
Investește în oameni!

Colegii care au părăsit locul de muncă au vârsta cuprinsă între:

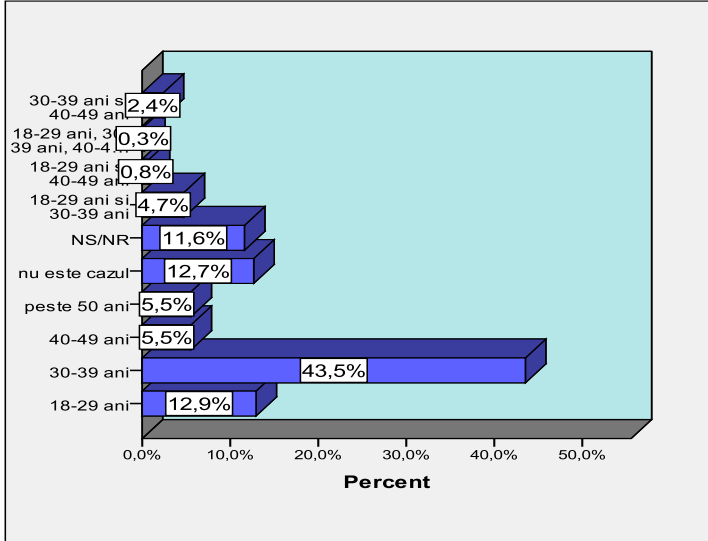


Fig.25

Se remarcă o mare mobilitate a salariaților care au vârsta cuprinsă între 30 și 39 de ani (Fig.25).

În situația în care colegii dumneavoastră își schimbă locul de muncă, acest fapt conduce la: prelungirea programului de lucru.

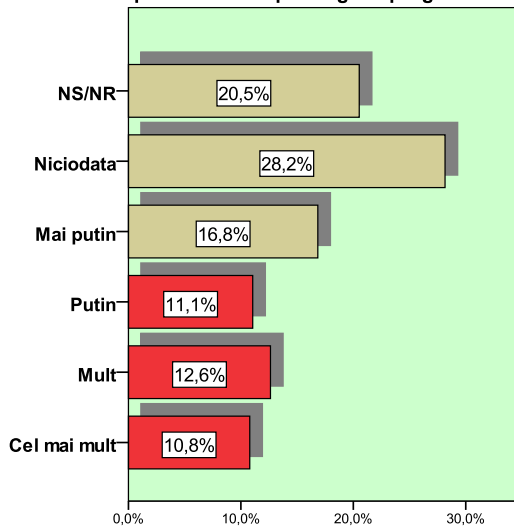


Fig.26



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismului Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Deficitul de personal, consecutiv plecării colegilor, *afectează programul de lucru*, prin prelungirea acestuia, în cazul a 23,4% (Fig.26) dintre subiecți. Un procent de 56,4% consideră că plecarea colegilor nu duce sau duce puțin sau foarte puțin la prelungirea programului de lucru, ceea ce denotă faptul că sarcinile de serviciu preluate de la cei care au plecat fie nu sunt rezolvate, fie sunt rezolvate de o calitate îndoielnică. Acest fapt reiese și din figura nr. 27.

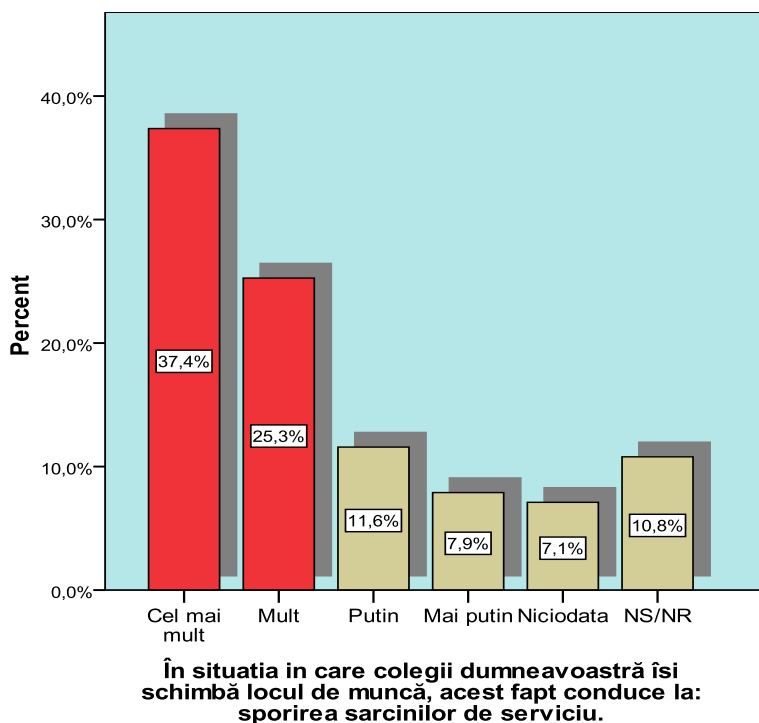


Fig.27

62,7% dintre respondenți (Fig.27) indică faptul că deficitul de personal, intervenit îndeosebi prin plecarea colegilor, are drept consecință *o sporire a sarcinilor de serviciu* care, la rândul ei, poate conduce la scăderea calității serviciilor medicale (cu condiția ca sarcinile personalului să nu fi fost anterior subestimate; ipoteza merită o analiză atentă pentru a putea vorbi în mod clar de o diminuare a calității serviciilor).



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismului Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013
Investește în oameni!

În situația în care colegii dumneavoastră își schimbă locul de muncă, acest fapt conduce la: diminuarea capacității de rezolvare a cerințelor la locul de muncă.

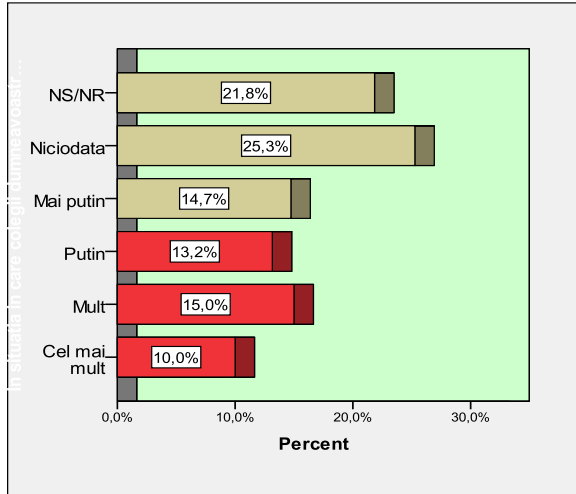


Fig.28

Putem observa că ipoteza anterioară este confirmată, 38,2% dintre subiecți indicând, conform Fig.28, o *scădere*, în grade variabile, a capacității de satisfacere a cerințelor de la locul de muncă datorită absenței personalului necesar, 25,5% din cazuri provenind din *spitalele județene*.

În situația în care colegii dumneavoastră își schimbă locul de muncă, acest fapt conduce la: creșterea siguranței propriului loc de muncă

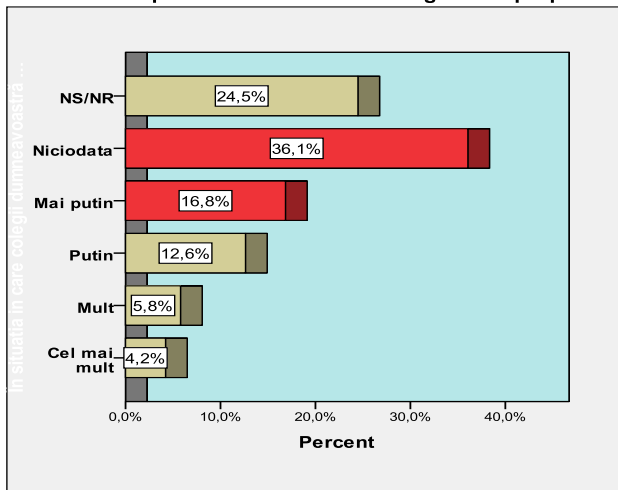


Fig.29



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismului Intermedier Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

În situația în care colegii dumneavoastră își schimbă locul de muncă, acest fapt conduce la: greutatea de adaptare la locul de muncă a noului angajat

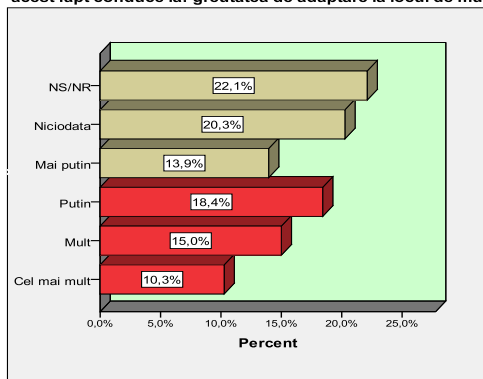
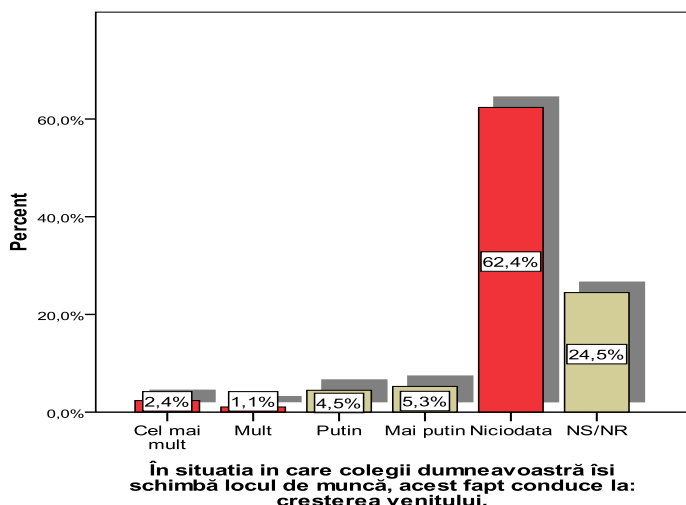


Fig.30

Scăderea numărului de personal nu este însoțită de o creștere substanțială a *siguranței propriului loc de muncă* pentru cei rămași, doar 22,6% (Fig.29) dintre subiecți indicând o astfel de legătură, în grade variabile. Ceea ce se evidențiază în cazul scăderii numărului de personal este blocarea posturilor rămase vacante, blocare ce conduce la imposibilitatea efectuării de noi angajări menite să echilibreze distribuția responsabilităților la locul de muncă, astfel încât serviciile oferite pacienților să nu cunoască modificări semnificative.



În situația în care colegii dumneavoastră își schimbă locul de muncă, acest fapt conduce la: creșterea veniturii.

Fig.31

În mod clar, timpul muncit suplimentar și sarcinile suplimentare *nu conduc la o creștere proporțională a veniturilor*, fiind în marea majoritate a cazurilor



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismului Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

nerecompensat conform prevederilor legale în vigoare, doar 3,5% (Fig.31) dintre subiecți (deci sub marja de eroare) indicând *situații de plată suplimentară*.

În situația în care colegii dvs. își schimbă locul de muncă acest fapt conduce la:

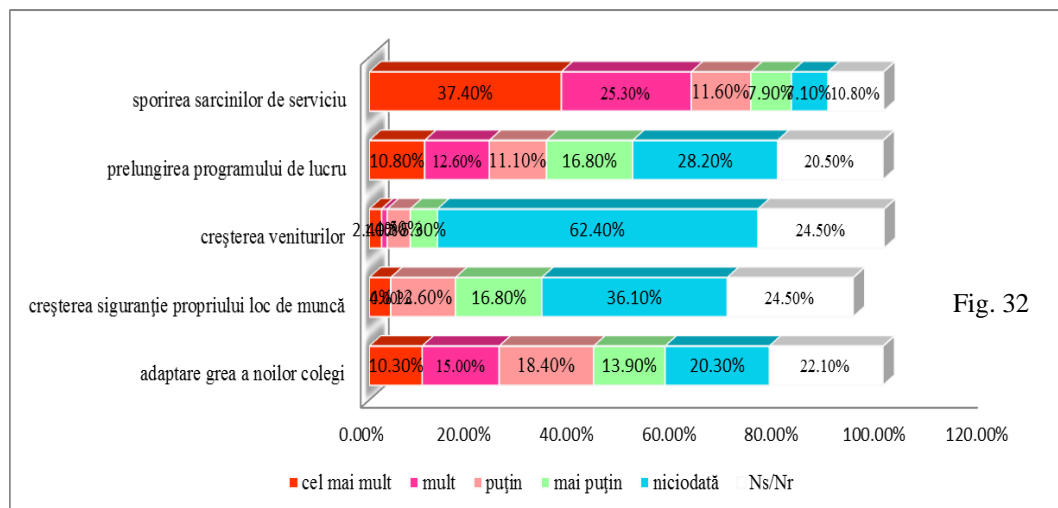


Fig. 32

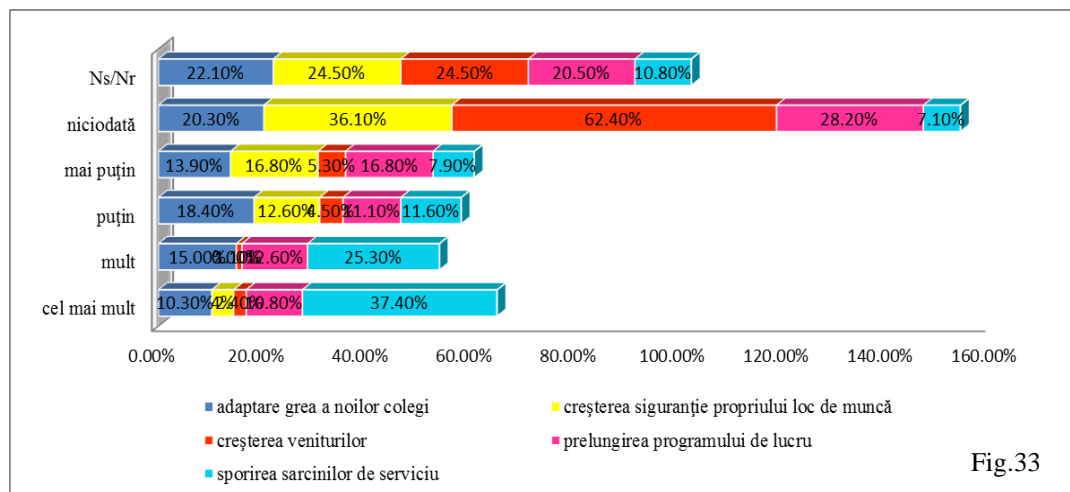


Fig.33

Având în vedere imaginea de ansamblu asupra situației în care colegii își schimbă locul de muncă, aceasta determină cel mai mult (Fig.32 și Fig.33) *sporirea sarcinilor de serviciu*, *mai puțin prelungirea programului de lucru* și *niciodată la creșterea veniturilor* celor rămași în sistem. Astfel, putem concluziona faptul



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismului Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

că, deși nu sunt remunerați suplimentar și sunt supuși uneori la prelungirea programului de lucru, angajații secțiilor unde există personal plecat, sunt nevoiți să suplinească funcțiile acestora și să îndeplinească mai multe sarcini simultan.

Ați întâlnit la locul dumneavoastră de muncă colegi cu o pregătire slabă în domeniu?

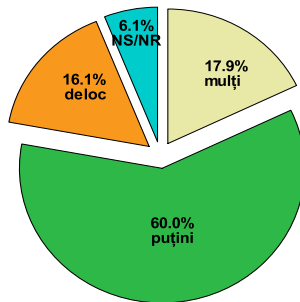


Fig.34

Doar 17,9% (Fig.34) dintre respondenți menționează existența mai multor colegi cu *pregătire lacunară*, însă el trebuie interpretat și prin prisma celor 60% care afirmă că au întâlnit *puțini*, situația fiind de natură a indica atât necesitatea unei mai bune pregătiri în domeniul a personalului sanitar prin programe de formare profesională continuă, cât și, mai ales, o bună pregătire inițială. Analiza corelată indică existența unei legături între nivelul scăzut de pregătire al unora dintre colegi și problemele ridicate de reducerea transferului între generații.

3. Condițiile de lucru

Considerați că, la locul dumneavoastră de activitate, condițiile de lucru sunt:

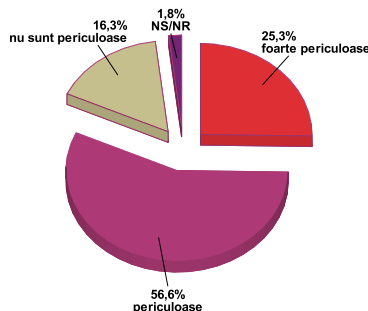


Fig.35



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Marea majoritate a subiecților, respectiv 81,9% dintre ei, conform figurii de mai sus (Fig.35) consideră că își desfășoară activitatea în condiții de lucru *periculoase și foarte periculoase*, factor care are un impact destul de puternic în ceea ce privește calitatea vieții profesionale a angajaților din sistemul sanitar.

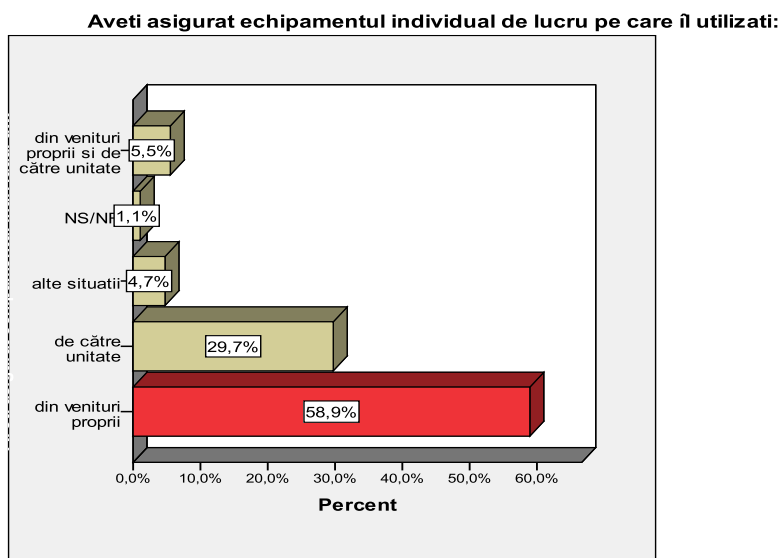


Fig.36

Cca. 60% (Fig.36) dintre respondenți sunt nevoiți să-și *cumpere echipamentul individual de lucru*, doar pentru cca. 30% acesta fiind asigurat în exclusivitate de către unitate. Aceasta situație intervine ca factor de frustrare și insatisfacție față de locul actual de muncă pentru angajații din sistem.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismului Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Considerati că echipamentul individual de protecție este:

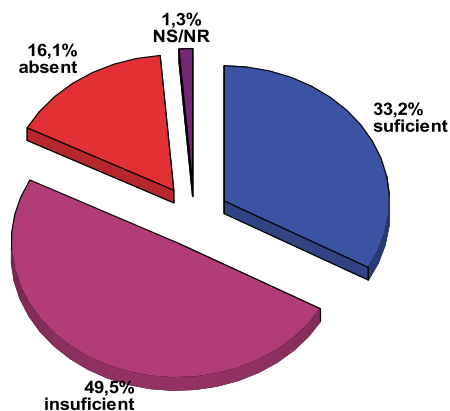


Fig.37

Echipamentul individual de protecție este *deficitar* pentru 65,6% dintre subiecți (Fig.37), în 16,1% cazuri acesta *lipsind în totalitate*. Fără îndoială, lipsa echipamentului de protecție reprezintă un factor de risc destul de important pentru starea de sănătate a angajaților din sistem, afectând în aceeași măsură și siguranța acestora la locul de muncă.

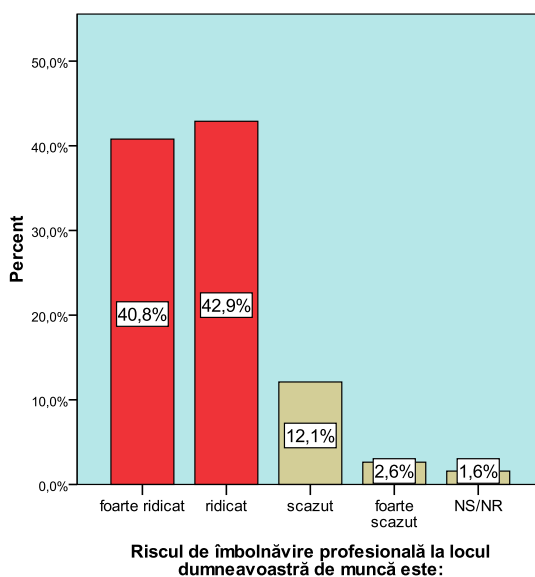


Fig.38



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Absența echipamentului de protecție sau existența lui neîndestulătoare, la care se adaugă alte deficiențe ale sistemului, conduc la situația în care 83,7% dintre subiecți consideră că riscul de îmbolnăvire la locul de muncă este *ridicat și foarte ridicat* (Fig.38). Trebuie menționat, însă, că în discuție este o evaluare subiectivă, posibil a fi perturbată și de strânsa legătură între estimarea riscurilor și nivelul sporurilor de care beneficiază salariații. Intervenția altor factori este indicată de faptul că 26% dintre subiecți, deși apreciază că riscul de îmbolnăvire este *foarte crescut*, consideră în același timp că echipamentul individual de protecție este *suficient*, destul de probabil subiecții având în vedere riscurile inerente locului de muncă.

Ati intalnit cazuri de accidente si boli profesionale care produc incapacitatea temporară de muncă cel puțin 3 zile

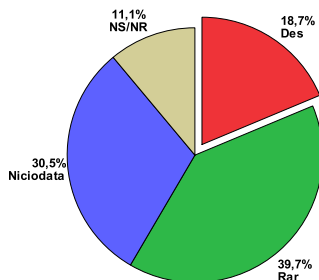


Fig.39

Putem observa o distribuție a numărului de cazuri de accidente și boli profesionale invers proporțională cu gravitatea cazurilor, fiind un model firesc, ceea ce confirmă faptul că întrebările au fost tratate cu seriozitate. Au incidență foarte mare cazurile care produc *incapacitate de muncă temporară pentru mai mult de 3 zile* (Fig.39), dar *mai puțin de 6 luni* (18,7%, Fig.40) și cele care produc *peste 6 luni*, fără a fi vorba însă de invaliditate (Fig.43), ambele situații fiind peste marja de eroare.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Ati intalnit cazuri de accidente si boli profesionale care produc incapacitatea temporară de muncă cel puțin 6 luni

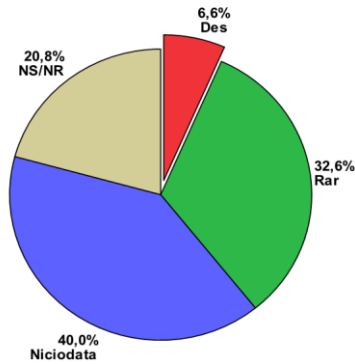


Fig.40

Ati intalnit cazuri de accidente si boli profesionale mortale

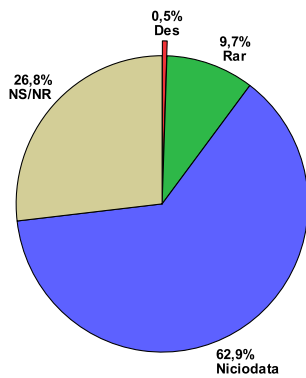


Fig.41

Ati intalnit cazuri de accidente si boli profesionale colective

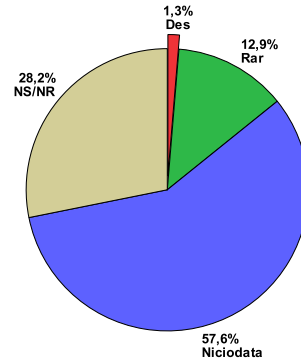


Fig.42



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Ati intalnit cazuri de accidente si boli profesionale care produc invaliditate

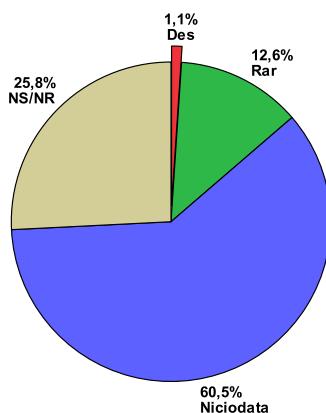


Fig.43

Actul medical reprezintă o formă de activitate socială care se desfășoară în flux continuu timp de 365 de zile din 365 de zile, 24 de ore din 24 de ore, fără un program stabil pentru pauza de masă, dar cu un program stabilit pentru schimbul de zi și schimbul de noapte. Cadrele medicale sunt angajate în acest ritm de muncă neîntrerupt. Ele au indicat faptul că știau de la bun început care este natura locului de muncă și, intrând în sistem, și-au asumat conștient să răspundă unei activități „la foc continuu”.

Indicatorul de referință în această analiză este timpul de muncă. La un loc de muncă acceptabil social el este previzibil planificat.

Nu și în sistemul sanitar însă, deoarece în funcție de unități există o singură tură de zi, există activitate în ture, există activități care trebuie acoperite în week-end și în toate sărbătorile legale. Răspunsurile primite privesc experiența prin care au trecut participanții în situațiile diferite ale activității lor în sistemul sanitar, de aceea avem în acest caz o analiză care – în consonanță cu indicatorul de referință – este diacronică. În primul rând, să observăm reacția pe care o au participanții față de munca în ture din perspectiva vârstei și a modului cum percep ei că turele de noapte îi afectează diferențiat.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

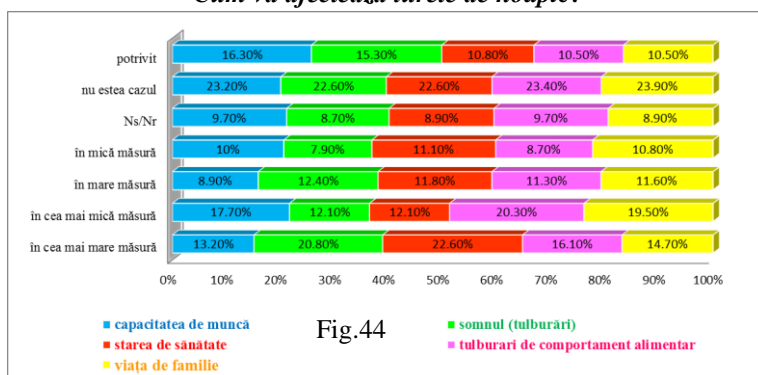
Nu vom insista foarte mult în evidențierea, prin relațiile participanților, a faptului că turele de noapte îi afectează în toate privințele descrise de cărțile de specialitate. Trebuie să observăm că angajații din sistem sunt conștienți de aceste afecțiuni, le cunosc din pregătirea lor teoretică și, așa cum am mai menționat, își asumă conștient aceste urmări.

În sine, turele de noapte nu sunt un factor de nemulțumire profesională. Și angajații au recunoscut acest lucru în mod direct. O parte dintre ei s-au declarat chiar mulțumiți de existența acestor ture, deoarece beneficiază de timp liber în cursul zilei când pot rezolva nenumărate probleme personale.

Turele de noapte devin un factor de nemulțumire în combinație cu unele situații din sistemul sanitar, precum plata lor relativă, creșterea volumului de muncă datorată personalului insuficient, expunere mai mare la agresivitate din partea pacienților sau aparținătorilor (aspect pe care l-am urmărit deja).

Programul de lucru nu este în momentul de față clar reglementat după analiza efectuată pe răspunsurile date de participanți. Pe lângă ritmul biologic dereglat de existența obligatorie a turelor de noapte, în fond de natura muncii, se adaugă stresul datorat personalului insuficient la locul de muncă în urma blocării posturilor și a creșterii, din acest motiv, a volumului de muncă. Acest aspect îl vom urmări în mod special prin setul de întrebări ce urmează. În plus, se adaugă nemulțumirea față de munca neplătită.

Cum vă afectează turele de noapte?



Turele de noapte afectează în cea mai mare măsură starea de sănătate (22,60%) și somnul (20,80%, Fig.44, Fig.45).



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



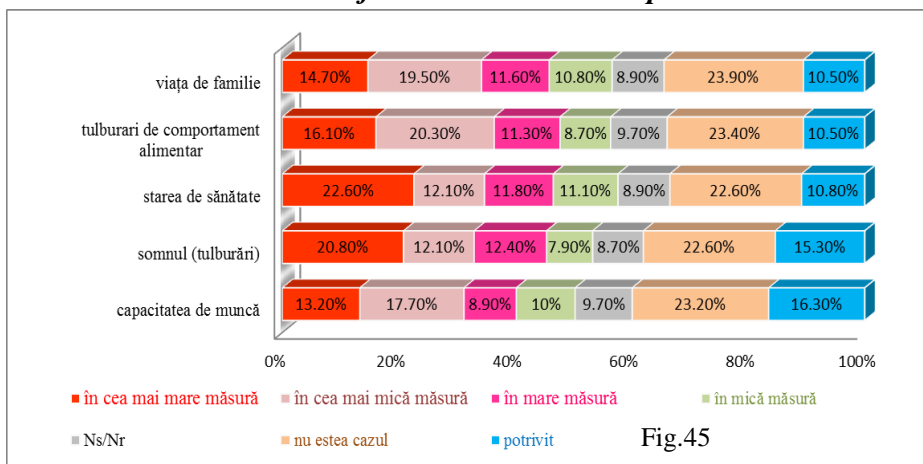
GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Cum vă afectează turele de noapte?



4. Satisfacția față de locul de muncă

Următorii factori provoacă insatisfacție la locul de muncă:

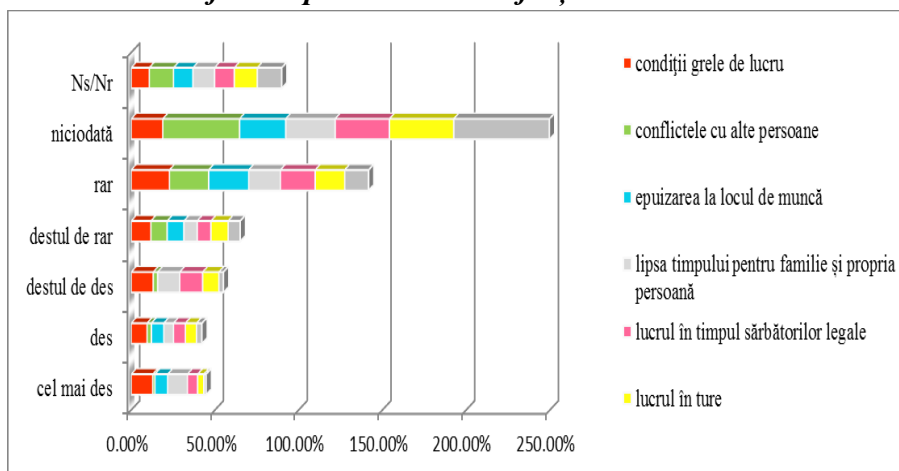


Fig.46

Gradul de satisfacție față de propriul loc de muncă pare a fi destul de ridicat; trebuie însă făcută diferența între satisfacția față de propriul loc de muncă și satisfacția față de propria profesie.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



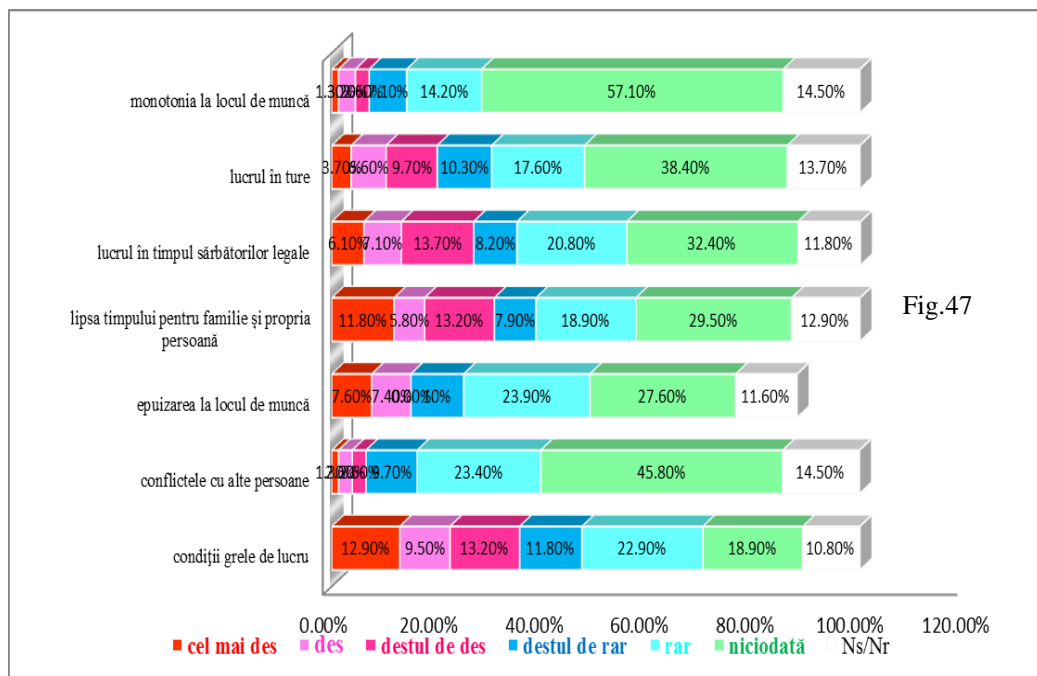
GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Următorii factori provoacă insatisfacție la locul de muncă:



În ceea ce privește cauzele insatisfacției la locul de muncă pe primul loc se situează *condițiile grele de lucru* (35,6% cumulat, Fig.46 și Fig.47), urmate de *lipsa timpului pentru familie și propria persoană* (30,8% cumulat) și *lucrul în timpul sărbătorilor legale* (26,9% cumulat). De remarcat că influența câtorva dintre factori este mai mare, printre subiecți aflându-se și din cei care nu lucrează în ture, în timpul sărbătorilor legale etc. Se remarcă faptul că 57% dintre respondenți nu consideră serviciul *monoton*, fapt care este coerent cu un grad ridicat de satisfacție față de propria profesie.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Ce v-ar determina să schimbați locul de muncă?

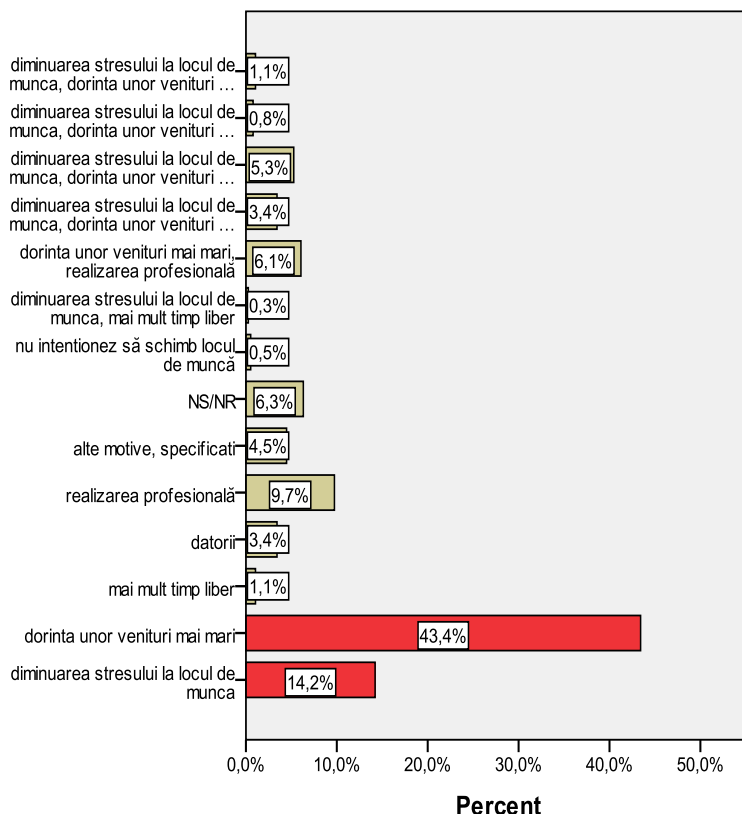


Fig.48

În ceea ce privește motivele care ar putea determina schimbarea locului de muncă 43,4% (Fig.48) dintre respondenți au indicat *dorința unor venituri mai mari*; acesta este principalul motiv, el dând seama și de factorii *pull* care acționează în sensul întreținerii sau chiar intensificării fluxului migrator. Suplimentar, rețin atenția încă doi factori: *diminuarea stresului la locul de muncă* (cercetarea calitativă a pus în discuție cele mai importante surse de stres) și *dorința de realizare profesională* care aduce în discuție o regândire a traseelor de carieră din cadrul sistemului sanitar.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

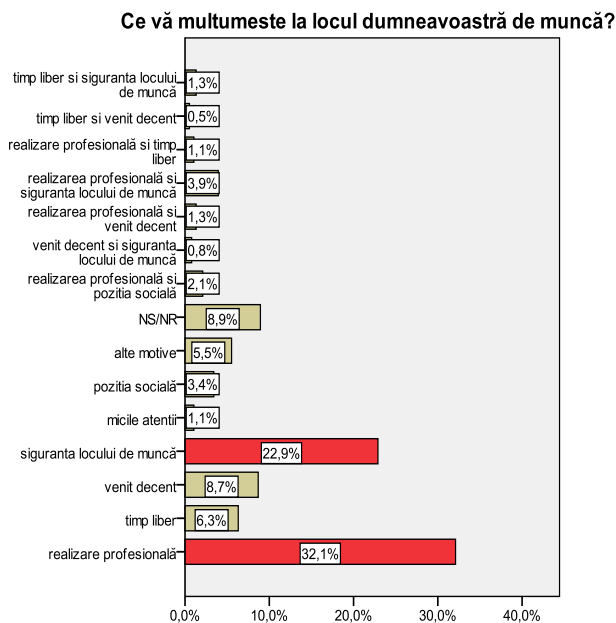


Fig.49

Principalul motiv de satisfacție privind actualul loc de muncă, așa cum evidențiază și figura nr.49, îl constituie *realizarea profesională* (acesta fiind mai curând un motiv de satisfacție față de propria profesie); el trimite la un anumit status social. În același timp, trebuie observată concurența dintre *dorința unor venituri mai mari*, ca factor ce poate determina plecarea salariaților, și *realizarea profesională* ca factor ce influențează rămânerea la actualul loc de muncă. De remarcat faptul că, la crearea echilibrului intervine și *siguranța locului de muncă*, acesta acționând în favoarea menținerii salariaților la actualul loc de muncă. Având în vedere situația de incertitudine privind locul de muncă creată de măsurile de reformă, poate fi pusă în discuție alterarea acestui echilibru, în sensul accentuării importanței factorilor care impulsionează căutarea unui alt loc de muncă. Se remarcă faptul că doar 8,7% (Fig.49) dintre respondenți iau în considerare existența unui venit decent ca sursă de satisfacție, semn că nivelul actual al veniturilor nu cântărește foarte mult în factorii ce mențin salariații la actualele locuri de muncă.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Salariul dumneavoastră este cuprins între:

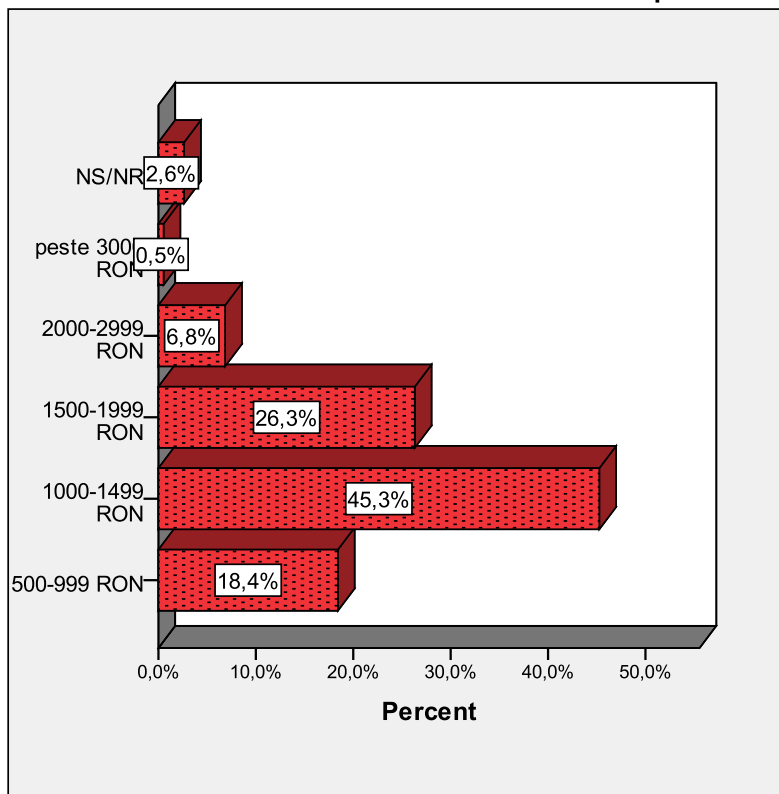


Fig.50

Se remarcă faptul că 63,7% dintre respondenți au veniturile situate sub 1500 RON în condițiile în care lucrează în sistemul „foc continuu”, iar 71,6% au salariile cuprinse între 1000 și 1500 RON.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Ce venit considerați că v-ar fi suficient:

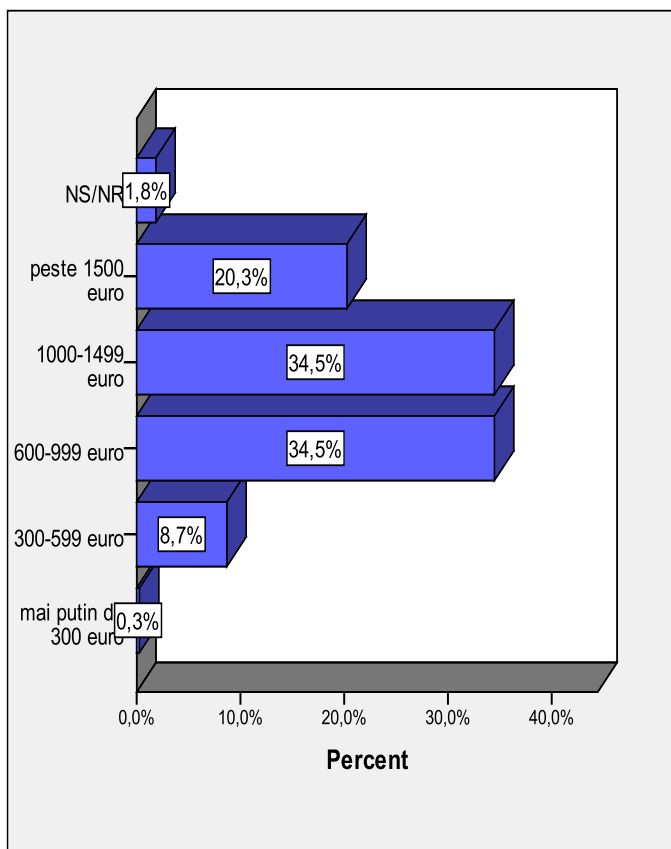


Fig.51

Se poate observa faptul că 89,3% dintre respondenți consideră că salarii de peste 2500 RON ar fi satisfăcătoare raportat la muncă depusă și idealul propriu de bunăstare, 50,8% luând în considerare venituri de peste 4200 RON. Dacă raportăm salariul dorit la cel obținut (așa cum reiese din fig. 50) putem observa principala sursă de insatisfacție a vieții profesionale, în condițiile în care salariile sunt situate la cca. 30% față de nivelul la care aspiră salariații. Totodată, observăm că idealul de salarizare este puternic „contaminat” de veniturilor obținute de colegii plecați la muncă în Occident.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Lucreți peste programul normal de lucru?

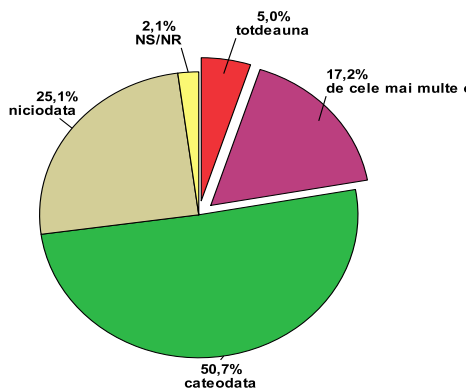


Fig.52

Se poate observa că 22,2% dintre respondenți (Fig.52) lucrează în mod obișnuit *peste programul normal de lucru*. Corelația cu alte întrebări arată că subiecții, în cea mai mare parte a cazurilor, *nu sunt plătiți* pentru munca efectuată peste programul normal de lucru.

Care situație vă corespunde în programarea concediului de odihnă:

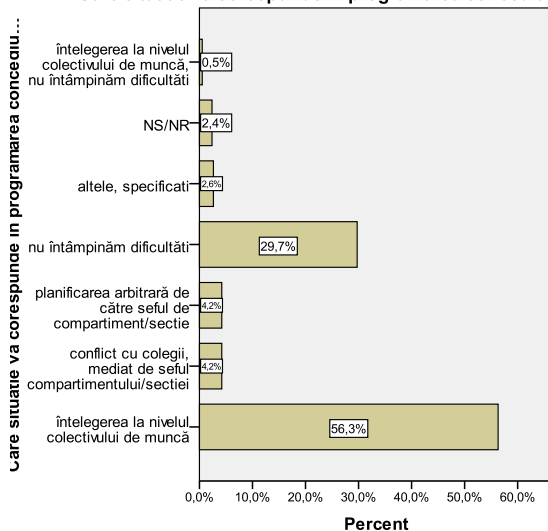


Fig.53

La cercetarea cantitativă nu au fost semnalate dificultăți în ceea ce privește concediul de odihnă, ele fiind indicate într-o măsură redusă la cercetarea focus grup.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013
Investește în oameni!

În ultimii ani v-ați implicat în următoarele revendicări:

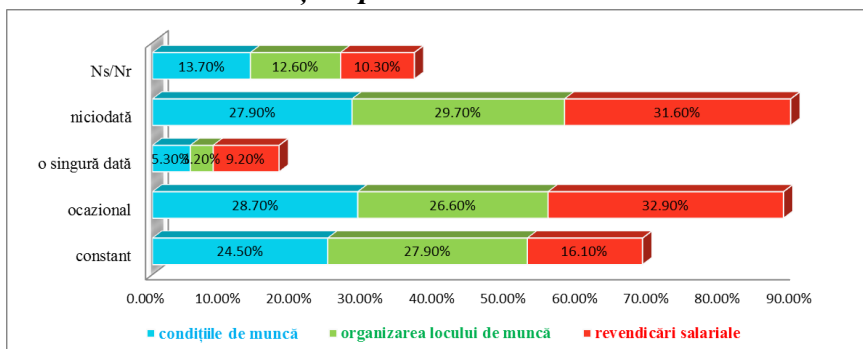


Fig.54

Se poate observa un grad moderat de implicare a salariaților în anumite revendicări, implicarea cea mai mică fiind în *revendicările salariale* și cea mai mare în *organizarea locului de muncă* (Fig.54).

În ultimii ani v-ați implicat în următoarele revendicări:

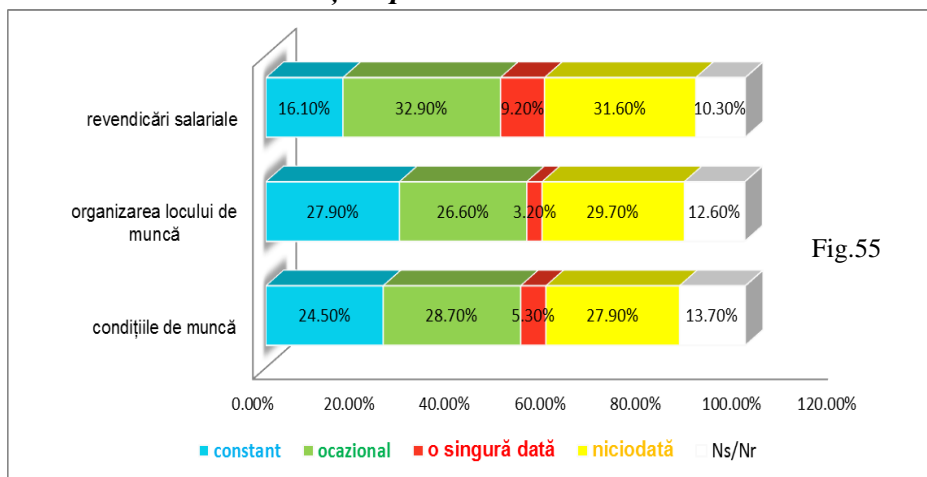


Fig.55

Neimplicarea în activități de revendicare, în ultimii ani, este relativ constantă pentru cca. 30% dintre salariați (Fig.55), aceștia adăugându-se celor care au bifat *nu știu/nu răspund*, conducând la un total de cca. 40% dintre subiecți care *nu s-au implicat* în niciuna din cele trei tipuri de revendicări. Datele indică astfel dorința de *implicare* în revendicări pentru doar 60% dintre respondenți.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Cât de mulțumit/ă sunteți de veniturile pe care le obțineți în raport cu munca depusă:

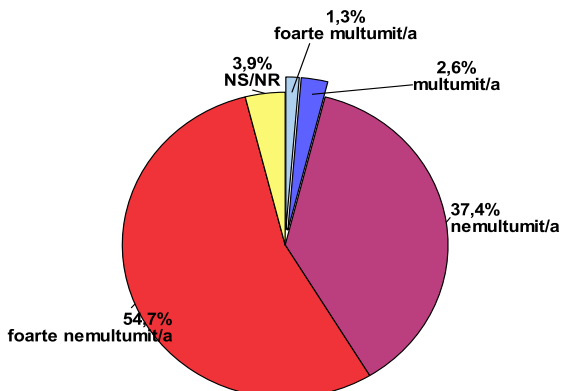


Fig.56

Se poate observa o *nemulțumire* generalizată față de veniturile obținute în raport cu munca depusă, cca. 55% dintre subiecți fiind foarte *nemulțumiți* (conform Fig.56). Așa cum aminteam anterior, veniturile constituie principalul factor de nemulțumire față de propria viață profesională, în condițiile în care salariații resimt faptul că ele dau seama de statusul lor social, care nu este raportat la rolul social pe care îl au.

Obțineți venituri suplimentare dintr-o activitate efectuată în timpul liber, care ține de profesie.

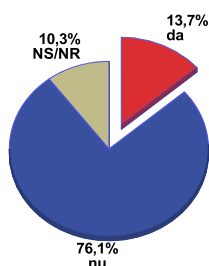


Fig.57

Cca. 14% dintre respondenți *lucrează și în afara locului de muncă* de bază (Fig.57, Fig.58), în general la cabinete medicale particulare. Analiza corelațiilor



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

arată că cca. 90% dintre persoanele care lucrează în altă parte sunt *nemulțumite* și *foarte nemulțumite* de veniturile pe care le realizează în raport cu munca depusă. De asemenea, se poate observa că persoanele care lucrează și în altă parte au, în marea lor majoritate, veniturile *sub 2000 RON/lună*.

Obtineti venituri suplimentare dintr-o activitate efectuată in timpul liber, în afara profesiei.

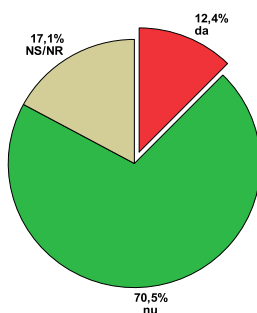


Fig.58

La locul de muncă aveți conflicte cu:

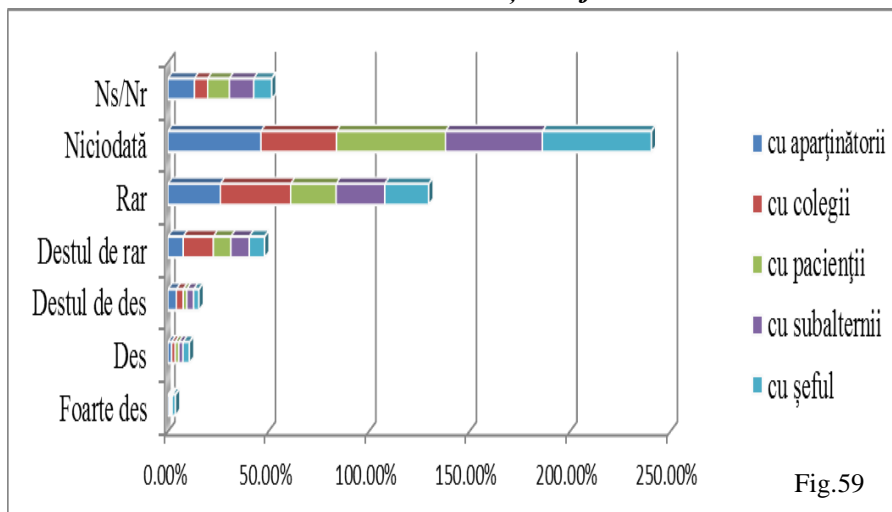


Fig.59

Situațiile evidențiate de cercetarea calitativă, în cadrul căreia respondenții au indicat conflictele care apar mai ales cu pacienții și aparținătorii acestora, în special pornind de la lipsa materialelor și medicamentelor, se regăsesc în acest tip



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

de analiză, 52% dintre respondenți (cumulat pe toate situațiile conflictuale, conform Fig.59), indicându-le.

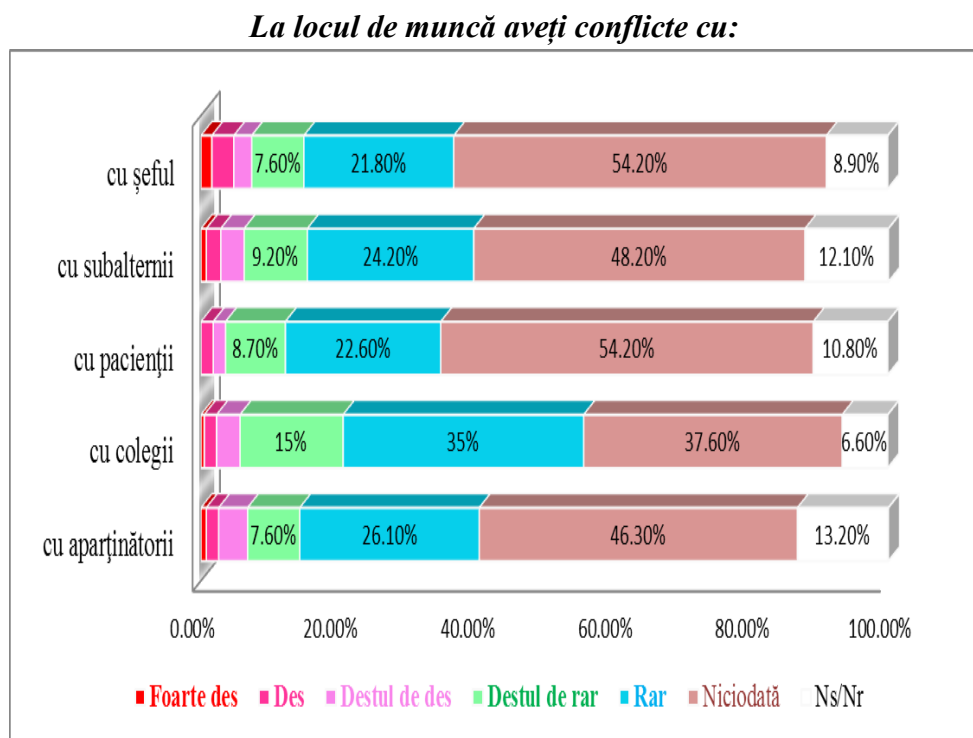


Fig.60

Analiza detaliată a distribuției răspunsurilor indică situații diferențiate în funcție de tipul de conflict. Astfel, conflictele cu colegii, chiar dacă în special rare, sunt cele mai multe (65,8%), fiind urmate de conflictele cu aparținătorii (40,5%), conform Fig.60.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

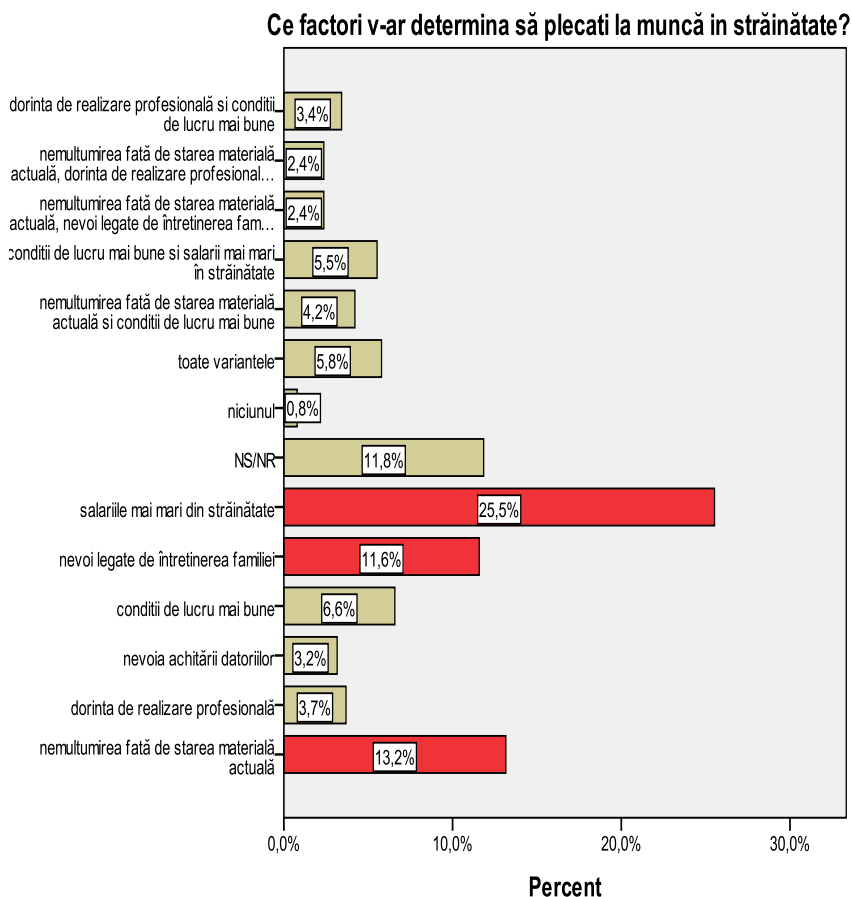


Fig. 61

Din perspectiva tendinței de migrație, din factorii ce pot determina plecarea, se remarcă în primul rând *salariile mai mari din străinătate* (un factor de tip *pull*, deci de atracție a personalului, Fig.61), urmat de *nemulțumirea față de starea materială actuală* și *nevoile de întreținere a familiei* (ambii factori de tip *push* adică cei care „împing” salariații să plece constituind posibile cauze ale unei eventuale plecări). Astfel, din perspectiva opțiunilor cele mai frecvente putem constata un echilibru al acțiunii factorilor de tip *pull* și de tip *push*.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est

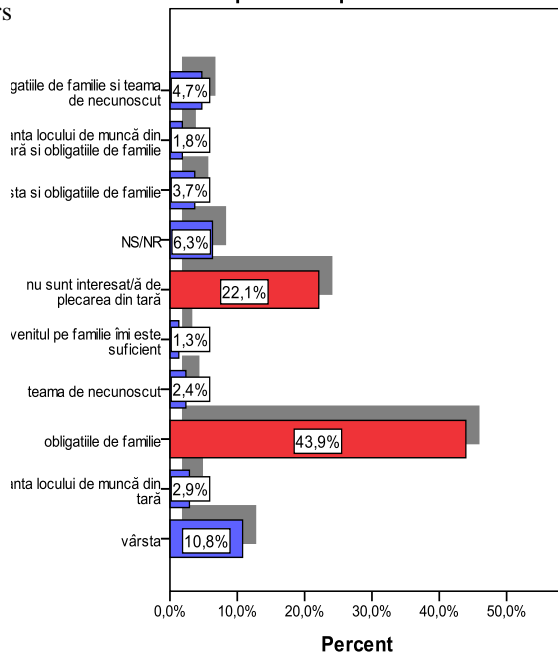


FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect
Resurs

Ce factori vă împiedică să plecați la muncă în străinătate?

Factorial Dezvoltarea
investește în oameni!



Analiza corelațiilor arată că în cazul celor 13,1% care s-au arătat hotărâți să plece la muncă în străinătate doar 5,2% au indicat *dorința unor salarii mai mari*, corelat cu întrebarea *Ce v-ar determina să vă schimbați locul de muncă?* și doar 3,3% corelat cu întrebarea *Ce factori v-ar determina să plecați la muncă în străinătate?*. Diferențele procentuale sunt distribuite relativ uniform între celelalte opțiuni, cu excepția *dorinței de realizare profesională*, care înregistrează 1,9% raportat la prima întrebare. Astfel, datele arată că structura deciziei este una complexă, în funcție de condițiile existente și opțiunea personală, unul sau altul din factori putând să depășească în importanță pe cei considerați majoritari.

Obligațiile de familie constituie principalul impediment în calea plecării la muncă în străinătate pentru 44% (Fig.62) dintre respondenți, fiind urmat de *vârsta* (cca. 11%). Doar 22,1% dintre respondenți nu sunt interesați de plecarea din țară; dacă îi adăugăm și pe cei care nu au răspuns sau nu s-au putut decide în privința unui răspuns, putem observa că 73% dintre respondenți au analizat posibilitatea plecării, avantajele și dezavantajele unei decizii în acest sens.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



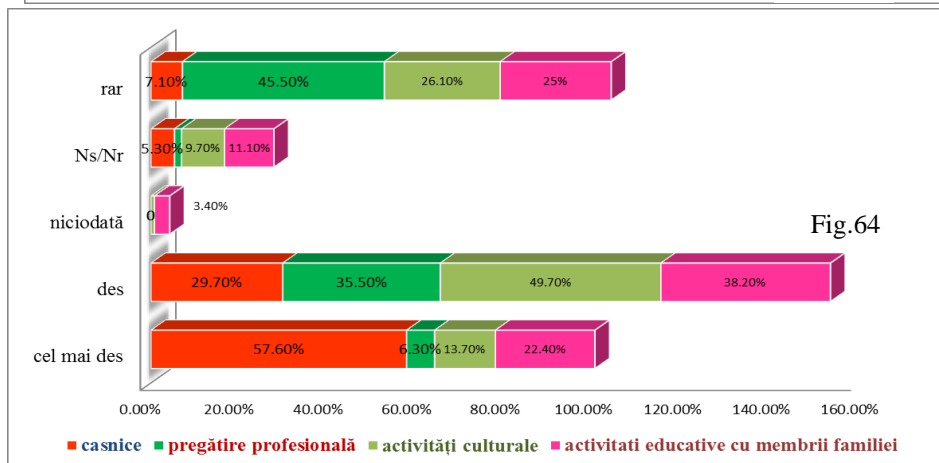
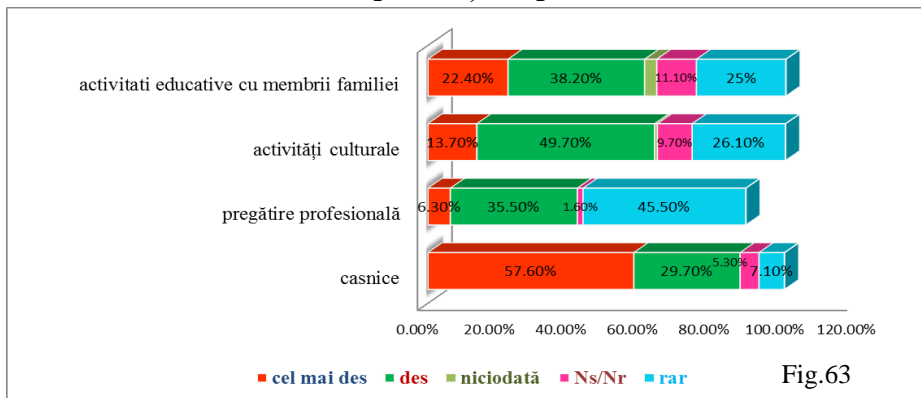
GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Cum vă petreceți timpul liber?



Analiza corelațiilor arată că vârsta intervine ca factor ce împiedică plecarea, în special peste vârsta de 45 de ani (cumulat, 11,5% dintre respondenți) și *obligățiile de familie* sunt cel mai frecvent invocate de grupa de *vârsta 25-45 de ani* (cumulat, cca. 44% dintre respondenți). *Obligațiile de familie* sunt invocate de 35% dintre subiecții care sunt în același timp și căsătoriți (totalul celor căsătoriți fiind de 75%), și de 37,1% din subiecții care au cel puțin un copil (dintr-un total de 43,9%), 6,8% referindu-se la *alte obligații de familie* decât cele legate de creșterea copiilor.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

CONCLUZII

la cercetarea cantitativă privind satisfacția personalului din sistemul sanitar

Nu au putut fi identificate relații univoce, pozitive sau negative (direct proporționale sau invers proporționale), între doi sau mai mulți factori, ivindu-se ideea unui model plurifactorial, de care trebuie ținut cont în analiza calității vieții profesionale.

A. Calitatea vieții profesionale

1. Principalii factori care influențează *gradul de satisfacție al personalului* (identificați din răspunsurile la întrebarea: *Bifați factorii care provoacă insatisfacții la locul de muncă:*) sunt:

- *veniturile* (43,4% în formă simplă și 60% cumulat). Analiza calitativă relevă faptul că influența acestui factor fiind invers proporțională cu vârsta subiecților. Măsurile luate în contextul crizei economice au constituit o importantă sursă de insatisfacție. De asemenea, comparația cu alte secții și, în special, cu nivelul câștigurilor din alte state, accentuează sentimentul de insatisfacție. Motivația financiară este privită uneori și din perspectiva plăților informale, existând motive de invidie între diferitele categorii profesionale din sistem. Vârful ierarhiei plăților informale îl constituie medicul (profesorul, apoi șeful de secție și la urmă medicul), urmat apoi de asistentă.

- *stresul la locul de muncă* (14,2% simplu și 30% cumulat).

Acestora li se adaugă următorii: (identificați din răspunsurile la întrebarea: *Ce vă mulțumește la locul dvs. de muncă?*)

- *realizarea profesională* (32,1% în formă simplă și 40,5% în formă cumulată), prezentă și sub forma statusului profesional în cadrul abordării calitative. Acesta suportă atât o perspectivă obiectivă, exprimată în aprecierea pe care salariatul o simte din partea societății față de profesia sa, cât și una subiectivă, salariatul proiectând o imagine a unui anumit status pe care și-o întreține pentru propria satisfacție (imagine care este deseori întreținută de grupul apartenențelor la aceeași profesie) sau continuând să trăiască cu imaginea unui status social anterior, care acum este de fapt pierdut.¹ Statusul profesional ridică însă

¹ Exemplul absolvenților de liceu sanitar dinainte de 1989 este elocvent, perioadă în care această formă de pregătire era considerată una de elită, vizibilă și prin intermediul numărului mare de candidați la această formă de școlarizare.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

și probleme, fiind numeroase disputele dintre diferitele categorii profesionale, ele înscriindu-se în general pe următoarele axe: medici versus asistente, asistente versus personal auxiliar, personal medical versus personal TESA. Aceste dispute fac parte însă din întreținerea imaginii propriului status, faptul de a avea subordonați ierarhic contribuind la întreținerea imaginii propriului loc ierarhic.

- *siguranța locului de muncă* (22,9%)

(din răspunsul la întrebarea: *Ce v-ar putea determina să plecați la muncă în străinătate?*)

- *condițiile de lucru* (6,6% simplu și 16,3% combinat).

Trebuie observată posibila coincidență între doi factori, *stresul la locul de muncă* putând fi interpretat din perspectiva *condițiilor de lucru*. Sintetizând, **principalii factori care determină gradul de satisfacție al personalului din sistemul sanitar sunt: nivelul veniturilor, condițiile de lucru, realizarea profesională și siguranța locului de muncă**. Per ansamblu, la momentul cercetării se poate observa că primii doi factori acționează predominant negativ în timp ce ultimii doi acționează pozitiv. Cum ponderea primilor doi este mult mai mare putem considera că gradul de satisfacție al personalului este scăzut.

Cercetarea ne arată faptul că analiza gradului de satisfacție trebuie făcută pe două dimensiuni:

a) **Gradul de satisfacție față de propria profesie** - operațional în special în cazul profesiilor care implică un nivel mai mare de pregătire profesională; având în vedere structura eșantionului putem spune că el este relevant pentru asistenții medicali și unele profesii din sfera personalului T.E.S.A. Acesta suportă la rândul său influențe în special dinspre raportul dintre *rolul și statusul social* al profesiei.

b) **Gradul de satisfacție față de locul de muncă**, ce poate fi analizat pentru toate categoriile profesionale, însă având o pondere diferită în nivelul general de satisfacție, în funcție de influența exercitată de primul factor. Acesta este influențat în special dinspre *condițiile de muncă*.

Ambele dimensiuni suportă influențe din partea factorului *nivelul veniturilor salariale*.

Trebuie să menționăm faptul că este depreciat în măsură mai mare gradul de satisfacție față de locul de muncă, comparativ cu gradul de satisfacție față de propria profesie.

Factorii care constituie cauze ale insatisfacției la locul de muncă, în afară de nivelul de salarizare, pe primul loc se situează *condițiile grele de lucru* (35,6% cumulativ) urmate de *lipsa timpului pentru familie și propria persoană* (30,8% cumulativ) și *lucrurile în timpul sărbătorilor legale* (26,9% cumulativ). Cu mențiunea că factorii de insatisfacție analizați de noi au generat un model care per ansamblu



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

poate fi considerat ca indicând un grad de satisfacție relativ ridicat, derivat mai curând din gradul de satisfacție față de propria profesie.

2. Calitatea vieții profesionale a salariaților din sistem influențează în mod semnificativ calitatea serviciilor medicale prestate către pacienți. În același timp se remarcă și o influență exercitată de calitatea serviciilor medicale asupra calității vieții profesionale. Deficitul de personal, datorat îndeosebi de plecarea colegilor din sistem, poate sta la baza scăderii calității serviciilor medicale prin sporirea sarcinilor de serviciu.

În situația în care colegii își schimbă locul de muncă, acest fapt conduce (cel mai mult, 37,40%) la sporirea sarcinilor de serviciu, astfel încât calitatea serviciilor medicale poate scădea odată cu apariția acestui factor.

3. Cum nivelul câștigurilor salariale constituie un important factor al gradului de satisfacție al personalului, în multe cazuri chiar cel mai important, iar efectele crizei economice s-au resimțit în primul rând prin diminuarea câștigurilor salariale, există o certă influență negativă a crizei economice asupra calității vieții profesionale, respectiv cu cât efectele crizei sunt mai severe cu atât scade gradul de satisfacție a personalului. Având în vedere confirmarea ipotezei nr. 1 putem spune că influența negativă este potențată atât de lipsa materialelor și medicamentelor necesare tratamentului pacienților, adică de scăderea calității serviciilor medicale acordate pacienților, cât și de diminuarea materialelor necesare protecției salariaților.

4. Finanțarea insuficientă, în contextul crizei, dar și ca deficiență cronică a sistemului sanitar, dublată de gestiunea defectuoasă a fondurilor, conduce la scăderea calității vieții profesionale prin factori precum:

- Insuficiența medicamentelor și materialelor sanitare
- Dotarea deficitară cu aparatură tehnică

- Lipsa/insuficiența materialelor de protecție: Echipamentul individual de protecție este deficitar pentru 65,6% dintre subiecți, în 16,1% cazuri acesta lipsind în totalitate. Cca. 60% dintre respondenți sunt nevoiți să-și cumpere echipamentul individual de lucru, doar pentru cca. 30% acesta fiind asigurat în exclusivitate de către unitate. Marea majoritate a subiecților, respectiv 81,9% din ei, consideră că își desfășoară activitatea în condiții de lucru periculoase și foarte periculoase. Absența echipamentului de protecție sau existența lui neîndestulătoare, la care se adaugă alte deficiențe ale sistemului, conduc la situația în care 83,7% dintre subiecți consideră că riscul de îmbolnăvire la locul de muncă este ridicat și foarte ridicat. Trebuie menționat însă că în discuție este o evaluare subiectivă, posibil a fi perturbată și de strânsa legătură între estimarea riscurilor și nivelul sporurilor de care beneficiază salariații. Intervenția altor factori este indicată de faptul că 26% dintre subiecți deși apreciază că riscul de îmbolnăvire este foarte crescut consideră



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

în același timp că echipamentul individual de protecție este suficient, destul de probabil subiecții având în vedere riscurile inerente locului de muncă.

- Deficitul de personal: Se confirmă influența sub-finanțării sistemului sanitar asupra deficitului de personal. Principalele cauze sunt cele de ordin financiar, precum „bugetul insuficient al unității” (30,53%), în acest caz fiind vorba de imposibilitatea unităților de a angaja personal, precum și salariile prea mici care conduc la plecarea de bunăvoie a salariaților către locuri de muncă mai bine plătite.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Partea a II-a: Tendința de migrație Introducere

Problema cercetată are în vedere tendința de migrație a personalului din sistemul sanitar corelată cu identificarea factorilor care determină acest fenomen. Motivul principal pentru care migrația personalului sanitar se impune ca problemă socială este acela că aceasta afectează calitatea serviciilor medicale, îngreunând în același timp accesul în timp util al populației la oferta de îngrijiri.

Studiile efectuate anterior privind migrația asistentelor medicale din România subliniază lipsa reglementării în domeniul sanitar românesc, precum și inegalitatea teritorială corelată cu o penurie a numărului de cadre medicale, determinată atât de o planificare inadecvată a personalului medical, cât și de creșterea fenomenului de migrare a acestora către țări în care profesia și persoana sunt respectate și unde condițiile de trai sunt mai bune².

În prezent, mișcarea migratorie a asistentelor medicale și a medicilor între țările din Europa înregistrează un nivel relativ redus, datorat în mare parte barierele culturale și lingvistice, în ciuda promovării recente a dreptului de liberă circulație pe piața muncii în interiorul Uniunii Europene. Pe lângă acestea, rezultatele cercetării desfășurate au relevat printre altele, că și vârsta și dorința de a rămâne aproape de familie sunt printre factorii care îi determină pe angajații din sistemul sanitar să nu părăsească România.

Examinarea migrației personalului din sistemul sanitar ar trebui să se bazeze în primul rând pe conștientizarea magnitudinii acestei probleme, pe determinarea exactă a numărului de emigranți dar și a caracteristicilor economico-profesionale ale țărilor de destinație, pentru a putea contura apoi factorii care stau la baza deciziei de a părăsi sistemul național de sănătate și de a continua activitatea într-o altă țară. Cercetarea de față încearcă să determine în mare parte, dimensiunea calitativă a tendinței de migrare, mai exact identificarea factorilor legați de condițiile de muncă și a celor legați de calitatea vieții personalului sanitar care duc la creșterea ratei migratorii, concentrându-se în același timp pe încercarea de a contura trăsăturile specifice ale sistemului sanitar românesc, accentul căzând pe

² Cristian Vlădescu, Victor Olsavsky, *Migrația asistentelor medicale: cazul României*, Management în sănătate, 4/2009



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

neajunsurile acestuia, tocmai din dorința de a putea formula soluții eficiente menite să ducă la creșterea calității serviciilor oferite.

Obiectivul general al cercetării

Identificarea factorilor care determină migrația personalului din sistemul sanitar dar și a celor care îi împiedică pe aceștia să părăsească țara, precum și o estimare a tendinței de migrație, raportată la nivelul interpretării dorinței exprimate de respondenți referitoare la o posibilă emigrare.

Obiective specifice:

1. Stabilirea de corelații între migrația personalului din sectorul sanitar și calitatea vieții profesionale a acestora.
2. Identificarea gradului și a surselor de informare ale personalului din sectorul sanitar în ceea ce privește piața muncii în alte țări.
3. Stabilirea relației de cauză-efect între migrația personalului medical și scăderea calității serviciilor medicale oferite.
4. Identificarea modului în care întoarcerea personalului medical în țară contribuie sau nu la îmbunătățirea calității serviciilor medicale.
5. Realizarea profilului emigrantului din sistemul sanitar.

Ipoteze:

1. Estimarea tendinței de migrație a personalului trebuie să ia în considerare două tipuri de factori: factori care determină migrația și factori care împiedică migrația, decizia de a pleca la muncă în străinătate fiind rezultatul unui raport între cele două tipuri de factori.
2. Factorii care determină tendința de migrație și, în final, plecarea unor salariați la muncă în străinătate se împart în două tipuri: factori care „împing” salariații să caute un loc de muncă mai bun (factori de tip *push*) și factori care atrag personalul în străinătate (factori de tip *pull*), ambii factori conturând, în măsuri diferite, tendința de migrație și intervenind în motivarea deciziei de a pleca.
3. Prezumăm că principalii factori de tip *pull* sunt *nivelul de salarizare, condițiile de lucru, dorința de realizare profesională* și, într-o oarecare măsură, *gradul de civilizație*, iar factorii de tip *push* sunt *salariul actual, condițiile de muncă, perspectivele locului de muncă actual*.
4. Prezumăm că tendința a personalului din sistemul sanitar este influențată în mod semnificativ de calitatea vieții profesionale a personalului.
5. În condițiile blocării angajărilor datorită prevederilor legale în vigoare plecarea unui procent semnificativ de salariați la muncă în străinătate antrenează deficit de personal medical.
6. Prezumăm că există o legătură între decizia de a pleca și tipul de informații pe care salariatul le are despre condițiile de muncă și de salarizare din Occident.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

- Munca în Occident constituie o sursă de schimbare a mentalității și a standardelor profesionale, fiind unul din factorii principali care contribuie la conturarea parametrilor de satisfacție profesională și față de locul de muncă, exercitând o influență semnificativă asupra calității vieții profesionale în sensul creșterii așteptărilor față de profesie și locul de muncă.

Analiza datelor

1. Intenția de migrație

Pentru viitorul apropiat, aveți în vedere să găsiți un alt loc de muncă mai bun tot în cadrul sistemului sanitar?

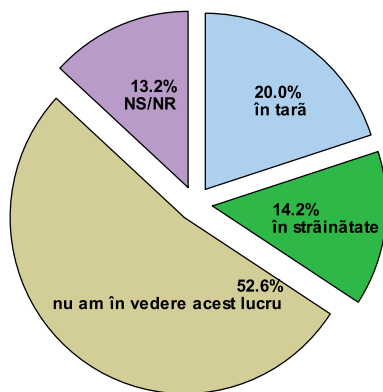


Fig.65



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

În ceea ce privește perspectivele de viitor pentru schimbarea locului de muncă, tot în sistemul sanitar, 52.6% (Fig.65) au menționat că *nu au de gând* să facă această schimbare. Dintre cei care vor totuși să își schimbe locul de muncă, 20% ar face-o *tot în cadrul sistemului sanitar din țară*, în timp ce 14.2% în *străinătate*, ceea ce este un procent considerabil în ceea ce privește tendința de migrație a personalului participant la studiu.

Pentru viitorul apropiat, aveți în vedere să găsiți un alt loc de muncă mai bun în afara sistemului sanitar?

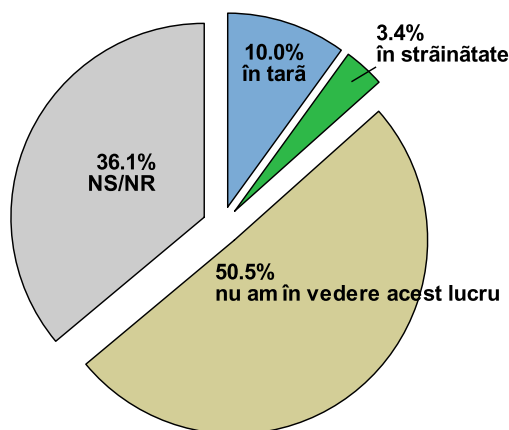


Fig.66

Dacă avem în vedere schimbarea locului de muncă în afara sistemului sanitar (conform Fig.66), majoritatea de 50.5% dintre respondenți *nu doresc acest lucru*, 10% ar face schimbarea de loc *în afara sistemului sanitar tot în țară* și 3.4% ar fi dispuși să schimbe domeniul, dar *în altă țară*, ceea ce reconfirm disponibilitatea de a pleca în străinătate a angajaților, fie pentru a se angaja în același sistem, fie în sisteme diferite.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

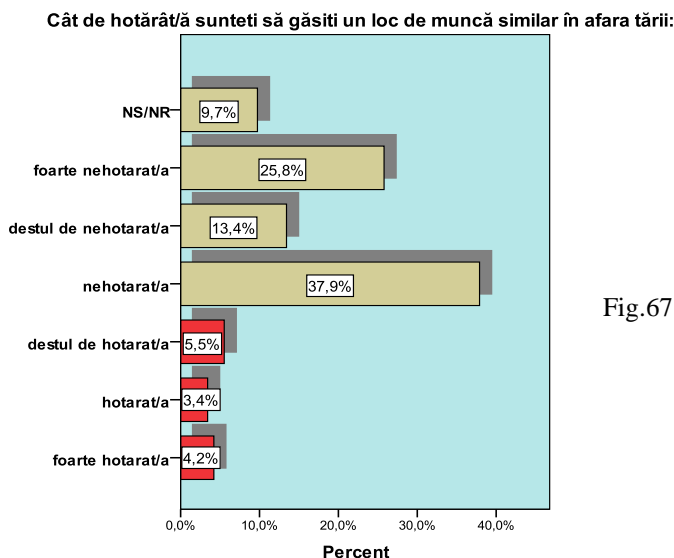


Fig.67

Dacă la întrebarea privitoare la intențiile de viitor privind găsirea unui loc de muncă mai bun tot în sistemul sanitar 14,1% dintre respondenți au indicat faptul că ar dori să caute un loc de muncă mai bun în străinătate, scalarea stării de hotărâre privind intențiile de plecare arată că 13,1% (Fig.67) dintre subiecți sunt *hotărâți*, în diferite grade, să plece la muncă în străinătate. Așa cum am mai subliniat, intențiile de plecare se mențin în jurul procentului de 14% în toate cercetările desfășurate de noi în ultimii ani.

Dacă interpretăm starea de nehotărâre ca o posibilitate de a lua în considerare demersurile pentru a pleca în străinătate observăm că cca. 40% dintre respondenți se situează într-o zonă de *așteptare*, intervenția diferiților factor putând muta balanța deciziei în favoarea plecării. Analiza corelațiilor arată că 6,3% dintre subiecți au indicat *intenția de a pleca* la muncă în străinătate și, în același timp, se consideră încă *nehotărâți*. Situația este de natură a indica faptul că interpretările date de subiecți celor două întrebări sunt diferite calitativ și, în același timp, intențiile lor suportă mai multe tipuri de influențe, cum ar fi posibile modificări în bugetul familiei, posibilitatea de a găsi un loc de muncă mai bun în țară sau încă un loc de muncă etc.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

2. Situația colegilor plecați în străinătate

Aveți colegi de secție/compartiment care au plecat în ultimii trei ani:

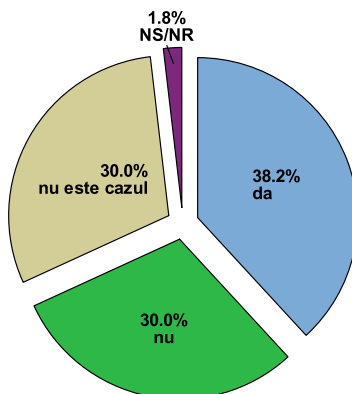


Fig.68

Reținem în primul rând amploarea fenomenului migrației personalului medical în condițiile în care cca. 45% dintre respondenți declară că *au colegi de secție* sau compartiment care au plecat în ultimii 3 ani în străinătate. Răspunsul trebuie interpretat în contextul diversității respondenților, specifică unui eșantion reprezentativ la nivelul celor 6 județe în care s-a desfășurat cercetarea. Din perspectiva repartiției geografice, pe județe, a migrației se disting Brăila (55,78%) și Galați (51,38%), restul județelor înregistrând sub 50% respondenți care indică faptul că au colegi plecați la muncă în străinătate. Analiza corelată cu diferitele tipuri de unități sanitare indică faptul că plecările au loc din toate tipurile de unități sanitare, înregistrându-se procente apropiate, situate în jurul a 50%. Analizând tendința de migrație a colegilor de secție/compartiment celor chestionați care au plecat în ultimii trei ani la muncă în străinătate, procentul cel mai mare de 38.2% *a confirmat* plecarea acestora, în timp ce 30% au menționat că *nu* (Fig.68). Analizând procentajul de 38.2%, poate fi considerat crescut, având în vedere condițiile sistemului sanitar din momentul cercetării, în care posturile erau blocate.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
ȘI AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Din câte cunoașteți, colegii dumneavoastră care lucrează în străinătate câștigă:

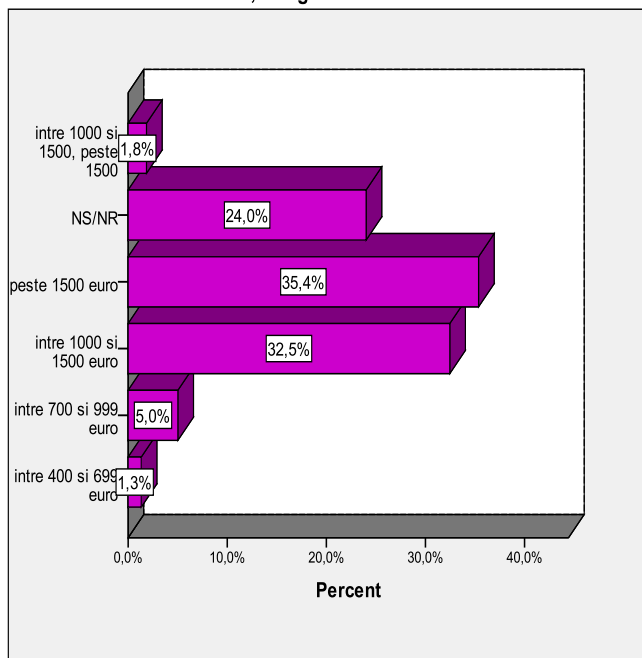


Fig.69

Nivelul câștigurilor constituie un puternic motiv care poate determina salariații să plece la muncă în străinătate, dând contur factorilor de tip *pull*. La această idee ne conduce și faptul că cca. 40% dintre respondenți au indicat venituri *peste 1000 euro* (Fig.69) ale colegilor plecați la muncă în străinătate și consideră că le-ar fi suficient un venit de *peste 1000 euro*, fapt care sugerează că o bună parte din așteptările salariale se conturează pornind de la posibilitățile oferite de lucru în alte state. În același timp, analiza corelațiilor arată că 14,2% dintre respondenți și-au exprimat *intenția de a pleca la muncă în străinătate* în următoarea perioadă, 11,8% indicând în același timp salarii ale colegilor *peste 1000 de euro*, 10% dintre subiecți, indicând în mod simultan și faptul că nivelul câștigurilor pe care și le-ar dori este situat peste 1000 euro. Se conturează astfel ideea că factorul *pull* începe să-și exercite din plin acțiunea pe zona salariilor de la pragul de 1000 euro în sus.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

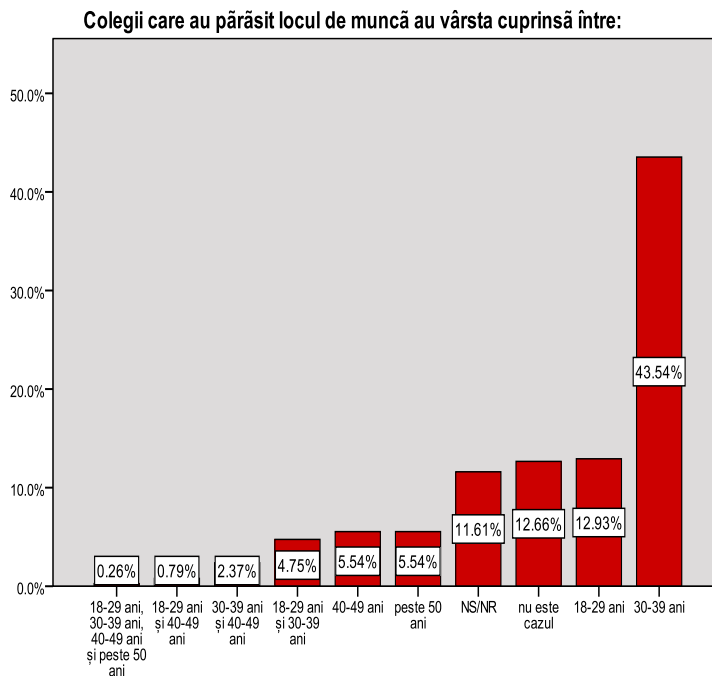


Fig.70

Ca și medie de vârstă a celor care au părăsit locul de muncă, 43.54% (Fig.70) consideră că aceștia se încadrează între 30-39 ani și 12.93% între 18-29 ani, ceea ce arată grupe de vârstă scăzute și faptul că cei tineri de regulă își schimbă locul de muncă mai ușor, față de procentajul de 5.54% care au menționat colegii cu vârste de peste 50 ani sau același procentaj cu vârste de 40-49 ani.

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Prin revenirea din străinătate a personalului sanitar care a lucrat în sistem:

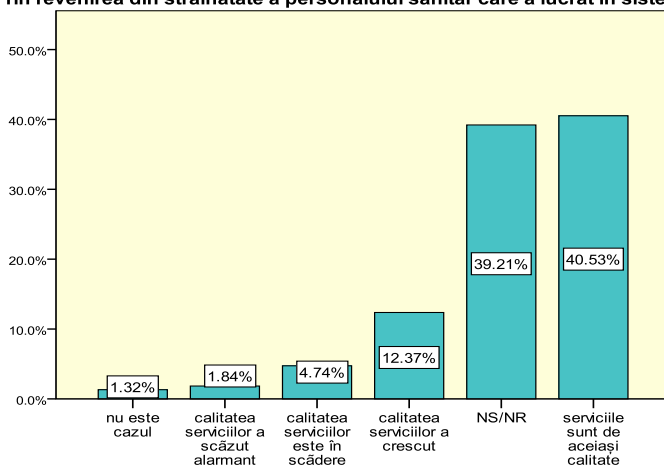
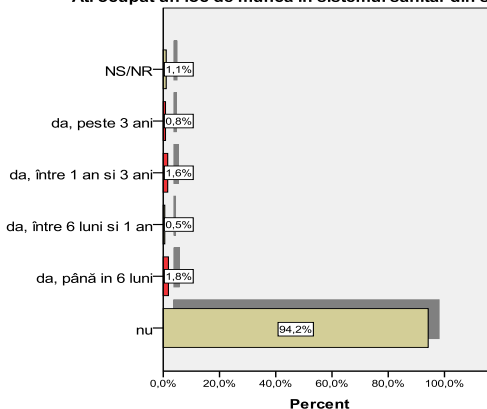


Fig.71

Analizând calitatea serviciilor prin prisma întoarcerii în sistem a celor plecați în străinătate pentru a munci, 40.53% (Fig.71) consideră că acest fapt conduce la *păstrarea calității serviciilor*, în timp ce un procentaj mai scăzut, de 12.37% consideră că acest aspect calitativ *a crescut*. De partea cealaltă, există și procente de 4.74% care consideră că prin întoarcerea în sistem a celor care au muncit în străinătate calitatea serviciilor este *în scădere* și 1.84% *în scădere alarmantă*, ceea ce relevă, fie incapacitatea celor întorși în sistemul românesc de a pune în practică ceea ce au exersat în străinătate, fie imposibilitatea colegilor de a sesiza acest fapt.

Ati ocupat un loc de muncă în sistemul sanitar din străinătate?



Procentul subiecților care decl: Fig.72 *lucrat în străinătate*, pentru diverse perioade, este de 4,7% (Fig.72); în principiu, acesta ar putea oferi câteva informații privind tendința de întoarcere. Cu observația însă că el se situează sub marja de



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

eroare a cercetării cantitative. Ponderea respondenților care au lucrat în străinătate *între unul și trei ani* este mai mare decât în cazul altor perioade de plecare, ea putând în principiu fi legată de posibilitatea salariaților de a lua concediu fără plată pentru a pleca pentru o perioadă la muncă în străinătate.

În vederea plecării la muncă în străinătate care este sursa principală de unde ati culege informații :

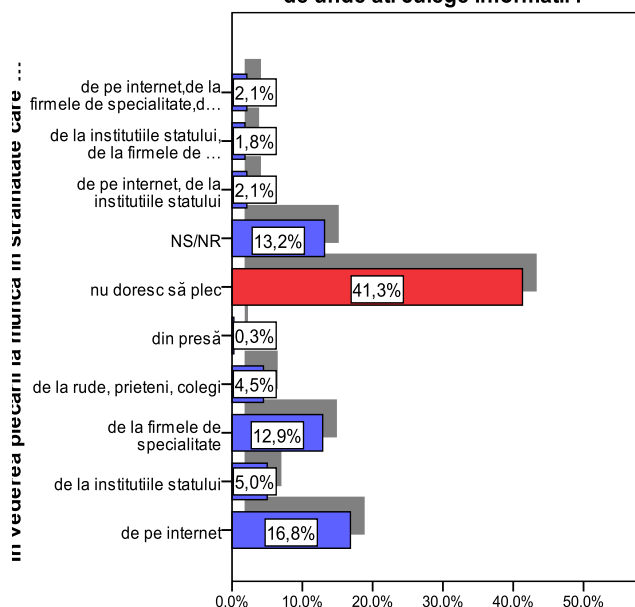


Fig.73

Rețin atenția în primul rând cei 41,3% dintre subiecți care au răspuns în mod clar că nu doresc să plece; dacă adăugăm și pe cei care nu au răspuns la această întrebare ajungem la procentul de 45% dintre respondenți care iau în considerare posibilitatea plecării la muncă în străinătate, gândindu-se chiar la canalele potrivite (Fig.73) pentru a se informa în acest sens³.

³ Din perspectiva coerenței răspunsurilor 1,3% din cei care au afirmat o formă de hotărâre pentru a pleca și 0,5% dintre cei care și-au exprimat intenția de a căuta un loc de muncă în străinătate indică în același timp că nu doresc să plece. Aceste procente se încadrează în marja de eroare a cercetării cantitative.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în oameni!

3. Motivația fenomenului de migrație

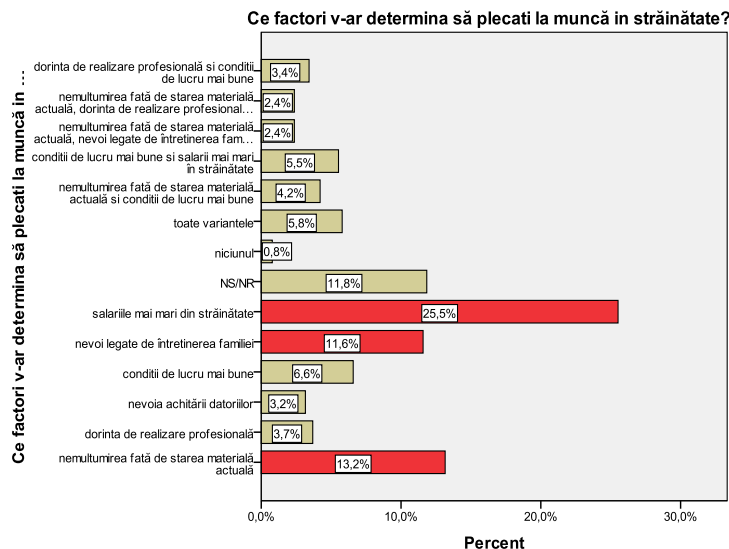


Fig.74

Din perspectiva tendinței de migrațiune, din factorii ce pot determina plecarea se remarcă în primul rând *salariile mai mari din străinătate* (un factor de tip *pull*, deci de atracție a personalului) urmat de *nemulțumirea față de starea materială actuală* și *nevoile de întreținere a familiei* (Fig.74; ambii factori de tip *push* adică cei care „împing” salariații să plece constituind posibile cauze ale unei eventuale plecări). Astfel, din perspectiva opțiunilor cele mai frecvente putem constata un echilibru al acțiunii factorilor de tip *pull* și de tip *push*.

Analiza corelațiilor arată că la în cazul celor 13,1% care s-au arătat hotărâți să plece la muncă în străinătate doar 5,2% au indicat *dorința unor salarii mai mari* corelat cu întrebarea *Ce v-ar determina să vă schimbați locul de muncă?*) și doar 3,3% corelat cu întrebarea *Ce factori v-ar determina să plecați la muncă în străinătate?*. Diferențele procentuale se distribuie relativ uniform între celelalte opțiuni cu excepția *dorinței de realizare profesională* care înregistrează 1,9% raportat la prima întrebare. Astfel, datele arată că structura deciziei este una complexă, în funcție de condițiile existente și opțiunea personală unul sau altul din factori putând să depășească în importanță pe cei considerați majoritari.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

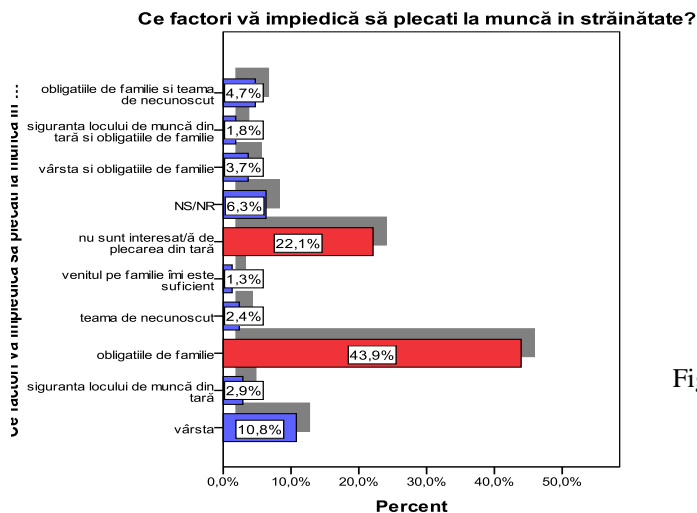


Fig.75

Obligațiile de familie constituie principalul impediment în calea plecării la muncă în străinătate pentru 44% dintre respondenți, fiind urmat de *vârsta* (cca. 11%, Fig.75). Doar 22,1% dintre respondenți *nu sunt interesați* de plecarea din țară; dacă îi adăugăm și pe cei care nu au răspuns sau nu s-au putut decide în privința unui răspuns putem observa că 73% dintre respondenți *au analizat* posibilitatea plecării, avantajele și dezavantajele unei decizii în acest sens.

Analiza corelațiilor arată că vârsta intervine ca factor ce împiedică plecare în special peste vârsta de 45 de ani (cumulat, 11,5% dintre respondenți) și obligațiile de familie sunt cel mai frecvent invocate de grupa de vârstă 25-45 de ani (cumulat, cca. 44% dintre respondenți). Obligațiile de familie sunt invocate de 35% dintre subiecții care sunt în același timp și căsătoriți (totalul celor căsătoriți fiind de 75%), și de 37,1% din subiecții care au cel puțin un copil (dintr-un total de 43,9%), 6,8% referindu-se la alte obligații de familie decât cele legate de creșterea copiilor. Raportul *lipsă personal – dorința de a pleca*: 8,9% dintre respondenți indică în mod simultan lipsă de personal sau personal insuficient (totalul este de 56,6%) la locul de muncă și dorința de a pleca (totalul celor care doresc să plece fiind de 14,1%). Raportul *condiții de lucru - dorința de a pleca*: 13,1% dintre respondenți indică în mod simultan condiții de lucru foarte periculoase sau periculoase și dorința de a pleca.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

CONCLUZII

la cercetarea cantitativă privind migrația

Luând în considerare faptul că nivelul de salarizare și condițiile existente la locul de muncă constituie factori esențiali care determină calitatea vieții profesionale și, totodată, intervin în determinarea migrației se remarcă influența exercitată de calitatea vieții profesionale asupra tendinței de migrație. Astfel, calitatea vieții profesionale scăzute contribuie în mod semnificativ la creșterea tendinței de migrație a personalului din sistemul sanitar.

Din perspectiva tendinței de migrație, remarcăm, ca factori de tip *pull*, salariile mai mari din străinătate (atracția financiară începe pe zona obținerii de salarii de la 1000 euro în sus), urmate de nemulțumirea față de starea materială actuală și nevoile de întreținere a familiei (ambii factori de tip *push* adică cei care „împing” salariații să plece constituind posibile cauze ale unei eventuale plecări). Din perspectiva opțiunilor cele mai frecvente putem constata un echilibru al acțiunii factorilor de tip *pull* și de tip *push*.

Calitatea vieții profesionale scăzute contribuie în mod semnificativ la creșterea tendinței de migrație a personalului din sistemul sanitar. Acest fapt este evidențiat de relația inegală de tip cost-beneficiu existentă între condițiile precare de muncă existente și nivelul insuficient de salarizare.

Lipsa reglementărilor eficiente în domeniul sanitar, concretizată în majoritatea cazurilor prin blocarea angajărilor pe posturile vacante, ca urmare a migrației, antrenează situații de deficit de personal medical.

Decizia de a emigra este puternic influențată de informațiile legate de salarizare și de condițiile de muncă din Occident, pe care angajatul din sistemul sanitar le obține de la colegii care au părăsit țara.

Pe lângă beneficiile salariale, munca în străinătate îi atrage pe angajații din sistemul sanitar românesc, din prisma diferenței standardelor profesionale precum și a mentalităților. Acești factori de tip *pull* acționează în conturarea parametrilor de satisfacție profesională și față de locul de muncă.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

B. CERCETAREA CALITATIVĂ

Partea I

Calitatea vieții profesionale

Introducere

Calitatea vieții este un concept sociologic care poate fi definit prin gradul de satisfacție și de împlinire pe care un individ îl resimte pe parcursul vieții sale personale. *Calitatea vieții profesionale* constituie unul dintre aspectele concrete ale formei de împlinire umană, iar dacă luăm în considerare relația dintre timpul de muncă și timpul liber în destinul fiecărui individ – cel puțin în cazul societății contemporane – ne apare ca fiind indiscutabil faptul că durata timpului de muncă este cea care acaparează într-o măsură considerabilă timpul nostru de viață. Iată de ce un studiu cu privire la calitatea vieții profesionale – fără a fi exhaustiv – este extrem de relevant pentru descrierea calității vieții umane, în cazul nostru al calității vieții cadrelor medicale.

Activitatea – munca – prestată de salariații din sistemul sanitar este plină de varietate și de provocări. Ea necesită, datorită înaltei responsabilități față de viața umană, a pacienților, o pregătire teoretică temeinică și o deprindere la fel de competentă a punerii în practică a cunoștințelor dobândite. De aceea, statutul social și profesional al cadrului medical se situează pe o treaptă superioară și, în foarte multe privințe, se detașează în raport cu alte categorii profesionale ce au absolvit o treaptă de școlarizare echivalentă.

Sensul și conținutul muncii în sistemul sanitar oferă o posibilitate remarcabilă de realizare personală. Mihaly Csikszentmihalyi descoperă câteva elemente de bază ale satisfacției care rezultă în urma desfășurării unei activități: prezența unei sarcini de îndeplinit, realizabilă, incitantă și care presupune o aptitudine specială; concentrarea pe activitatea desfășurată; sarcina are scopuri clare și reacția de răspuns apare imediat; persoana acționează cu o implicare profundă, ceea ce conduce la eliminarea din conștiință a grijilor și frustrărilor cotidiene; manifestarea sentimentului de control asupra propriilor acțiuni; preocuparea pentru propria persoană dispare, dar sentimentul de sine re apare mai puternic după efectuarea activității. Dacă ne raportăm la activitatea desfășurată în sistemul sanitar, atunci pentru o apreciere calitativă a vieții profesionale în acest sector trebuie să identificăm



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

prezența acestor elemente susceptibile să confere un înalt sens vieții angajaților din domeniu.

Cercetarea de față nu are pretenția de a da un răspuns atât de înalt în ordinea evaluării sensului vieții umane, însă poate prefigura starea de satisfacție profesională în care se află lucrătorii din sistemul sanitar din Regiunea Sud-Est.

Ceea ce vom urmări în mod concret vor fi elementele care contribuie la sentimentul de mulțumire/nemulțumire la locul de muncă. Aceste elemente sunt: facilitățile de care se bucură angajații, condițiile de muncă, conținutul muncii, relațiile de muncă și cadrul organizatoric al muncii.

Intrarea în sistem, modalitățile de calificare și de promovare la locul de muncă, programul de lucru, posibilitățile de câștig, constituie dimensiunile de bază ale locului de muncă în actualul context socio-economic. Dezbaterile legate de aceste teme au avut în vedere și au scos la suprafață dinamica fenomenelor care au intrat în discuție. Subiecții cercetării au avut ca termeni de comparație situația existentă în trecut, felul în care a evoluat aceasta, modalitatea în care își desfășoară activitatea colegii plecați la muncă în Occident și propriile idealuri profesionale, exprimând o atitudine de mulțumire sau nemulțumire în privința elementelor centrale ale activității lor profesionale.

Intrarea în sistemul sanitar

Indiferent de perioadă, intrarea normală în sistemul sanitar este facilitată de pregătirea școlară a personalului. În perioada comunistă și câțiva ani după aceea, forma de intrare în sistem a constituit-o repartitia pe post în funcție de media anilor de studii. Personalul care a intrat în sistem prin această formă s-a arătat mulțumit de modalitatea de acces, indicând faptul că ea era stimulativă pentru pregătirea școlară a celor ce au ales această carieră profesională. Faptul că se știa dinainte că în funcție de pregătirea școlară prezentă sunt determinate șansele de acces la un post în sistemul sanitar sau la o formă de învățământ universitar îi motiva pe elevii liceelor sanitare în pregătirea lor teoretică și profesională.⁴ Trebuie să înțelegem, totuși, această mulțumire în contextul în care societatea funcționa pe

⁴ Nu trebuie însă să idealizăm perioada comunistă deoarece și atunci sistemul era viciat de trasee informale de angajare. Diferențele ar fi, poate, unele cantitative, deoarece numărul celor care aveau acces la diferitele forme de trafic de influență estimăm că era mai mic.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismului Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

baza unei planificări centralizate, o societate care școlariza previzibil un număr de cadre medicale, în general insuficient pentru a acoperi nevoile de servicii medicale raportat la normativele de personal din Occident. S-a încercat compensarea deficitului după 1989 prin multiplicarea rapidă a modalităților de formare⁵ și creșterea numărului de elevi/studenți formați, însă, după cum vom vedea în continuare, deficitul a continuat să persiste datorită altor cauze. Mulțumirea față de forma repartiției a fost exprimată și de cei care au intrat în sistem după 1989, fapt ce se explică prin menținerea sistemului repartiției până la sfârșitul ultimului deceniu al sec. XX: N.D., f., Galați: *Pe vremuri, când terminai liceul sanitar, exista această posibilitate de a li se oferi celor care îl terminau un loc de muncă.* C.L., f., Galați: *În funcție de notele obținute, aveai posibilitatea să îți alegi un post. Îți alegeai în funcție de media pe care o aveai.* N.D., f., Galați: *Până în 1994 s-a întâmplat asta deoarece exista liceul sanitar, dar din 1995 fiecare își caută și pe unde găsește, printr-o cunoștință.*

Categoria de participanți la dezbaterile focus grup care a trecut prin experiența repartiției pe post și, în același timp, a cunoscut cealaltă formă de intrare în sistem – concursul – a indicat frecvent faptul că diferența dintre cele două forme poate fi caracterizată, simplu, prin cuvintele *ușor/greu*. Astfel, această apreciere exprimă modul în care facilitatea de integrare în sistemul sanitar a suferit o degradare: M.L., f., Brăila: *Am primit repartiție la terminarea liceului sanitar. Sunt promoție a liceului sanitar și nu am avut nici o problemă.* B.M.A., f., Brăila: *Același lucru și eu, tot prin repartiție.* R.M.M., f., Brăila: *Erau alte vremuri, acum e mult mai greu.* Există, cum era de așteptat, excepții și înainte de această perioadă, inclusiv pe timpul comunismului: C.E., f., Brăila: *Am intrat prin relații. Am fost chemată de șefa de partid, care era șefa colegei mele.*

Treptat, regulile se schimbă, trecându-se la varianta *concurs*⁶ (sau *examen* în cazurile în care este un singur concurent pe loc) însoțită de alte metode informale. În funcție de vârsta participanților, aprecierea față de intrarea în sistem prin concurs devine circumspectă și tot mai neîncrezătoare: I.M., f., Constanța: *Se știe că în sistemul sanitar cineva recomandă pe altcineva. Deci, venind din afară printr-un concurs cinstit, foarte rar se întâmplă să ocupi un loc; doar să fie foarte multe locuri și să fie candidați puțini. Eu vorbesc de anul 2000, când am terminat*

⁵ Spre exemplu, înființarea școlilor postliceale pentru asistenții medicali.

⁶ Concursurile, deși sunt în principiu modalități echitabile de angajare, nu sunt lipsite de contestații informale, imaginea pe care acestea o au în rândurile angajaților nefiind tocmai cea de corectitudine.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

*eu. De remarcat este faptul că începând din această perioadă (anul 2000), se instituie și obișnuința ca viitorii angajați să fie recrutați dintre cei care au avut mai întâi o perioadă de voluntariat, fie din proprie inițiativă, fie la solicitarea informală a angajatorului (exprimată uneori doar la nivel de șef secție/asistent șef). Excludând problemele legate de posibilitatea substituirii raportului de muncă de către cel de voluntariat (problemă pertinentă de altfel), voluntariatul prezintă pentru angajatori atât avantajul unei forțe de muncă neremunerată pentru o perioadă scurtă de timp (de observat faptul că voluntariatul face parte dintr-o strategie de adaptare a unităților sanitare la condițiile create de blocarea angajărilor), cât și pe cel al pregătirii forței de muncă înainte de a fi angajată, suplinind unele deficiențe ale activității practice din timpul școlarizării: B.V., f., Galați: *La noi sunt câteva care fac voluntariat de vreo doi-trei ani, dar știu că suntem noi din generația veche, cu școală postliceală și așteaptă să iasă X la pensie pentru a intra în locul ei, dar eu nu generalizez și nu contest că sunt și fete foarte bine pregătite. Eu lucrez aici de 30 de ani și toate fetele care erau bune au plecat. Sunt fete cu trei-patru ani de postliceală, dar nu știu nici măcar limba română. Au fost semnalate și cazuri extreme, ce merg până la doi ani de voluntariat: S.C., f., Galați: *Iar acum, după 2000, am făcut doi ani de voluntariat. Putem astfel spune că voluntariatul constituie și o formă de pregătire informală care, de lege ferenda, ar putea beneficia de recunoașterea organismelor profesionale.***

Liberalizarea societății românești a condus și la liberalizarea educației, pe lângă școlile de stat apărând foarte multe forme particulare de pregătire sanitară. Sistemele de pregătire inițială pentru asistenții medicali s-au diversificat, apărând mai multe nivele de pregătire cu diferențe semnificative între ele. Spre exemplu, între absolventul de postliceală, dar fără bacalaureat și absolventul de facultate, diferența în principiu este foarte mare. În aceste condiții după 1995 s-a instalat treptat un dezechilibru între numărul absolvenților și posibilitatea de absorbție a pieței forței de muncă.⁷ Acest fapt, combinat cu o politică de limitare a intrărilor în sistemul public, a condus la greutatea găsirii unui loc de muncă, la suspiciuni privind desfășurarea concursurilor, la forme preliminare de angajare, precum voluntariatul. Participanții au atras atenția asupra importanței relațiilor în câștigarea concursului, asupra corupției care apare în legătură cu ocuparea unui loc de muncă: Ș.M., f., Constanța: *Eu am mai dat un concurs la primire urgențe și locurile fiind aranjate, nu am intrat. Mi s-a spus că am avut nota cea mai mare la teorie, iar la practică a fost o discuție liberă și nu știu pe ce criterii s-a notat, pentru că în momentul în care s-au afișat rezultatele, aveam 7 la teorie și 5 la practică și eram sub limită.*

⁷ De observat că la început acest dezechilibru era unul practic, după 2003-2004 el devenind mai curând unul teoretic în condițiile în care Occidentul reușește să absoarbă un număr impresionant de salariați specializați pe zona medicală.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Mai târziu am constatat că la scris erau note și de 9, 10, chiar dacă mie mi s-a spus că am nota cea mai mare și mi-am dat seama că trebuia fusese aranjată înaintea examenului, cine o să intre și cine nu.

Așadar, observăm faptul că modalitatea de intrare în sistem prin repartitiție era simplă, lipsită de stres, chiar dacă existau și atunci recomandări de la partid sau bariere impuse de domiciliul înscris pe buletin. Modalitatea actuală – concursul – este umbrită de nenumărate suspiciuni, este stresantă, câțiva participanți – foarte puțini – mărturisind că au îndrăznit să conteste rezultatele concursului.

Tot după anul 2000, datorită limitărilor legale pentru intrarea în sistem, s-a dezvoltat și mecanismul angajărilor repetate pe AS (angajat sezonier), în locul persoanelor care aveau contractul de muncă suspendat; după mai multe astfel de angajări, salariatul reușește să intre în sistem cu contract pe perioadă nedeterminată⁸.

Au fost indicate și modalități informale de intrare în sistem, precum C.L., f., Buzău: *Sistemul sanitar în sine. Se știe că cineva recomandă pe altcineva. Deci, din afară, printr-un concurs cinstit, foarte rar se întâmplă; doar să fie foarte multe locuri și să fie candidați puțini. Eu vorbesc de anul 2000, când am terminat eu sau S.V., f., Tulcea: Cel puțin la noi, din 100 de participanți, treizeci intră „pe bune”, restul de șaptezeci prin intervenții, cunoștințe, relații de nepotism, pile, inclusiv plăți pentru angajare. De asemenea, a fost indicată (în general „din auzite”) existența unor tarife. Sistemele mixte sunt și ele prezente: în cadrul unui concurs cei mai buni intră pe merit, dar intră și câțiva „pe bază de pile”.*

De observat este probabilitatea foarte mică, în cazul subiecților, de a indica modalități de intrare informale și ilegale pentru propriul caz, fiind preferate formele oficiale. Există însă și excepții, precum: A.T., f., Brăila: *Pentru mine a fost foarte greu. Am făcut și școală și copii... mă trezeam dimineața la 5 și mă culcam la 12 noaptea. A fost o reușită într-adevăr, este o împlinire. Și tot prin sistemul de relații și recomandări, să fim sinceri sau L.G., f., Buzău: Da, sistemul este blocat. Și totuși, sistemul cu mulți ani în urmă, eu vorbesc de 1994, pentru că eu am terminat ultima promoție de liceu sanitar, apoi am făcut echivalarea cu școala postliceală și apoi în cadrul Facultății de Medicină specializarea asistent sanitar diplomant. Eu am terminat liceul sanitar, am dat un examen pentru ocuparea unui post, am făcut anul de stagiu în spitalul județean pe toate secțiile din spital, apoi am dat iar alt concurs. Eu am avut norocul să merg așa cum ar fi trebuit să fie.*

⁸ De observat că un angajat nu se consideră ca făcând cu adevărat parte din sistem până nu are un CIM pe perioadă nedeterminată.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Eu sunt de 16 ani în sistem și nu am avut nici un sprijin și influență și nimic altceva. Dar, din păcate, ce se întâmplă acum, aud foarte multe cazuri din ceea ce spuneți dumneavoastră. Sunt puține cazuri de concurs corect. Estimăm că după anul 2000 procentul celor intrați în sistem pe căi informale este mult mai mare decât cel indicat în cercetarea cantitativă, existând o tendință a subiecților de a-și considera legală propria modalitate de angajare.⁹

Numărul mare de absolvenți, datorat multiplicării modalităților de formare, mai ales a Școlilor Postliceale, dublat de blocarea posturilor din unitățile sanitare timp de mai mulți ani, a condus la creșterea dificultății de a intra în sistem, sporind și numărul cazurilor de acces pe căi informale. Subiecții au indicat faptul că sunt mai mulți absolvenți, dar calitatea pregătirii acestora a scăzut, mai ales datorită unor sisteme neperformante de formare: R.A., f., Brăila: *nivelul elevilor care fac școala sanitară este foarte scăzut*; C.V., f., Brăila: *fără nici un fel de discriminare, acum orice brancardier, orice femeie de serviciu termină școala, va deveni asistent. În acest context sunt relatate și angajările tip promovare; spre exemplu, angajată inițial ca infirmieră, face școala postliceală și este promovată, în baza unui examen, pe postul de asistentă. Dacă avem în vedere intrarea în sistem, nu este vorba propriu-zis de o angajare; dacă însă ne gândim la angajarea într-o anumită profesie, putem s-o analizăm la capitolul angajări.*

Satisfacția față de actualul loc de muncă

Motive de satisfacție

Problema conținutului muncii este inevitabil legată de cea a sensului ei și din această perspectivă ea devine o temă de cea mai înaltă importanță pentru evaluarea calității vieții umane și a celei profesionale, în subsidiar. Sensul muncii se poate rezuma la utilitatea ei socială. Atunci când trăim acest sentiment, că suntem utili semenilor noștri, suntem, în același timp, pătrunși de o bucurie și satisfacție personală. Starea de mulțumire (sau de flux optimal, pe care îl definește Mihaly Csikszentmihalyi), ale cărei elemente le-am enumerat în Introducere, rezultă din echilibrul care se instituie între utilitatea muncii și conținutul ei. Există puține activități, din cele foarte multe care sunt utile, care sunt și plăcute. Or, plăcerea este conferită tocmai de conținutul muncii ale cărei elemente sunt reprezentate de

⁹ În acest sens trebuie observat faptul că la menținerea sistemului angajărilor informale contribuie într-o măsură semnificativă și salariații (sau potențialii angajați), orice încercare de a reglementa situația necesitând strategii de acțiune și în ceea ce privește modificarea mentalității absolvenților și salariaților.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

caracteristici precum: varietate-monotonie, rutină-inovație, conducere-execuție, vocație, calificare etc. De aceea, un indicator ca acesta – *conținutul muncii* – ne va oferi date remarcabile în privința calității vieții profesionale în sistemul sanitar. El va deveni și un factor explicativ pentru rezistența pe care o au angajații la toată gama de nemulțumiri cu care se confruntă la locul de muncă, de la salariile modeste la riscurile de îmbolnăvire. De asemenea, participanții la focus grup au confirmat constatarea sociologică a faptului că există o satisfacție mai înaltă față de profesie, decât față de locul de muncă. Răspunsurile la întrebarea legată de mulțumirea la locul de muncă nu epuizează tema satisfacției profesionale. Alte teme din cadrul cercetării vor da măsura gradului de împlinire în cadrul acestui sector de muncă.

În evaluarea strictă a relației dintre salariu și mulțumirea la locul de muncă a dominat opinia că, în pofida inechitabilei remunerări, satisfacțiile oferite de meserie sunt de ordin superior: R.R., f, Galați: *Decât să fiu într-o altă funcție și să nu-mi placă, mai bine lucrez ca asistentă... nu contează numai banul.* R.M.M., f., Brăila: *Sunt mulțumită pentru că pot să fac o meserie care îmi place, în rest nu.* M.N., f., Brăila: *Același lucru pot spune și eu, îmi place specialitatea în care lucrez, îmi place meseria, în rest este foarte mult stres, remunerație minimă, condiții minime.*

Actul muncii în sine – în sistemul sanitar – este cel ce oferă mari satisfacții. Cuvântul cel mai des invocat a fost *plăcere*. În discuțiile avute pe această problemă se confirmă ceea ce Mihaly Csikszentmihalyi numea *paradoxul muncii*: „La muncă, oamenii se simt capabili și stimulați și, din acest motiv, mai fericiți, mai puternici, mai creativi și mai satisfăcuți. În timpul liber, considerând că nu au multe lucruri de făcut și că abilitățile lor nu sunt folosite, ei au tendința de a fi triști, plictisiți și nemulțumiți. Și totuși, le-ar plăcea să muncească mai puțin și să aibă mai mult timp liber”¹⁰. Iată un răspuns în același spirit: E.D., f., Constanța: *Este o bucurie când merg la muncă; zilele de concediu de multe ori sunt o povară. O zi, două - te odihnești. Pentru mine este o foarte mare bucurie când merg la muncă, merg cu mare drag, vă spun sincer.* Deseori, profesia este privită și ca o formă de împlinire personală. Contribuie la asta și sentimentul pe care-l oferă salvarea pacienților.

Ce anume apreciază cadrele medicale că este plăcut în meseria lor? În primul rând, salvarea de vieți, însuși obiectul muncii. Salvarea unei vieți a fost cel mai des invocată. Ameliorarea stării de sănătate a pacienților le produce lucrătorilor

¹⁰ CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly, *Flux. Psihologia fericirii*, Humanitas, 2008, p. 218.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

din sistemul sanitar aceeași mare satisfacție. Aceste două obiective ale muncii sunt coroborate cu aprecierea de care se bucură din partea pacienților sau aparținătorilor: I.M., f., Constanța: *Avem satisfacții foarte mari. În primul rând atunci când vine un om la tine foarte grav bolnav și după ce îl tratezi, când îi vezi zâmbetul pe față, este o mare mulțumire sufletească și o satisfacție profesională că ai putut să ajuți pe cineva.* Z.C., m., Vrancea: *Ești folositor celui de lângă tine în modul cel mai real, având grijă de sănătatea lui și poți aplica în practică și aprofunda astfel cunoștințele acumulate. Nu numai la locul de muncă, ci și în afara lui, poți salva viața unui om sau poți participa la salvarea vieții cuiva, ceea ce reprezintă o mare mulțumire sufletească pentru tine, nu numai profesional, ci și ca om.* I.L., f., Galați: *Satisfacția noastră apare când îl pui pe copil sănătos mamei în brațe și îl vezi peste câțiva ani. Sau găza aia mică de 600 de grame, ce înseamnă 99% deces, reușești să o salvezi și îl vezi pe copil peste câțiva ani sănătos. Vin mamele și apare gândacul cel mic cu buchețelul de flori și zice „sărut mâna, mulțumesc frumos!”. Și facem poze cu ei, ne mulțumesc mamele. Este un loc de muncă frumos, unde chiar ai satisfacții.* M.C., f., Galați: *Ai o satisfacție deosebită atunci când ai văzut că ai făcut un lucru care depinde de tine și aduci celui alt mulțumire, un zâmbet unei mamei sau eu știu... mi s-a întâmplat să mă întâlnesc pe stradă după trei luni și să-mi zică o mămică: „mulțumesc pentru sfatul pe care mi l-ai dat”. Atunci chiar te simți bine și ai multă vreme o mulțumire sufletească.* După cum se poate constata aprecierea personalului pentru actul medical de calitate efectuat este un motiv puternic pentru satisfacția muncii în sistemul sanitar. **Mulțumirile pacienților** (uneori inclusiv prin plăți informale¹¹) constituie și ele un factor care influențează gradul de satisfacție al personalului. Comportamentul pacienților poate influența în mod semnificativ situațiile, în special în cazurile de violențe de limbaj și chiar fizice.

Serviciul face parte din viața unei mari părți dintre subiecți, existând cazuri în care ei preferă serviciul chiar în dauna concediului de odihnă: S.C., f., Galați: *Pentru mine revenirea la serviciu a fost o încântare;* P.A., f., Galați: *Eu, pe anul trecut, nu mi-am luat concediul de odihnă, am preferat să stau alături de colege.* Tonul atmosferei pare a fi dat pe linie ierarhică, un rol important avându-l șeful de secție: O.S., f., Buzău: *Medicul șef de secție influențează foarte mult atmosfera din secția în care lucrezi. Foarte mult! Atât timp cât medicul șef de secție știe să-*

¹¹ Plățile informale însă influențează într-un mod complex gradul de satisfacție, constituind în mod simultan și sursă de insatisfacție.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

și conducă personalul pe care îl are în subordine, atunci se creează și respectul între medic, asistentă și infirmieră, și pacienții își vorbesc altfel, atâta timp cât medicul inspiră încredere în personalul cu care lucrează, nu există nici un fel de problemă, atâta timp cât medicul cu care lucrezi te consideră un nimic și pacientul știe că poate să facă cu tine ce vrea și ești la dispoziția lui.

În al doilea rând, este apreciată ca plăcută cooperarea, munca în echipă, solidaritatea la locul de muncă. *Suntem ca o familie, ne înțelegem, ne ajutăm* au fost expresiile care au subliniat calitatea vieții profesionale în acest mediu.

Alte motive de mulțumire evidențiate au fost: implicarea cu responsabilitate în actul muncii, satisfacția dată de investirea cu o responsabilitate deosebită pe care o aduce profesiunea, permanenta provocare, lipsa de monotonie, programul flexibil și gestiunea timpului, posibilitatea de autoperfecționare: N.G., f., Brăila: *Eu deserveșc două compartimente din spital. Sunt încadrată pe secția de chirurgie, dar fac parte și din echipa operatorie. Dimineața îmi fac treaba pe sector, iar în momentul în care se organizează pentru blocul operator, am plecat în blocul operator. Ca să pot face așa ceva mi-au trebuit foarte mulți ani de muncă și de competențe asimilate. Pentru mine, când văd că mă pot ridica la un anumit nivel, satisfacția este foarte mare.*

Făcând un bilanț, această temă a scos la lumină un sens al vieții din perspectiva actului muncii. Acest sens nu definește nici modul, nici stilul de viață, ci viața însăși, iar în plan sociologic expresia care trebuie invocată este cea de *statut social*. Au făcut acest lucru cu prisosință participanții la focus grup. Cum s-au autodefiniți este remarcabil: P.O., f., Tulcea: *Profesia de asistent medicală să știți că este foarte frumoasă*; B.M.C., m., Galați: *Ne-am ales meseria aceasta pentru că ne place, poate suna chiar și retoric*; M.C., f., Galați: *Faci ce-ți dictează sufletul, te gândești că asta e menirea ta; cel care îl iubește pe Dumnezeu, are credință, se face preot, cel care vrea să ajute un bolnav se dedică meseriei noastre.*

Angajații din sistem au subliniat că munca pe care o desfășoară corespunde aptitudinilor lor și dincolo de aprecierile estetice ale meseriei, care decurg din plăcerea muncii, din bucuria și satisfacțiile trăite, pentru ei există o evaluare realistă a statutului profesional. „*Noi reprezentăm clasa de mijloc în societate*” a fost o afirmație aprobată în general de asistentele medicale.

Siguranța locului de muncă atârână în balanță satisfacției într-o măsură semnificativă, astfel încât se poate estima că orice modificare semnificativă în această zonă (spre exemplu, predominanța contractelor pe perioadă determinată) afectează ceilalți factori care participă la conturarea satisfacției și intervine în orientarea deciziilor. Ea este cu atât mai apreciată cu cât șomajul este mai prezent în societate. Asistenții și medicii s-au declarat mulțumiți de siguranța locului de muncă, în special în sistemul de stat, unde preferă să rămână în ciuda multor nea-



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

junsuri. În multe situații au indicat faptul că punând în balanță greutățile și riscurile, sunt mulțumite de sistem pentru că le oferă siguranța locului de muncă: M.M., m., Galați: *În mare parte, suntem mulțumiți că încă mai avem acest loc de muncă.* Ș.A., f., Constanța: *Întotdeauna este loc de mai bine, problema este că atunci când te hotărăști să pleci la un alt loc de muncă trebuie să ai și siguranța lui.* B.M.C., m., Galați: *Ținând cont că se tot vorbește de reduceri, la noi, totuși, în sistemul sanitar, nu s-au făcut reduceri foarte multe, ci redistribuiri. Nu avem colegi care să fi rămas fără locuri de muncă, eventual au fost redistribuiți de la o secție la alta. Sistemul este deficitar ca număr de personal, ar fi fost chiar culmea să se mai facă reduceri.*

Rezumând, cadrele sanitare și-au asumat pentru statutul lor profesional cuvântul *vocație*. Pentru cadrele medicale există o mulțumire față de profesia îmbrățișată, o mulțumire că locul de muncă este stabil, că riscul pierderii acestuia este minim raportat la alte profesii de pe piața muncii, în condițiile în care concedierile sunt în parte evitate prin intermediul redistribuirilor, în condițiile personalului insuficient din sistemul sanitar. Angajații au arătat că au îmbrățișat din vocație această meserie, că ea corespunde aptitudinilor lor, că se simt provocați la locul de muncă, fiind solicitați permanent să decidă în rezolvarea sarcinilor. Concluzia este că, totuși, statutul social care i-a atras spre sistem a suferit în timp o constantă degradare, fapt pe care îl vom observa din următoarele teme de dezbateri.

Motive de insatisfacție

Dacă satisfacția față de diferitele aspecte ale locului de muncă sau vieții profesionale este exprimată în formule scurte, nemulțumirile sunt exprimate și voi, arătând o condensare a lor pe timp îndelungat¹²: R.M., f., Brăila: *Noi scriem rețeta, noi foile, noi parafăm. Bolnavi, nu câți ar trebui să avem, 12, avem aproape 30, cu foi la mape. Rămân la pat o parte, vin la tratament și la investigații zilnic. Toți vor primii perfuzia, vor fi investigați, la oră fixă, antibiotice și așa mai departe. Muncă dublă, triplă, oricum, degeaba au scos paturi din saloane pentru că bolnavii sunt câte 2 în pat, femei, bărbați, nu se mai știe, parcă ar fi pe timpul războiului. Cu BPOC, cu bacil Koch nedagnosticat, pe care îl îngrijim timp de trei luni cu antibiotic și constatăm că la un examen la spitalul de*

¹² Este dificil de identificat *nucleul de condensare* a acestor nemulțumiri, însă considerăm că în majoritatea cazurilor el este bazat pe aspectele financiare ale profesiei și pe problemele legate de status. În același timp, și exprimarea mulțumirii față de propria viață profesională este motivată de cauze variate, neputând exclude în anumite cazuri și satisfacția financiară prilejuită de plățile informale.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

pneumoftiziologie a descoperit că este purtător de coc și după câteva luni urmează să ne îmbolnăvim și noi cele care i-am acordat îngrijirea și am stat aproape, că n-ai cum să stai la distanță și să faci tratament unui bolnav. Stai în sufletul lui, acolo și el îți suflă în față. De mască nu vorbim, pentru că nu avem. Răspunsuri întâlnite sunt variate, în funcție de locul de muncă. În aprecierea satisfacției intervin mai mulți factori, gradul de satisfacție necesitând a fi gândit dinamic, ca un balans între influența diversilor factori.

Pe primul loc ca importanță se situează **salariul**, influența acestui factor fiind invers proporțională cu vârsta subiecților. Cum era de așteptat, sunt numeroase plângeri legate de salarii, multe dintre ele îndreptându-se spre sporurile existente (acestea antrenând nemulțumirea celor care nu beneficiază de ele). Măsurile luate în contextul crizei economice au constituit o importantă sursă de insatisfacție. De asemenea, comparația cu alte secții și, în special, cu nivelul câștigurilor din alte state, accentuează sentimentul de insatisfacție. Motivația financiară este privită uneori și din perspectiva plăților informale (M.G., f., Galați: *Noi ca și asistente nu avem motivație financiară pentru că pacientul vine la doctor cu buzunarele pline și le goleşte acolo. Iar doctorul spune: «O să avem grijă și de asistente»*), existând motive de invidie între diferitele categorii profesionale din sistem. Vârful ierarhiei plăților informale îl constituie medicul (profesorul, apoi șeful de secție și la urmă medicul), urmat apoi de asistentă.

Nivelul de câștiguri raportat la nevoile personale constituie o importantă sursă de stres profesional, mai ales că subiecții invocă în mod repetat „băncile” drept un factor de presiune: G.A., m., Galați: *Toată lumea vine la servicii ca să-și ia salariul și să-și plătească băncile*. În privința posibilităților de câștig și a altor facilități de acest ordin, nemulțumirile au fost exprimate mai radical după ce guvernul a intervenit cu măsura de diminuare cu 25% a salariului. În afara contextului crizei economice, angajații s-au arătat relativ mulțumiți de venitul obținut, de existența salariului de merit și a tichetelor de masă. Este evident că eliminarea acestor facilități a dat naștere unor dezbateri încinse în cadrul cărora a dominat spiritul de revoltă.

Făcând abstracție de conjunctura creată de criză economică, putem explica relativa stare de mulțumire față de posibilitățile de câștig prin corespondența care există între satisfacția oferită de profesie și veniturile obținute, posibilitatea obținerii unor venituri suplimentare în afara programului de lucru, și chiar din „atențiile” oferite de pacienți: D.M., f., Brăila: *Oricum nu se poate trăi din salariu, trăiești din șpăgi, ăsta este adevărul, la ce să ne ascundem după deget? Nu trăim din salariul care se dă de la Minister, mai ales acum cu 25% reducere, este dezastru!*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

O facilitate de care nu se bucură salariații și pe care au invocat-o constant, ca o formă de nedreptate profesională, a fost aceea legată de lipsa asigurării gratuităților în cazul în care personalul are nevoie de tratament medical: D.M., f., Vrancea: *Noi nu beneficiem de gratuitate, la tratamente, la rețete, medicamente. La nimic!*. Aici au fost invocate situațiile altor categorii profesionale din societatea românească care figurează ca unul din termenii comparației: lucrătorii Căilor Ferate Române, care se bucură de călătorii gratuite, angajații unor ministere care beneficiază de asemenea de nenumărate servicii gratuite.

Nu trebuie să lăsăm impresia că posibilitățile de câștig sunt singurul factor care îi motivează profesional pe angajații din sistemul sanitar. Faptul că ei rămân în sistem își găsește explicația și în stabilitatea locului de muncă, iar în situația în care angajații din sistem resimt o puternică presiune financiară se decid să emigreze pentru un salariu care corespunde nevoilor lor materiale.

Departate de a epuiza problema legată de starea de mulțumire sau nemulțumire față de veniturile realizate, menționăm faptul că ea va intra în analiza noastră în contextul abordării celorlalte teme.

Urmează factorul oferit de **statusul profesional**, care suportă atât o perspectivă obiectivă, exprimată în aprecierea pe care salariatul o simte din partea societății față de profesia sa, cât și una subiectivă, salariatul proiectând o imagine a unui anumit status pe care și-o întreține pentru propria satisfacție (imagine care este deseori întreținută de grupul apartenențelor la aceeași profesie) sau continuând să trăiască cu imaginea unui status social anterior, care acum este de fapt pierdut¹³. Statusul profesional ridică însă și probleme, fiind numeroase disputele dintre diferitele categorii profesionale, ele înscriindu-se în general pe următoarele axe: medici versus asistente, asistente versus personal auxiliar, personal medical versus personal TESA: I.M., f., Galați: *Eu da, pentru că nu mai sunt satisfacții. Satisfacțiile profesionale sunt mici pentru că muncii mele nu îi este acordată importanță, pentru că într-o unitate sanitară personalul auxiliar este prost văzut de cel medical. Am fost tratați ca paraziții ce trăiesc pe spatele cadrelor medicale, ținând cont că un spital de talia celui județean nu poate funcționa numai cu cadre medicale. Există o grămadă de alte mecanisme care poate nu sunt conștientizate de pacient, care vine să se trateze din punct de vedere medical, dar serviciile de achiziții a materialelor, salariile la 18000 de persoane, contabilul financiar. Deci, noi suntem marginalizați la satisfacția materială. Ghinionul meu este că am ter-*

¹³ Exemplul absolvenților de liceu sanitar dinainte de 1989 este elocvent, perioadă în care această formă de pregătire era considerată una de elită, vizibilă și prin intermediul numărului mare de candidați la această formă de școlarizare.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

*minat Facultatea de Științe Administrative și nu mă pot angaja în sistemul privat, iar masterul pe care l- am făcut nu-mi folosește decât în sistemul de stat. Mai ales în condițiile date. Aceste dispute fac parte însă din întreținerea imaginii propriului status, faptul de a avea subordonați ierarhic contribuind la întreținerea imaginii propriului loc ierarhic. Subiecții mai în vârstă sau care sunt prezenți de mai mult timp în sistem reclamă scăderea statutului social comparativ cu perioadele anterioare (V.M.M., f., Tulcea: *Eu am terminat în '81 și să fii soră medicală atunci era ceva*; G.G., f., Tulcea: *Acum suntem undeva mai jos.*), situație la care consideră că a contribuit și mass-media: C.N., f., Tulcea: *Cred că și mass-media contribuie. Când e vorba de un scandal în sistemul sanitar, singurii vinovați întotdeauna sunt asistenții.*; C.N., f., Tulcea: *Ideea pacienților e că asistentul bea cafea și fumează.**

Lipsurile materiale și lipsa aparaturii constituie un alt motiv de insatisfacție: B.C., f., Galați: *Este picătura în momentul în care îți vine un pacient și nici nu l-ai dus bine în salon și îl întrebi dacă a venit cineva cu el ca să îi dai listuța să se ducă singur la farmacie să-și cumpere ce îi trebuie. Este degradant, atât pentru noi, cât și pentru pacienți*; G.C., f., Tulcea: *Dar nu prea ai ce face când ți se dă o cutie cu 10 mănuși la o mulțime de pacienți. Trebuie să intri în salon și să îi spui pacientului că trebuie să își cumpere singur tratamentul, seringile, branule.....* Ele conduc la condiții de lucru impropii, cu risc mare de îmbolnăvire.

Ne bucurăm de respect social, dar el este în declin – este o idee afirmată constant. Alte forme de expresie raportat la statutul social: M.P., f., Galați: *E vorba de un anumit statut social. La urma urmei, una e să fii funcționar public și alta asistent medical...* D.V., f., Galați: *Ești bine văzut totuși...* S.C., m., Galați: *Îți oferă un statut social destul de mare. Poate nu atât cât a fost înainte de revoluție... dar unul mai mare comparativ cu un funcționar public sau o vânzătoare. Însă statutul social pare să fie resimțit mai curând raport la perioadele anterioare: M: *Care era situația înainte de '89? Fiindcă majoritatea ați fost angajați în perioada aceea.* H.C., f., Vrancea: *Respectul pentru asistentul medical era mult mai mare, și din partea medicilor și a pacienților... Ni se recunoșteau într-adevăr meritele în sistem. Generațiile dinainte de anul 1989 regretă pierderea prestigiului pe care-l aveau absolvenții liceelor sanitare. Judecând per ansamblu, salariații cu vechime în sistem deplâng o scădere a prestigiului profesiilor din cadrul acestuia, la această diminuare contribuind și mass-media: R.A., m., Buzău: *Prestigiul meseriei nu mai este același ca acum 15-20 de ani*; I.I., f., Buzău: *Acest fapt s-a întâmplat și din cauza mass-mediei*; M.A., f., Buzău: *Atunci făceai treabă puțină și erai respectat, acum faci foarte multe lucruri și nu ești respectat.***



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Este nevoie să precizăm că nu a fost exprimată mulțumirea în sistemul sanitar din partea personalului auxiliar, TESA. Sentimentul trăit de acești angajați este unul de marginalizare, de desconsiderare a muncii lor. Percepuți drept consumatori ai bugetului alocat sistemului, mai degrabă inutili în actul medical, au precizat că suferă din această cauză, suferință coroborată cu un salariu nesatisfăcător („Am fost tratați ca paraziți ce trăiesc pe spatele cadrelor medicale”): S.M., f., Constanța: *Eu reprezint partea tehnică și foarte mulți când aud de partea tehnică, consideră că se pot descurca și fără noi. Dar dacă într-o zi partea tehnică nu-și face treaba, fiecare în compartimentul lui, spitalul nu mai funcționează, plecând de la energia electrică, alimentarea cu apă, de la tot... De când au început restructurărilor, noi suntem vizați și cei de la administrativ, că suntem neproductivi și luăm salarii de pe urmă serviciilor sanitare.* S.D., f., Constanța: *Eu reprezint partea tehnico-administrativă. De unde vin eu, ar trebui să fim 11 în schemă și suntem doar 3, vă dați seama ce muncă este? Fac statistică medicală, fac internarea, scriu proceduri, scriu coduri, fac externarea, fac tot, tot, tot, inclusiv dări de seamă, pentru toate situațiile, pentru ce, pentru un salariu de 780 lei? În aceste condiții tendința acestor profesioniști este de a părăsi sistemul. Ca să exemplificăm cu un singur motiv de mulțumire întâlnit în acest segment, redăm următoarea relatare din cadrul unei discuții focus grup: C.D., f., Tulcea: *Unde am lucrat înainte era mult mai greu, se îmbina munca fizică cu munca intelectuală, în schimb aici este mai multă muncă intelectuală, dar plătită prost. Am avut și am și acum ocazia să plec, dar stau foarte aproape de locul de muncă, vizavi, nu trebuie să fac naveta și acesta este un avantaj pentru care am rămas.* Acest segment al sistemului sanitar a menționat faptul că nemulțumirea profundă este datorată și permanentei amenințări a pierderii locului de muncă prin reducerea postului și disponibilizare, acest tip de stres fiind coerent cu măsurile administrative luate preponderent împotriva acestei categorii de personal în ultima perioadă.*

Salariații deplâng destul de des încărcarea cu sarcini suplimentare, de altă natură decât cele profesionale, respectiv lucrul la calculator: R.E., f., Tulcea: *În primul rând, e mult mai puțin timp. Stăm foarte mult și la calculator. Din timpul scurt pe care-l ai trebuie să faci o groază și pe calculator.* Soluțiile sugerate țin mai curând de angajarea unor operatori specializați în lucrul pe calculator decât creșterea nivelului propriu de pregătire, mai ales că, în parte, acest tip de reacție este determinat de dificultățile de a învăța să lucreze pe calculator. O profundă nemulțumire legată de conținutul muncii a fost exprimată de angajați în legătură cu introducerea acestei activități în cadrul programului de lucru pentru care personalul sanitar nu este calificat și care ține de rutina birocratică a introducerii datelor în calculator: R.C.L., f., Tulcea: *Problema este alta, e muncă, dar nu mai ai timp să discuți cu pacientul. Dacă stai și faci condica la calculator (avem 70 de paci-*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

enți), *îți ia tot timpul fără să mai poți ține legătura cu pacientul... V.D., f., Constanța: Pacientul care trece prin fața camerei de gardă nu vede decât faptul că asistenta stă acolo în fața calculatorului, nu realizează că programele informatice nu funcționează bine. Pacienții au impresia că asistentele stau acolo, picior peste picior, stau degeaba și efectiv nu fac nimic. Așa vorbesc toți în salon. M.I., f., Vrancea: Toate aceste codificări se fac pentru Casa de Asigurări. Și atâta bătaie de cap pentru acea Casă de asigurări și rezultatul, care este? Tot timpul apare câte o modificare, o nouă modificare, mai trebuie nu știu ce cod băgat și în final răspunsul Casei: nu au bani, nu-ți dăm bani, oricâte cazuri ai făcut, practic totul este zadarnic. Foarte multă birocrație, foarte multă!* Introducerea unor noi obligații profesionale, legate de înregistrările solicitate de Casă, în contextul lipsei de personal, accentuează problemele specifice: S.D., f., Tulcea: *În condițiile în care ni s-au pus în spate calculatoarele, noi nemaifăcând practic munca de asistent medical, suntem un fel de registratori.*

Pe fondul lipsurilor financiare apar frustrări legate de diferitele aspecte ale sistemului de asigurări sociale, în special de principiul solidarității (M.E., f., Brăila: *Cea mai mare parte a populației nu plătește asigurări, este o realitate; B.L., f., Buzău: Și beneficiază de servicii medicale cel mai mult*), care contribuie la accentuarea sentimentului de nedreptate socială generat de diferența mare dintre rolul și statusului social, mai exact de nerecunoașterea statusului la care aspiră salariații.

Amenințarea cu existența unor posibile concedieri întărește angoasa salariaților, zdruncinându-le încrederea în perspectiva unităților unde lucrează și, implicit, în propria perspectivă profesională, (D.L., f., Galați: *Spitalul de copii a anunțat că nu va face nici o concediere. Va redistribui dar nici un om nu va rămâne fără loc; C.L., f., Galați: Până la proba contrarie eu nu mai am încredere sub nici o formă, până nu văd negru pe alb.; M.M., f., Tulcea: Am înțeles că vor pleca acasă cei care se apropie de vârstă; P.C., f., Tulcea: Da pentru că la noi în spital s-a anunțat că se fac disponibilizări*) mai ales în condițiile absenței unor criterii clare de departajare a salariaților.

Aprecierea din partea șefilor ierarhici intervine și ea în determinarea gradului de satisfacție: O.I., f., Galați: *Da, profesia este ok și sunt motivată, numai că sistemul este o problemă; P.G., f., Brăila: În general, recunoașterea asta mulțumește cel mai mult asistentul medical, recunoașterea din partea șefului, a colectivului.* În acest plan, se remarcă și absența unui sistem ierarhic riguros, care să constituie o posibilă sursă de satisfacție.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Diferențele de salarizare în cadrul aceleiași unități constituie motiv de rănchiună, accentuând sentimentul de nedreptate socială generat de nerecunoașterea statutului profesiei și domeniului de activitate.

Aprecieria propriului loc de muncă depinde și de faptul dacă angajatul a lucrat sau nu înainte în alt domeniu de activitate.

Riscul profesional este apreciat ca fiind mare, atât în ceea ce privește sănătatea proprie, cât și atenția față de gesturile profesionale.

Organizarea sistemului este o sursă de insatisfacție; foarte rar motiv de bucurie și atunci numai prin comparație. Lucrul în ture, atunci când este cazul, este judecat diferit, în funcție de interesul personal, uneori ca motiv de satisfacție, alteori ca sursă de stres.

În privința programării concediilor de odihnă, nu a existat așteptarea ca răspunsurile să dezvăluie existența conflictelor între angajați, ci am considerat că acest drept legal poate genera doar stări pasagere de tensiune în colectivele de muncă. Ceea ce s-a confirmat. Însă, dincolo de ceea ce am dorit să verificăm, am descoperit că în sistemul sanitar dreptul legal la concediul de odihnă a devenit problematic, este greu de aplicat. Lipsa de personal, ca urmare a blocării posturilor, accelerată de plecările la muncă în străinătate, pensionare, ori prin solicitarea concediului medical, fără plată, a concediului de îngrijire a copilului, au creat o situație de incertitudine în privința exercitării dreptului legal la concediul de odihnă. Sunt afectate mai ales locurile de muncă unde există un număr mic de angajați.

Faptul că sunt nevoiți să-și cumpere echipamentul de lucru și de protecție (V.E., f., Tulcea: *Nu-i suficient că ne cumpărăm uniforme, papuci de spital, săpun, tot ce ne trebuie din banii noștri, mai cumpărăm și mănuși*; S.J.P., f., Tulcea: *Medicii evită să pună parafa pe lista pe care o dăm pacienților*) contribuie la generarea aprecierilor negative față de sistem.

Nemulțumirii angajaților privind aprovizionarea deficitară a spitalelor cu materiale sanitare, aparatură, echipamente de lucru, i se adaugă și o nemulțumire legată de gestiunea și strategiile privind personalul sanitar.

Deficitul de personal

În privința deficitului de personal au fost rare răspunsurile că acesta nu există. Personalul este suficient doar în domeniile de activitate unde încadrarea nu necesită decât un număr redus de posturi. În rest, deficitul de personal a fost confirmat și el este legat de situația din ultimii ani de criză economică în urma căreia



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

guvernul a decis blocarea posturilor. Deficitul de personal este generat atât prin numărul mare de plecări din sistem cât și prin restricționarea legală a intrărilor în sistemul public. Plecările din sistem se fac în primul rând datorită migrației personalului, dar și prin pensionări sau alte forme normale de plecare. Sarcinile de muncă sunt preluate automat de salariații rămași. Deficitul de personal se resimte de către angajați și în comparație cu normativele existente în străinătate, unde raportul între personalul medical și numărul de pacienți este clar precizat și este mult mai mic. Acest deficit de personal a fost constatat la locul de muncă și în cazul salariaților TESA. Ilustrăm această temă evidențiind dimensiunea deficitului, cauzele acestuia, efectele sale imediate: R.E., f., Tulcea: *Locurile sunt blocate de la nivel înalt pe toată țara, pe toate domeniile.* R.E., f., Tulcea: *Mai nou, se scot paturile din saloane, ca să fie un număr mai mic de asistenți, scot paturile ca să fie asistenți mai puțini, dar bolnavii sunt aceeași și stau doi în pat și, da, totul e legal, că e la număr de paturi.* M.I., f., Constanța: *Dacă suntem doi în loc de trei pe tură, nu că nu fac față, fac față, că sunt nevoită, dar am doar două mâini și două picioare, dar eu la ora două deja nu mai pot.*

Dacă este evidentă cauza deficitului de personal – plecările din sistem și blocarea posturilor – efectele imediate sunt: sporirea volumului de lucru prin creșterea atribuțiilor și prelungirea programului de muncă, fără să existe și plata muncii suplimentare, diminuarea capacității de muncă și a calității serviciilor medicale, acordarea unei atenții reduse pacienților, diminuarea comunicării cu aceștia, afectarea vieții de familie: D.M., f., Brăila: *Se dublează sarcina, capacitatea de muncă se diminuează. Ții locul la două, trei persoane și financiar e același lucru.* M.A., f., Galați: *Da, dacă ai 20 de bolnavi și lucrezi într-o secție de neurologie, cum poți să îi supraveghezi în lipsă de personal?* I.M.A., f., Brăila: *Fiind suprasolicitat la serviciu, automat acasă îți neglijezi familia pentru că ești obosit.* T.Ș.E., f., Vrancea: *Sau într-o secție de Chirurgie, trebuie să răspunzi de 10 pacienți ca asistentă și tu ai 30, sau noaptea 50.* A.T., f., Brăila: *Există deficit, datorită blocării posturilor, pensionării. Muncim înzecit. Ore suplimentare neplătite. Automat și calitatea actului medical scade. În loc să te ocupi de cinci pacienți, te ocupi de douăzeci. Nu poți să fii în toate saloanele deodată, ce se întâmplă dacă într-un salon în care tu nu ești, unui pacient i se face rău? Trebuie să alergi mult. E nevoie de angajări.* M.A., f., Galați: *Noi, ca asistenți, nu avem suficient timp să relaționăm cu pacientul sau cu aparținătorul. Nu ai suficient timp să explici, să povestești. Îți faci treaba și dacă stai o jumătate de oră de vorbă, a fugit timpul ăla care era alocat altor activități.*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Participanții au propus diferite soluții pentru eliminarea deficitului de personal și au indicat câteva căi de diminuare a volumului de muncă: deblocarea posturilor, redistribuirea personalului pe secții, modificarea normativului, trierea bolnavilor în așa fel încât să fie internați cei cu probleme reale de sănătate: T.S., f., Tulcea: *În primul rând: trierea bolnavilor, cei care trebuie cu adevărat să fie internați, cei care au probleme reale de sănătate; și așa spitalele să nu mai devină hoteluri pentru toți boschetarii; noi avem pacienți pe care îi ținem cu săptămânile, fiindcă nu avem cui să-i trimitem.* T.S., f., Tulcea: *Medicul de triaj și de familie să-și facă datoria și în felul acesta, tu te ocupi exact de ce-ți trebuie.* C.O.V., f., Galați: *Să se normeze altfel munca în sănătate, doar așa mai câștigăm din calitate, calitatea actului medical. Au fost cazuri când noi am avut 50-60 pacienți, o singură asistentă, tura de după-amiază, tura de noapte-diminează erau două și una se ocupa cu calculatorul, alt necaz pe capul nostru.*

Deficitul de personal complică condițiile de muncă (J.A., f., Tulcea: *Foarte multe urgențe, am avut și o sută pe zi, pentru o singură persoană este foarte greu;* S.L., f., Tulcea: *Mai vine și din partea pacienților, a superiorilor. Sunt situații de la a fi scuipat la a fi înjurat*), accentuând stresul salariaților: A.D., f., Constanța: *La noi situația este opusă. Personal puțin, de aceea sunt multe investigații de făcut. Fiecare pacient e în grija medicului curent. Având 20 de pacienți și de ei răspunzând 5 doctori, la un moment dat fiind solicitată de toți, nu mai știi ce să faci, toți te solicită. Sunt zile când abia aștept să plec acasă. Dacă am fi mai multe am avea timp. Este cumplit, plec fără să mănânc.*

Lipsa personalului influențează calitatea serviciilor medicale (G.D., f., Galați: *Aici este problema, avem personal insuficient. Atunci calitatea actului medical se schimbă*). Uneori, personalul se simte copleșit de numărul mare de pacienți (C.T., f., Brăila: *Așa cum spuneai și voi, numărul pacienților ne depășește de cele mai multe ori;* I.R., f., Brăila: *Avem 70 de pacienți în weekend și suntem două sau trei cadre*), alteleori nu face față solicitărilor medicilor, care ajung uneori să fie mai mulți decât asistenții (C.T., f., Brăila: *O asistentă lucrează cu trei medici și pot veni toți odată;* R.A., f., Brăila: *Eu la ora actuală lucrez cu două doctorițe și am 20 de bolnavi. Și se nimeresc ca la aceeași oră să vină amândouă la vizită și nu poți să te împarți. Iar la o anumită oră trebuie să le faci și tratamentul și investițiile pentru că te întreabă*). Lipsesc, de asemenea, infirmierele (R.A., f., Brăila: *Am avut perioade în care eram de gardă și nu aveam infirmiere noaptea;* R.A., f., Brăila: *Problema este în felul următor: noi suntem două pe gardă și sunt 80 de bolnavi și să nu ai infirmieră, să faci tratamentul și apoi să-ți pui mânușile să pui plosca la bolnav. Nu-i normal!*).



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Deficitul de personal conduce la situații în care pacienții rămân nesupravegheați (R.A., f., Brăila: *Eu am avut un caz concret pe tura mea, când un bolnav a avut hemoragie digestivă și colega mea cu două infirmiere au plecat cu targa la Terapie, iar medicul m-a solicitat la un alt etaj să merg să fac EKG. I-am spus că nu pot să merg pentru că sunt singură și mi-a spus: „Nu se poate! Mergi!” Și a rămas secția goală*).

Deficit de personal înseamnă preluare de responsabilități, un volum de muncă mai mare, ture de noapte mai multe în condiții de neplată sau, în alți termeni, muncă fără un echivalent în bani. Acest deficit scade calitatea actului medical nu numai datorită efortului care conduce la o oboseală ce diminuează concentrarea și atenția angajaților, ci și datorită creșterii numărului de pacienți per cadru medical, precum și a dispersării activității într-un spațiu mai larg și impropriu supravegherii pacienților. Deficitul de personal, însoțit de reducerea numărului de paturi în spitale, a condus la supraaglomerarea secțiilor și la practica înjositoare, inumană, a utilizării patului de către două sau mai multe persoane bolnave. Nemulțumirea angajaților este legată nu numai de faptul că a scăzut timpul alocat îngrijirii fiecărui pacient, lipsei de comunicare cu acesta, dar și de faptul că a scăzut timpul liber alocat familiei, prin turele în plus care trebuie efectuate, prin prelungirea programului de lucru. O nemulțumire privind creșterea volumului de muncă este legată, cum s-a observat, de introducerea informatizării la locul de muncă, sarcină care intră tot în atribuțiunea celor ce trebuie să îngrijească bolnavii. Această nemulțumire a fost constant exprimată, mai ales în contextul în care personalul nu a fost calificat în vederea exercitării ei.

Condițiile de muncă

a) Lipsa materialelor și a medicamentelor

De modul cum este organizată munca în sistemul sanitar, cum sunt aprovizionate unitățile cu materiale sanitare și medicamente, cum sunt dotate cu aparatură medicală și cum îi este asigurată funcționalitatea, de modul cum unitatea dispune de personal suficient sau nu dispune, depinde nu numai calitatea actului medical, ci și satisfacția față de propria viață profesională a angajaților.

Cel mai grav aspect cu care se confruntă personalului din sistem îl reprezintă lipsa materialelor sanitare și a medicamentelor. În puține unități s-a afirmat faptul că există suficiente materiale și medicamente, precum UPU, Spitale Militare, CFR, Boli Psihice sau de Pediatrie. Cauzele acestor lipsuri au fost identificate de angajați în subfinanțarea sistemului, în managementul defectuos, în aprovizionarea deficitară, în lipsa unui control riguros cu privire la cheltuirea banilor, in-



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

vestiții nejustificate și ineficiente (de ex. aparatură care zace în ambalaj, nedesfăcută de ani de zile). O constatare pe care au adus-o angajații la suprafață, în repetate rânduri, a fost că asistăm în acest context, la scăderea calității serviciilor medicale. Alocarea resurselor conform actualului sistem, în principiu în funcție de numărul de pacienți, a condus în mod paradoxal la pierderea din vedere a pacientului însuși: A.T., f., Galați: *Și am ajuns mai mult să scriem decât să ne ocupăm de pacienți... important e ca raportările să iasă... pacientul e pe ultimul plan.* A.M., f., Galați: *Nu mai e calitate, e cantitate. Avem indicatori de raportat. N-am internat 100 de pacienți luna aceasta, ce ne facem?* Efectul imediat al acestei crize datorate subfinanțării sistemului sanitar este practica listei pe care pacientul o primește de la personal, listă pe care este trecut tot ceea ce bolnavul trebuie să-și cumpere pentru realizarea tratamentului. Această practică a spitalelor românești creează o mare tensiune ce apasă asupra salariaților, aducând un plus semnificativ de stres.

Ca să măsurăm în ce grad poate fi diminuat acest stres, am intervenit cu întrebarea dacă unitatea ar trebui să anunțe (afișeze) că nu are resurse financiare, motiv pentru care pacienții trebuie să-și cumpere singuri materialele necesare, medicamentele. Din discuții, chiar dacă a reieșit faptul că ar fi normal să se procedeze astfel, totuși este imposibil, deoarece este ilegal. Și atunci, cum s-a generalizat o astfel de practică ilegală la unități și în județe diferite, fără legătură între ele? Întrebarea este retorică, dar ea definește criza profundă a sistemului sanitar românesc, în cadrul căruia funcționează și cinismul birocratic de felul următor: M.D., f., Tulcea: *Mai avem o doamnă de la DSP care vine în control și ne spune că dacă nu avem medicamente, să nu le prescriem, să îi lăsăm să moară, este părerea dumneaei. Dar noi nu putem face așa ceva, iar dacă doamna ar avea un accident, nu cred că i-ar conveni să nu fie tratată, pentru că și o branulă costă bani.*

Numeroase sunt și cazurile în care subiecții reclamă lipsa de materiale: B.L., f., Galați: *Astea știți cum apar? La două-trei zile pe lună, după care, la volumul de muncă ce este, se consumă foarte repede. Speli mânușile, le folosești toată ziua și tot cu aceleași mânuși mai faci și altceva;* G.A., f., Galați: *Nu ne dau nimic, mergem la second hand și ne cumpărăm bluze, absolut tot ce ține de echipament;* D.A., f., Galați: *Dero, cu un prosop se șterg 100 de oameni. La un moment dat ajungi să te ștergi de tine și apoi costumul merge acasă la spălat.*

Lipsa medicamentelor afectează relația personalului cu pacienții și modifică uneori atitudinea pacienților față de propria stare de sănătate: I.R., f., Brăila: *Am avut perioade când spitalul nu avea nici medicamente, medicii le recomandau, iar noi trebuia să le dăm rețete. Iar ei spuneau: „Noi plătim asigurări, dum-*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

nevoastră care lucrați aici aveți facilități”. Dar nu avem nici o facilitate. Mulți au spus că decât să-și cumpere mai bine pleacă acasă. Că nu au venit la spital ca să-și cumpere medicamente. Unii subiecți consideră că este o confuzie menținută în ceea ce privește conștientizarea populației privitor la lipsurile din spitale: A.L., f., Tulcea: Nu, nu, lucrurile acestea nu sunt în clar pentru populație. S-a lăsat starea aceasta de confuzie. Nu se știe ce este legal). Lipsa materialelor și a medicamentelor afectează salariații și atunci când aceștia ajung în postura de pacienți (P.M., f., Tulcea: Eu am avut o problemă în ceea ce privește sănătatea și m-a costat 40 de milioane tratament. Nu am avut asigurat nici măcar un ac, cumpăram și seringile¹⁴. Lipsa reactivilor de laborator conduce uneori la imposibilitatea de a asigura analize de bază: A.L., f., Tulcea: Pacientă cu făt mort a venit la urgență și nu se lucrează cu fibrinogenul.

La baza **practicii listei** de medicamente și materiale pe care pacientul trebuie să le cumpere se află o acoperire legală: *pacientul are dreptul să se ducă cu bonul de la medicamentele pe care și le-a cumpărat la director pentru a i-l deconta, legislația spune că i se asigură acest drept, așadar cheltuielile pot fi decontate. Să urmărim, însă, ce se întâmplă pe teren: I.M., f., Galați: Avem reclamații scrise referitoare la faptul că pacienții au fost obligați să-și cumpere diverse medicamente sau materiale sanitare, deși există ordonanță unde se precizează faptul că în condițiile în care spitalul, la un moment dat, nu este în măsură să asigure toată medicația, pe baza unui referat făcut de medicul curant, contrasemnat de medicul de secție, avizat de manager, omul poate ulterior să prezinte factura și să i se deconteze banii cheltuiți în spital. Oamenii nu sunt informați, nu știu cum să-și recupereze banii, deci este o proastă informare. Li se spune că-și recuperează banii, dar nu și în ce condiții.*

Cu câteva excepții, constituite de spitale sau secții, unde lipsa materialelor nu este acută sau nu există, salariații resimt o severă lipsă de materiale sanitare și medicamente, fiind nevoiți deseori să cumpere o parte dintre cele ce lipsesc: V.F., f., Tulcea: *Bineînțeles că odată cu reducerea fondului de salarii, a banilor pentru materiale, cred că nimănui nu îi este departe faptul că noi punem bani ca să cumpărăm materiale în cadrul locului de muncă unde ne desfășurăm activitatea. Nu avem vată, nu avem seringi, nu avem spirt, mănuși, materiale de dezinfectare, detergent, nu avem nimic. Bani nu sunt, dar trebuie să ne continuăm activitatea și atunci trebuie să cumpărăm de toate.*

¹⁴ Se remarcă crearea unor pseudo-structuri de putere în jurul aprovizionării cu materiale și medicamente, atât în ceea ce privește achiziția acestora, cât și în privința distribuției lor.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Lipsa materialelor și a medicamentelor este percepută drept o degradare a condițiilor de muncă (G.G., f., Vrancea: *E o situație penibilă să îi ceri pacientului ser fiziologic, seringă, glucoză*; S.C., f., Galați: *Ți se rupe sufletul când îi vezi pe cei care nu au deloc...*), acestea stricând totodată relațiile cu pacienții; agresiunile din partea pacienților înrăutățesc și ele condițiile de muncă. Personalul nu poate refuza tratarea acestora pe motiv de lipsuri materiale, fiind nevoit să se descurce. În cazul lipsei medicamentelor lucrurile stau altfel, fiind nevoiți uneori chiar să lase pacienții fără tratament. Lipsurile antrenează totodată reale suferințe pentru majoritatea salariaților (B.L., f., Brăila: *Prima și cea mai mare dificultate este cea materială, clar, fără discuții. Problema este cea financiară, și sistemul suferă rău de tot. Este îngrozitor să-ți vină pacientul bolnav și tu să nu ai cu ce să îi faci o injecție. Să ajungi ca asistent după 30 de ani să nu ai seringă să îi faci pacientului o injecție sau să nu ai mănuși, să îți aduci de acasă mănușile de la vopseaua de păr pe care nu le-ai folosit. Măcar să ne protejăm. Este îngrozitor de greu, este frustrant, înnebunești să rogi mereu pacienții să cumpere biberon, seringă, tot*; B.L., f., Brăila: *Este o realitate, iar pacientul se uită cu suspiciune când îi ceri toate astea și nu te crede, pentru că așteaptă să le primească*), crescând totodată riscurile profesionale. Măsurile de protecție a muncii au, în cea mai mare parte din cazuri, un caracter formal (B.M., f., Tulcea: *Avem lunar niște caiete de protecția muncii pe care trebuie să le semnăm. La un moment dat, am refuzat să semnez pentru că nu îmi asigură mănuși. La noi mănușa e prima protecție; după ce că halate ne cumpărăm noi, uniformele le-am cumpărat noi, ne-am cumpărat și romplast sau alcool că nu este...*).

Starea de insatisfacție pe care o trăiesc cei ce intră în contact cu pacienții cărora le pretind să cumpere materialele sanitare și medicamentele este puternic resimțită de angajați, creează stres la locul de muncă și relații tensionate: I.A., f., Constanța: *Bolnavul primește o listă în brațe. Vin bătrâni cu pensie mică și noi impunem să cumpere medicamente scumpe*. V.I., f., Constanța: *Dar noi suntem puse în situația de a suci vorba, de a învărti, pentru că acel bon, acea rețetă, trebuie semnată de mai multe persoane, șefi de secție, medic, e un adevărat circuit. Și fiecare se dă la o parte. Iar noi trebuie să ne învărtim, să le spunem că nu avem, că trebuie urmat tratamentul. Spunem: uite, asta mamaie, dacă ai bani să-ți cumperi, îți cumperi, dacă domnule ai bani să-ți cumperi, îți cumperi, ăsta e tratamentul recomandat de medic*. L.G., f., Vrancea: *Recomandat de medic, dar me-*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

dicul nu merge niciodată să-i spună pacientului pentru că asta îi diminuează plăcutețul din buzunar. Și ne trimite pe noi: du-te tu! H.M., f., Vrancea: Nici nu-ți permite să afișezi, de fapt, ce ne doare cel mai mult, și cred că colegile mele sunt în asentimentul meu, situațiile acestea conflictuale între asistenți și pacienți, determinate de lipsa continuă de materiale, medicamente, asta ne doare cel mai mult...

Observăm că precaritatea legislativă conduce la necesitatea asumarea responsabilității de către personalul medical în legătură cu practica listei. Faptul că angajații sunt confrunțați cu această penurie naște o stare de tensiune/conflict nu doar între cadrele medicale, cum observăm din relatări, ci și între ele și pacienți sau aparținători: M.D., f., Galați: *...mie mi s-a întâmplat ca o bunică să îmi reproșeze că i-am dat o rețetă de 60 de lei, dar eu nu am nici o vină.* M.D., f., Galați: *Problema este că pacientul respectiv a plătit asigurări de sănătate o viață întregă.* M: *Vă reproșează pacienții lucrul acesta?* M.D., f., Galați/M.G., m., Galați/B.C.N., m., Galați/D.A., f., Galați: *Da, nu avem dreptate niciodată.*

A lucra cu materialele sanitare aduse de pacienți reprezintă un risc chiar pentru pacienții înșiși, așa cum rezultă din următoarea relatare din focus grup: R.J., f., Brăila: *Lucrez la sala de operații, unde pacientul vine cu sacoșica cu materiale sanitare absolut necesare operației; nu se știe cine le-a cumpărat, de la o farmacie probabil, eu nu am nici o dovadă dacă sunt ambalate, sterile, nu știm cum au fost transportate acele consumabile; ele pot fi înțepate, ambalajele deteriorate, sau pot conține tot felul de defecte care nu se văd la o analiză sumară vizuală; de aceea, tocmai acest mod de a proceda comportă un risc: salvezi pacientul, operația e reușită, dar există riscul ca pacientul să plece cu altă afecțiune; și atunci vinovat e personalul medical, ceea ce nu mi se pare corect. Deci, noi nu avem materiale sanitare pe care să le păstrăm în condiții corespunzătoare. Asta reprezintă pentru mine un haos și un stres, un stres la care nu mă așteptam să fiu supusă vreodată.*

Penuria de materiale sanitare și de medicamente naște în rândul personalului sanitar o stare de stres și nemulțumire față de situația înjositoare în care este pus și, în același timp, de compasiune față de pacienții cu stare materială precară: O.E., f., Vrancea: *E o situație penibilă să-i ceri pacientului ser fiziologic, seringă, glucoză.* C.C.A., f., Vrancea: *Ți se rupe inima să vezi pe cei care nu au deloc bani că își cumpără.* M.D., f., Galați: *Este degradant, atât pentru noi, cât și pentru pacienți.* C.C.V., f., Constanța: *În ultima perioadă, îți creează o stare psihică ne-*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

favorabilă faptul că te duci cu lista la pacient, un amărât care are sau nu are bani și că îi dai să cumpere, începând cu seringă și terminând cu calmante și antibiotice. H.A., f., Constanța: Asta este cel mai mare stres. C.C.V., f., Constanța: Este penibilul penibilului. Umilitor.

Dotarea spitalelor

În privința dotării spitalelor cu aparatură s-au evidențiat două probleme care îi afectează pe angajați. Prima problemă se referă la existența unei aparaturi vechi, de multe ori uzată din punct de vedere fizic și moral, și care cere nenumărate intervenții pentru a fi repusă în funcțiune, determinând în felul acesta întârzierea actului medical și constituind un risc de îmbolnăvire pentru angajați: B.C.E., f., Galați: *Noi la Radiologie avem aparatură din '77, ca să nu vorbim despre radiații, radiații secundare, uși care nu se închid. Când am de făcut radiografiile pe teren, nu am șorț, astfel încât nu mă pot proteja. M.D., f., Brăila: Am o centrifugă veche de 25 de ani, care săptămânal trebuie reparată. Când am nevoie să centrifughez, pentru că am o urgență în sală și trebuie să determin grupa de sânge prin două metode, trebuie să am serul imediat. Nu pot, nu am centrifugă! Dau din mână, o agit, poate chiar greșesc, aplic doar o singură metodă. Aparatura esențială nu ni se aduce, injectomatul la ce ne ajută, nu prea avem nevoie de el... Aprovizionarea este în salturi. Spitalele se scaldă în aceeași mocirlă în toată țara. M.N., f., Buzău: Plus o aparatură deficitară. Eu lucrez într-o secție de terapie, avem două monitoare pe toată secția, trei aparate de ventilație care se strică rând pe rând și nu sunt posibilități de reparare foarte rapidă. În sălile de operație ne-au picat ventilatoarele. Tocmai în mijlocul intervenției chirurgicale! Sunt condiții, zic eu, precare. Depun referate și, de exemplu, aceluși aparat trebuia să i se facă service, dar nu s-a făcut la timpul potrivit și atunci automat piesele care nu au fost înlocuite, au picat la un moment dat. Dar mai mult decât aparatura, este faptul că nu avem mânuși, perfuzoare, adică sunt niște chestii care pe mine personal mă nemulțumesc, nu am cu ce să îmi fac meseria, oricât aș vrea.*

Cea de-a doua problemă se referă la achiziții inefficiente de aparatură și echipamente de lucru. Angajații reclamă un management defectuos, care conduce la risipirea banilor, la rezolvarea unor interese personale prin achiziții. În spitale există aparate care zac nedesfăcute pentru că personalul nu știe să le utilizeze: V.I., f., Constanța: *Sunt multe aparate care stau și se umplu de praf, nu avem medici care să le folosească. F.G., f., Constanța: Banii pe acea aparatură se puteau investi mai eficient, dar s-au „rezolvat” niște interese personale. S-a cumpărat aparatură depășită! M.C., f., Constanța: Se achiziționează aparate care la o unitate spitalicească sunt refuzate și atunci sunt dirijate spre alte unități pentru a fi peste un an casate.*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

b) Securitatea muncii

Securitatea și igiena muncii reprezintă o componentă importantă a dreptului la protecția socială a muncii și, totodată, un indicator relevant al calității vieții profesionale. Salariații intră permanent în contact cu factori nocivi, fizici, chimici și mai ales biologici. Existența riscului la locul de muncă în sistemul sanitar se remarcă prin existența situațiilor de accidente și boli profesionale, incapacitate temporară de lucru, pe o perioadă sau alta (ni s-au semnalat cazuri de la trei zile la șase luni), la afectarea sănătății pe termen lung. Acest risc este asumat în mod conștient. Vom urmări atitudinea angajaților față de aceste evenimente, explicațiile acestora cu privire la natura și cauzele producerii lor: P.V., f., Galați: *Majoritatea dintre noi devenim alergici în timp, de la dezinfectante, de la antibiotice. Sunt persoane care lucrează cu cei care au cancer, acolo riscurile sunt foarte mari întrucât chimioterapicele sunt foarte toxice și după câțiva ani de lucrat cu ele e grav.* C.L., f., Galați: *Și la noi e periculos, pentru că lucrăm cu citostatice și sunt foarte toxice, în țările din Occident totul se dizolvă sub vid, cu mănuși, iar noi preparăm substanțele respective aici și apoi ne întoarcem și le administrăm. A venit o echipă din Belgia și când au auzit că noi lucrăm cu citostatice, au ieșit din sala de tratamente și au spus că așa ceva nu se poate. La noi, la toate, ne pică podoaba capilară.* A.T., f., Brăila: *La noi, din 30 câți suntem pe secție, o treime avem probleme cu tiroida.* I.L., f., Galați: *Cel puțin la noi, au fost câteva cazuri de SIDA, o bolnavă chiar a și murit, cauza s-a aflat mult prea târziu și a trebuit să stăm șase luni și apoi un an, toată lumea cu teamă, pentru că toată lumea a lucrat cu ea, fiind un caz foarte grav și ea și copilul. A fost un stres pentru că nu puteai să știi dacă nu cumva te-ai contaminat și tu, deși măsurile de siguranță și securitate s-au luat, dar niciodată nu poți fi sigur.*

Ceea ce nemulțumește cadrele medicale în legătură cu expunerea la acest risc de îmbolnăvire îl constituie faptul că el nu este evaluat corect de sistem și nu este recompensat prin alocarea de sporuri pentru toate compartimentele unde se pot produce evenimente de acest gen: M.V., f., Brăila: *Ne-ar trebui un spor de stres... cum au cadrele didactice, învățătoarele... pentru că noi lucrăm cu toate categoriile, și cu agitați și cu cei în sevrăj. Nu spun, umblăm după el, (pacientul) pe holuri, nu cumva să sară pe fereastră.* V.D., f., Brăila: *Aici este o problemă, noi lucrăm în secții de spital cu bolnavi proveniți din secții unde se primesc sporuri: TBC, neuropsihiatrie, HIV, iar la noi oricare bolnav venit în urgență reprezintă un potențial infectat cu HIV sau cu... Deci suntem în pericol, iar noi nu primim sporuri pentru lucrurile astea.*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
ȘI AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

„N-avem mânuși” a fost afirmația constantă, repetată la toate dezbaterile, prin care angajații doreau să sublinieze precaritatea condițiilor de muncă sub aspectul protecției, securității la locul de muncă. Sub această expresie se ascunde lipsa echipamentului de protecție, datorată subfinanțării sistemului. Angajații își exprimă nemulțumirea față de faptul că sunt constrânși să cumpere din veniturile personale, de cele mai multe ori, echipamentul de protecție, sau față de faptul că uneori trebuie să lucreze fără nici o siguranță. (M.G., m., Galați: *Știți ce bine este să pui o sondă de puroi și să o iei cu mâna goală?!*). De asemenea, angajații s-au plâns constant și de o lipsă a protecției din perspectiva asigurării gratuității tratamentului pentru ei, persoane care lucrează într-un sistem în care riscurile de îmbolnăvire sunt permanente, pe când alte segmente ale muncii se bucură de gratuități la locul lor de muncă sau chiar în cadrul sistemului sanitar: A.C., f., Brăila: *Nu primim nimic la angajare, în afară de un halat. Primim o jumătate de kilogram de spirt și un pachet de vată pe o lună de zile pentru îngrijirea a 30 de bolnavi, care ajung pe o perioadă de șapte zile, pentru că rulajul e mare. Și când se termină, mai fur de la colega, mai fur de la sală...* S.P., f., Brăila: *Infirmierele cumpără găleți, mopuri și măști. Pacientul cumpără calmante, antibiotice. Eu le scriu lista, le dau, după care fug, că încep să țipe. De aici pornesc nemulțumirile. Nici eu ca asistentă nu sunt scutită de nimic, și plătesc orice serviciu. Nu am nici un beneficiu. Noi nu beneficiem nici măcar de rețetă gratuită. La alte ministere, de Interne, Apărare, se beneficiază de gratuitate la rețete, medicamente.*

Nu în toate cazurile a fost afirmată lipsa echipamentului de protecție, ci și existența acestuia, dar într-o cantitate insuficientă. Starea precară a securității la locul de muncă este dată și de alți factori, precum proasta calitate a materialelor de protecție achiziționate prin licitații ce le par dubioase salariaților: H.A., m., Vrancea: *La noi, la Serviciul de Ambulanță, nu ne lipsesc materialele, dar în schimb sunt de proastă calitate.* C.S., f., Brăila: *Pentru că acesta este criteriul de achiziții, prețul cel mai scăzut.* C.R., f., Brăila: *Mostra o aduce de calitate bună, dar produsul final nu!* S.G., f., Brăila: *Oricum, la licitație câștigă cine trebuie sau cine se dorește.* M.M., f., Brăila: *Depinde și de conducerea spitalului, noi am avut cât de cât materiale cât timp a fost cine a fost la conducere, dar după ce s-a schimbat conducerea situația nu a mai fost la fel, nici măcar materialele de proastă calitate nu le mai avem.*

Nemulțumirile legate de igiena la locul de muncă au fost exprimate în legătură cu faptul că angajații sunt nevoiți să-și spele acasă echipamentul de lucru și să expună la riscuri de îmbolnăvire membrii familiei: N.M.A., f., Galați: *Îți iei halatul acasă, îl bagi în mașina ta de spălat și lași acolo toți microbii...* T.L.M., f., Tulcea: *Asta e cea mai mare durere a noastră, nu e corect!* G.V., f., Constan-



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

ța: *Ne cumpărăm singuri echipamentul și nu se pune problema să ne spălăm echipamentul în spital, de la încălțăminte la halat, mergem cu microbii acasă.*

Există cazuri frecvente de infectare a cadrelor medicale, datorate folosirii în comun cu pacienții a toaletelor: A.T., f., Brăila: *Pe Urologie, în 18 ani de serviciu, am reușit să schimb câțiva microbi. Infecții urinare pe care le tratez și iar le iau. Și asta pentru că nu există toaletă pentru personal. Deci, toaleta bolnavilor o folosim și noi, cadrele. Nu contează doar mânușile.*

A fost scoasă în evidență, în tot acest context al condițiilor și securității la locul de muncă, eficiența controlului sanitar, observațiile mergând în direcția superficialității acestuia, a formalismului rigorist, a tensiunilor noi care apar datorită lipsurilor de materiale de protecție, a imposibilității obiective de a respecta normele impuse, toate acestea conducând la un risc sporit pentru pacienți și personalul sanitar: M.D., f., Galați: *La noi a venit în control Sanepid-ul, iar eu am avut o problemă majoră: mi s-au aruncat toate prosoapele de către doamna din control la găleata cu gunoi și mi-a zis că trebuie să mă șterg cu prosoape de hârtie. Dar nu mi le dă spitalul și trebuie să mi le cumpăr din banii mei.* M.M., f., Brăila: *Dacă la noi a ajuns și Sanepid-ul să ne spună că decât să folosim un pachet de mănuși la toți bolnavii, mai bine nu mai folosim... protecția mea este inexistentă.* V.R., f., Tulcea: *La noi, condițiile de muncă sunt foarte grele, încă mai avem echipamente de protecție, dar am ajuns să venim de acasă cu materialele cele mai simple, săpunul de mâini, hârtie...;* C.D., f., Tulcea: *Săpunul lichid și hârtia se țin ascunse și se scot doar atunci când avem vreun control, să nu se închidă secțiile;* M.D., f., Tulcea: *Cei care vin în control ar trebui să întrebe mai întâi dacă avem cu ce lucra și abia apoi să facă controlul;* C.D., f., Tulcea: *Nu se întâmplă așa ceva, ei pun problema de ce nu aveți, nu-i interesează cauzele.*

Putem aprecia că angajații din sectorul sanitar sunt conștienți de riscurile la care sunt expuși prin natura muncii lor. Criza din sistem îi determină să recurgă la mijloace de protecție prin efort personal, investind din veniturile obținute atât în echipament de lucru, cât și în tratamentul medical în condițiile în care se produce un accident de muncă. Nemulțumirea principală legată de acest aspect constă în faptul că există o deteriorare a protecției și securității la locul de muncă. Există și o apreciere pozitivă legată de introducerea unor echipamente și tehnici de lucru performante care contribuie la eliminarea factorilor de risc în câmpul muncii.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Lipsește de asemenea materialele de protecție și de lucru, fapt care accentuează riscurile specifice sistemului. Subiecții afirmă că știu cazuri de îmbolnăvire profesională (B.I., f., Constanța: *Au luat TBC, s-au tratat odată cu bolnavii, hepatită;* T.V., f., Tulcea: *Am colegi și cu HIV*); de asemenea, au fost indicate cazuri de deces în rândul personalului, precum Z.V., f., Brăila: *Au și murit. A avut virus B, a dat-o în TBC și într-o săptămână s-a dus*). Uneori, persoanele care se îmbolnăvesc de boli cronice simt presiunea tolerării în cadrul aceluiași serviciu (A.L., f., Tulcea: *Colega din spital a fost marginalizată că are hepatita C, ca și cum i-a făcut un favor că a ținut-o*). Accesul nerestricționat al diferitelor persoane în spital crește gradul de risc, accentuând problemele.

Subiecții au invocat în mod repetat că ar fi corect să aibă dreptul la medicamente gratuite, având în vedere riscurile de îmbolnăvire la care sunt supuși. De notat este faptul că, în bună măsură, este vorba de preluarea ideii unor privilegii, după modelul altor sectoare de activitate. Este posibil ca aceste privilegii, care nu reprezintă o valoare mare decât în cazuri rare, să aibă mai curând un caracter simbolic, trimițând la statutul la care aspiră salariații din sectorul sanitar.

Un factor de stres îl reprezintă și nivelul de educație al pacienților, inclusiv în ceea ce privește educația sanitară.

O privire rezumativă asupra condițiilor de protecție a muncii: R.A., f., Brăila: *De exemplu, la mine pe secție ne cumpărăm echipamentul de protecție din banii proprii. Nu avem mănuși suficiente pentru fiecare pacient în parte. Din cauza asta, se mai produc tot felul de accidente prin înțepare, prin tăiere. S-au descoperit destule cazuri de hepatită. Celelalte afecțiuni nici nu le băgăm în seamă. Nu mai punem la socoteală depresiile provocate de stres. Securitatea la locul de muncă nu este conform criteriilor standard. Instalațiile de oxigen sunt vechi de 20-30 de ani, de când este Maternitatea «eu lucrez în Maternitate» și întotdeauna este pericol de explozie. Trebuie să fim întotdeauna atente cu sursele de oxigen. De asemenea, și substanțele dezinfectante sunt percepute ca având efecte nocive asupra stării de sănătate a personalului din cauza calității acestora și a modului de folosire.*

Condițiile de muncă sunt percepute ca fiind grele și comparativ cu informațiile pe care subiecții le au despre condițiile de muncă din străinătate (B.M., f., Tulcea: *Pentru că tot ne întrebați de comparații, avem și noi colegi care lucrează în străinătate și ne spun că la orice manevră se aruncă perechea de mănuși. La noi trebuie să o păstrezi toată ziua*).



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

În ceea ce privește dotarea cu aparatură medicală, se remarcă mari discrepanțe între diferite secții, semn fie că nu a existat o strategie unitară de dotare a secțiilor, fie că diferențele sunt derivate din strategii diferite de management și contexte diverse. Situația este de natură a indica lipsa unor standarde minime de dotare pentru funcționare.

A fost indicată și existența unor locuri de muncă în care salariaților le este amenințată în mod repetat securitatea personală, în special în cazul secțiilor de urgență și unităților de Ambulanță (N.N., f., Constanța: *La noi chiar nu se înghe-suie nimeni să vină pe ambulanță... oamenii se comportă în diverse moduri și asta se știe... puținele cazuri care sunt într-adevăr pentru ambulanță, au familii care se comportă violent și inconștient... mai ales familiile de rromi. Dacă îi iei unuia tensiunea trebuie să o iei la întreaga familie numeroasă. Ce e mai grav, poliția nu se bagă, nu-ți oferă securitate. Am avut cazuri de ambulanță plină cu rromi care făceau scandal și erau și înarmați, iar poliția de peste stradă se uita la noi și nu spunea nimic, dar să mai facă ceva...).*

Alături de riscurile profesionale inerente, la nivelul de pericol al locului de muncă se adaugă riscurile ce derivă din atitudinea pacienților, ajungându-se de multe ori chiar la agresiuni fizice (I.D., f., Tulcea: *Am o colegă care s-a întors, nu are mai mult de un an de zile și nici acum nu se poate obișnui, deși a lucrat mulți ani de zile la noi în spital).*

Programul de lucru

Actul medical reprezintă o formă de activitate socială care se desfășoară în flux continuu timp de 365 de zile din 365 de zile, 24 de ore din 24 de ore, fără un program stabil pentru pauza de masă, dar cu un program stabilit pentru schimbul de zi și schimbul de noapte. Cadrele medicale sunt angajate în acest ritm de muncă neîntrerupt. Ele au indicat faptul că știau de la bun început care este natura locului de muncă și intrând în sistem și-au asumat conștient să răspundă unei activități „la foc continuu”.

Indicatorul de referință în această analiză este timpul de muncă. La un loc de muncă acceptabil social, el este previzibil planificat. Nu și în sistemul sanitar însă, deoarece în funcție de unități, există o singură tură de zi, există activitate în ture, există activități care trebuie acoperite în *week-end* și în toate sărbătorile legale. Răspunsurile primite privesc experiența prin care au trecut participanții în situațiile diferite ale activității lor în sistemul sanitar, de aceea avem în acest caz o analiză care – în consonanță cu indicatorul de referință – este diacronică. În primul rând, să observăm reacția pe care o au participanții față de munca în ture din perspectiva vârstei și a modului cum percep ei că turele de noapte îi afectează diferențiat: *I.M.A., f., Brăila: Deci, dacă în tinerețe, după tura de noapte, ne apu-*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

cam de treabă, acuma ne ducem și ne odihnim. V.M., m., Brăila: Eu fiind cel mai în vârstă, de exemplu, sufăr de insomnie și chiar dacă sunt obosită după tura de noapte, nu mă pot odihni, eventual până în noaptea următoare, deci pot să stau și toată ziua, deși noaptea nu m-am odihnit, stau și toată ziua și nu dorm, adică nu pot dormi. După atâția ani s-a obișnuit și familia. G.G., f., Brăila: Și nu numai eu, mai sunt colegi care au aceleași probleme, dar ne-am obișnuit, nu facem o tragedie din asta. C.V., f., Brăila: Știam de la început ce ne așteaptă.

Nu vom insista foarte mult în evidențierea, prin relatările participanților, a faptului că turele de noapte îi afectează în toate privințele, descrise de cărțile de specialitate. Trebuie să observăm însă că angajații din sistem sunt conștienți de aceste afecțiuni, le cunosc din pregătirea lor teoretică și, așa cum am mai menționat, își asumă conștient aceste urmări.

În sine, turele de noapte nu sunt un factor de nemulțumire profesională. Și angajații au recunoscut acest lucru în mod direct. O parte dintre ei s-au declarat chiar mulțumiți de existența acestor ture, deoarece beneficiază de timp liber în cursul zilei când pot rezolva nenumărate probleme personale: L.G., f., Constanța: *La noi s-a încercat să se impună un program 8 cu 16, nu am fost de acord, și atunci s-a acceptat 8/12/24, ceea ce ni se pare un program foarte bun, pentru că ne odihnim și ne rezolvăm o mulțime de probleme. N.M., f., Buzău: E un avantaj mare. Pentru că avem timp liber și pentru familie și pentru tot ceea ce ne trebuie. D.L., f., Galați: Deci, eu văd și o parte bună. De ce? Că ai un program flexibil, de exemplu, de regulă se merge pe zi-noapte, liber-liber; și, deci, eu personal, stau mai mult cu copiii acasă.*

Turele de noapte devin un factor de nemulțumire în combinație cu unele situații din sistemul sanitar, precum plata lor relativă, creșterea volumului de muncă datorată personalului insuficient, expunere mai mare la agresivitate din partea pacienților sau aparținătorilor. S.N., f., Brăila: *La noi sunt foarte multe nopți și foarte grele. B.G., f., Brăila: Și se plătesc doar patru nopți pe lună pentru a obține sporul de noapte, dar din lipsă de personal mai facem și câte 7- 8 pe lună.*

În privința programului de lucru, am observat care este opinia participanților în legătură cu modul în care turele de noapte afectează calitatea actului medical. În mod constant, au afirmat că acest lucru nu se întâmplă sau că nu ar trebui să se întâmple, însă volumul mare de muncă asociat cu lipsa de personal conduce la scăderea calității actului medical: G.L., f., Brăila: *La sfârșitul programului, calitatea serviciului nu mai e aceeași, nu mai ești calm. T.M., f., Tulcea: Când ești rupt, e afectată și calitatea actului medical, nu mai ai aceleași reflexe. Vezi spre dimineață că nu te mai poți concentra, te uiți de două ori pe fiolă. N.G., f., Brăila: Trebuie să recunoaștem că devenim puțin irascibile și nu mai putem să*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

dovedim la 85 de persoane, nu mai ai cum să zâmbești în fața pacientului. De multe ori trebuie să fii în două locuri deodată: doctorul strigă într-o parte, pacientul în altă parte. D.M., f., Vrancea: Sănătatea este afectată de ture. A.M., f., Buzău: Calitatea serviciilor nu este afectată. Ne-am obișnuit. Și când facem ceea ce ne place nu facem diferențe între tură de zi sau noapte. Cei tineri nu se adaptează la muncă suplimentară. A.M., f., Buzău: E greu, că nu avem medic de gardă și până apelăm la un medic, trebuie să luăm atitudine noi și de cele mai multe ori reușim să facem față, pentru că ne-am pregătit în acest sens.

Programul de lucru nu este în momentul de față clar reglementat după analiza efectuată pe răspunsurile date de participanți. Pe lângă ritmul biologic dereglat de existența obligatorie a turelor de noapte, specific naturii muncii, se adaugă stresul datorat personalului insuficient la locul de muncă în urma blocării posturilor și a creșterii, din acest motiv, a volumului de muncă. În plus, se adaugă nemulțumirea față de munca neplătită.

Condițiile de muncă sunt înrăutățite de lipsa personalului, situație ce accentuează problemele și scade calitatea serviciilor medicale: R.M., f., Brăila: *Calitatea în mediul medical, dacă ești obosit, poți greși;* R.M., f., Brăila: *Când simți că nu mai poți, tragi de tine să ajungi la patul pacientului. Ți-e rău pur și simplu dacă ești foarte obosită și de diminețile repetitive;* B.C., f., Vrancea: *La mine e greu, pentru că suntem trei asistente și o infirmieră la 70-80 de bolnavi, noaptea);* lipsa personalului afectează calitatea serviciilor medicale într-o măsură considerabil mai mare decât turele de noapte: N.M., f., Buzău: *Da, avem liber o zi după tură, dar mai e și familia, trebuie să facem toate treburile casnice, este și copilul care trebuie urmărit la lecții și ne afectează.* Cu toate acestea, subiecții recunosc diminuarea abilității de a efectua manevrele medicale în orele târzii din noapte (B.C., f., Vrancea: *La mine e greu pentru că suntem trei asistente și o infirmieră la 70-80 de bolnavi, noaptea),* intervenind modificări chiar și în atitudinea față de pacienți (N.G., f., Brăila: *Trebuie să recunoaștem, totuși, că devenim puțin irascibile și nu mai putem să dovedim la 85 de persoane, nu mai ai cum să zâmbești în fața pacientului. De multe ori trebuie să fii în două locuri deodată: doctorul strigă într-o parte, pacientul în altă parte).* Atitudinea față de lucrul în ture este variată, de la caz la caz, în funcție de interesele personale: B.E.D., f., Galați: *Lucrul în ture, la 12 ore, nu ar fi o mare problemă, lucrăm în acest ritm de cel puțin 11 ani, nu cred că aș relua activitatea la 8 ore, întrucât avem mai multe libere. Dar, după o tură de 12 ore, nu pleci în nici un caz odihnit acasă să poți relua o alta activitate cu familia;* I.I., f., Tulcea: *Când vii din tura de noapte, ești obosit și îți mai repezi copilul sau soțul.*

Se poate vorbi și de existența unui gen de resemnare, camuflată în spatele unei atitudini de asumare, întâlnită cel mai adesea prin intermediul formulei „ști-



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

am de la început ce ne așteaptă!”. Din acest motiv se poate vorbi și de existența unei viziuni eroice pe care o au salariații față de propria profesie, întâlnită mai ales în cazul cadrelor medicale.

Având în vedere ponderea pe care o au femeile în totalul personalului medical, se poate vorbi de existența unei probleme specifice, derivate din obligațiile familiale pe care acestea le au în mod tradițional: B.C., f., Vrancea: *La mine e greu, pentru că suntem trei asistente și o infirmieră la 70-80 de bolnavi, noaptea.* Totodată, viața de familie poate fi afectată datorită stării de oboseală și stresului: I.I., f., Tulcea: *Când vii din tura de noapte ești obosit și îți mai rezezi copilul sau soțul;* C.D., f., Tulcea: *Păi după o tură de noapte albă, mă duc și mă culc. Am dormit două ore, v-am spus, da? Dacă adorm aici să nu vă supărați. Și mă duc acasă. Acasă trebuie să-mi reiau activitatea de mamă și soție. Și eu am copilul mai mic, iar dacă se întâmplă să fie bolnav, mai am încă o noapte pierdută cu el.*

Salariații care lucrează în ture sunt afectați în mod diferit, una din cele mai importante variabile constituind-o secția în care lucrează. În acest sens, există secții unde turele de noapte sunt extrem de obositoare, cele mai dificile fiind terapia intensivă și urgențele: B.V., f., Galați: *Colegele mele, dimineața când ies din tură, sunt verzi. Mai ales cele care lucrează pe terapie intensivă.*

Unii subiecți au reclamat faptul că turele de noapte le afectează în mod semnificativ sănătatea sau bioritmul, dereglarea somnului fiind cel mai des invocată: C.C., f., Galați: *Eu sufăr de insomnie cronică. De când am început să lucrez în nopți mi-am dereglat total sistemul de dormit. Îmi afectează munca. De multe ori mă ceartă medicul că sunt prea adormită.* La acestea se adaugă creșterea semnificativă a consumului de cafea și, la fumători, țigările: I.R., f., Brăila: *Cafea în exces. Cele care fumează, fumează mai mult.*

Aprecierea la locul de muncă

Promovarea

În privința facilităților de promovare la locul de muncă, acest indicator urmărește să identifice cazul particular al satisfacției la locul de muncă dat de aprecierea existentă în raport cu efortul depus și în corelație cu percepția avută de angajați față de motivația muncii și modalitatea în care este stimulată performanța în carieră. Motivația socială a muncii, gândită la nivelul sistemului sanitar, unde așteptăm performanțe în actul de sănătate, reprezintă un indicator al gradului în care societatea respectivă și-a planificat conștient să dispună de cadre competente și interesate în devenirea profesională.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Aprecieria muncii este un semnal complex venit din partea angajatorului, a șefului, a echipei de lucru, din partea pacientului, ca beneficiar al actului medical, din partea aparținătorilor și, nu în ultimul rând, chiar din partea angajatului. A măsura felul în care se bucură de apreciere la locul de muncă angajații din sistemul sanitar, înseamnă a preciza felul în care ei au perceput acest semnal complex. De aceea, prezentăm în continuare cele mai relevante puncte de vedere exprimate în legătură cu experiența trăită de angajați față de acest fapt subiectiv al aprecierii.

La întrebarea generală cu privire la apreciere, cele mai frecvente răspunsuri au fost: „uneori da, alteori nu”. Acest fapt a indicat realitatea conform căreia în sistem nu este instituită o formă de apreciere continuă, constantă. Problematizând tema aprecierii, participanții au conștientizat faptul că la nivelul colectivului există o apreciere reciprocă, dar funcționează mai curând pe orizontală, între lucrătorii cu responsabilități asemănătoare: Ș.V.T., f., Galați: *În sănătate există o diferență foarte mare între categoriile de lucrători. Și aici, cu toate că vrem să spunem că suntem o echipă, dar de fapt nu suntem o echipă, trebuie să diferențiem între cei cu studii superioare la care nu putem ajunge, între asistentul care trebuie să facă totul și categoria de îngrijitoare, care la rândul lor nu prea sunt apreciate. Încă avem de lucrat în problema asta și nu știi când vom reuși să schimbăm ceva în România.*

Aspirația exprimată în diferite rânduri este către o formă de activitate în care să domine spiritul de echipă, indiferent de gradul de pregătire și de rolul exercitat, spirit dominat de încredere, comunicare și respect reciproc, deseori fiind invocat modelul occidental de lucru în sistemul sanitar: S.D., f., Constanța: *Medicul nu poate să lucreze fără asistente, asistentele nu pot să lucreze fără medic și există o colaborare.* S.D., f., Constanța: *Ni s-ar putea spune: Da, mulțumesc! pentru astăzi.* H.A., f., Constanța: *Astfel am avea o satisfacție, nu neapărat bănească.*

În lumina acestui deziderat, participanții au arătat că în raport cu angajatorul, cu șefii ierarhici, aprecierea ia următoarele aspecte:

- **O foarte bună apreciere din partea șefului:** N.N., f., Constanța: *Noi suntem o echipă de câțiva oameni foarte uniți. Avem un șef extraordinar, poate prea bun pentru timpurile acestea, formăm un colectiv unit.* N.D., f., Galați: *Eu am un șef minunat, în primul rând că ne ascultă pe toți în orice problemă: ne în-*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismului Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

*tâlnim, discutăm și găsim o soluție. Se implică în muncă și asta contează cel mai mult; în patru ani spitalul arată super, ceea ce se vede, e un fapt obiectiv, și astfel ne apreciază și dumnealui pe noi și noi pe dumnealui. I.M., f., Constanța: Șeful direct ne apreciază; se face diferența între persoanele care se implică mai mult și cele care se implică mai puțin. Îmi adresează aprecieri destul de rar, dar mă simt foarte bine atunci.*¹⁵

O apreciere tacită, exprimată mai curând în mod implicit: S.F., f., Buzău: *Din partea șefilor, în mod tacit, sunt mulțumiți de activitate, dar nu te recompensează, mai vin niște sarcini în plus și atunci îți dai seama că totuși ești apreciată, dacă îți mai dau niște sarcini, înseamnă că e mulțumit de tine. De observat că acest gen de apreciere este pe fond destul de vizibil pentru salariați prin modalitatea de acordare a sarcinilor dificile, el dovedind încredere în capacitățile salariatului. Suplimentar, relațiile de apreciere exprimate prin încrederea în capacitățile profesionale sunt vizibile și în domeniul de acțiune al plăților informale, șefii selectând pentru a trata pacienții cu dare de mână de regula angajații competenți.*

O lipsă de apreciere sau chiar un comportament jignitor: I.M., f., Galați: *Dacă ai făcut ceva bine, e firesc, pentru că așa trebuia să faci, așa scrie în fișa postului sau eventual se spune că se putea și mai bine, deși tu ți-ai dat silința și în momentul în care ai făcut 100 de chestii bune și a 101-a ți-a ieșit puțin mai prost, ești pus la zid, uitându-se de toate... D.A.M., f., Galați: Și mai este o problemă: în ciuda faptului că ai greșit din cauză că ești epuizată, pentru că muncă este foarte multă și personalul puțin, deja superiorii ierarhici nu numai că nu-ți spun „vezi că ai greșit acolo”, ci se vorbește cu apelative, cu injurii... ești amenințat să taci din gură, că mai sunt alți zece la poartă. Noroc că sunt posturile blocate. I.M., f., Galați: În spital, limbajul este oricum mai colorat decât în orice altă instituție. V.M., f., Galați: La noi circulă o vorbă, că medicii din șase ani de facultate, în primii doi ani învață să injure.*

Sistemul sanitar nu are bine organizate metodele de evaluare și de tratament diferențiat, fiind prezente fie orientările de tip feudal în acordarea recompenselor, acestea fiind stabilite în funcție de nivelul obedienței față de șef (N.M., f.,

¹⁵ Având în vedere diferența de sex între șef și persoanele care se simt apreciate, nu putem stabili dacă în cauză intervin și aspecte emoționale, deoarece cercetarea nu a fost orientată în această direcție. Din perspectiva altor relatări știm însă că există cazuri în care relațiile afective (mărturisite sau nu) intervin și influențează pe cele profesionale.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Buzău: *S-a luat salariul de merit. Salariul acesta trebuie să fie serios, se dă de obicei pentru fata de la calculatoare, pentru asistenta șefă și din când în când pentru o infirmieră*), fie de cele de tip socialist, existând o distribuție uniformă a recompenselor, ce șterge orice diferențiere și acționează nestimulativ: S.R., f., Vrancea: *Toți muncim, de aceea evaluând activitatea pe ani, am convenit să luăm pe rând*; I.V., f., Vrancea: *Trebuia făcut ceva atunci când se dădeau acele salarii de merit, să nu se mai dea în fiecare an aceleiași persoane, trebuiau date chiar pe merit*.

Nu există un sistem coerent de recunoaștere diferențiată a meritelor profesionale și de recompensă a acestora: C.L., f., Galați: *Pentru că regula este cu totul alta. Dăm salarii de merit ca o ajustare a salariului, nicidecum ca un stimulant al celor care lucrează*. Nemulțumirea este accentuată și de viciile sistemice de încadrare salarială, acestea conducând la situații aberante, în care un angajat cu vechime și experiență considerabilă ajunge să aibă salariul mai mic decât un nou venit, în condiții de nivel de studiu identice: P.G., f., Buzău: *Nu întotdeauna cei care vin în sistem la noi au salarii foarte mici, nu există o ierarhizare a salariilor, sunt alții care au salarii mai mari ca mine, chiar dacă au vechime puțină*; în discuție este, în special, efectul creat de limitările legale ale creșterilor salariale, combinat cu aplicarea sistemului anterior de evaluare a performanțelor salariale pentru creșterea salariului. Având în vedere întinderea cercetării în timp, cele mai multe referiri sunt făcute la sistemele anterioare de salarizare, însă studierea actualului sistem de salarizare, în cadrul căruia diferențierile sunt aproape imposibile, ne conduce la concluzia că problema nu numai că persistă, ci chiar s-a accentuat: M.A., f., Buzău: *Și oricum, de când s-a decis de la Guvern să nu se mai dea salariile de merit și alte compensații, nu îți mai arată nimeni nici o mulțumire, indiferent de ce ai face sau ce caz ai, tot nu ești recompensat în nici un fel*. Sistemul de control pare disproporționat comparativ cu cel de recompensă: I.V., f., Vrancea: *Moderat, dacă faci ceva mai puțin decât trebuie se vede, dar dacă faci mai mult decât trebuie nu se vede*.

Prezența unui model neo-feudal de organizare și conducere în unele unități sanitare este vizibilă și în anumite modalități standard de adresare către personal, salariaților spunându-le în mod repetat că nu sunt de neînlocuit (B.C., f., Vrancea: *Facem, dar să ne aprecieze efortul. Ni se spune că suntem ușor de înlocuit, că nu suntem de neînlocuit, așteaptă mulți la poartă*) și nefiind stimulați în propria pregătire profesională: C.L., f., Tulcea: *Nici sindicatul nu ne oferă cursuri de specializare, de reconversie*; N.M., f., Constanța: *Spitalul nu ne-a oferit nimic. Chiar și OAMMR ne obligă să luăm credite, dar plătim totul*; A.Z., f., Constanța: *Creditele sunt obligatorii, dar nu ne permit să promovăm, sunt formale sub acest aspect*.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

În contextul reducerilor salariale și a schimbărilor tot mai dese de management, dispar și inițiativele izolate de a crea forme inedite de stimulare a excelenței: O.G., f., Buzău: *La noi mai era chestia aceea cu salariatul anului, angajatul anului și am primit niște diplome din partea șefilor, dar anul trecut nu au mai fost.*

S-a remarcat în multe cazuri absența unui comportament civilizată din partea superiorilor ierarhici: D.A.M., f., Galați: *Și mai este o problemă, în ciuda faptului că ai greșit din cauză că ești epuizată pentru că munca este foarte multă și personalul puțin, deja superiorii ierarhici nu numai că nu-ți spun „vezi că ai greșit acolo”, ci se vorbește cu apelative cu injurii. B.C., f., Galați: *Și la mine se întâmplă. Mi-a spus un domn doctor „să vina o libelula la mine” și m-am uitat în sus spunând că nu este nici una și atunci s-a corectat și mi-a spus să îi trimit o fată mai tânără. Adresabilitatea și felul cum comunică cu noi, considerându-ne niște slugi, pe mine mă deranjează.**

În discuție au fost puse, în special, aprecierea din partea pacienților și a șefilor ierarhici la nivel de raport individual și recompensa materială a muncii, exprimată prin salariu și diferitele tipuri de sporuri. De asemenea, salariații au indicat și soluția *facilităților* (luând exemplul altor instituții) drept o formă de apreciere.

Față de angajatori, față de conducerea unității, angajații intervievați arată că nu se bucură de apreciere. Există o distanță foarte mare, sub forma barierelor de comunicare: C.V., f., Brăila: *Desfășurarea barierelor de comunicare între manager și personal ar ameliora foarte mult relațiile de muncă; chiar dacă acum este o perioadă grea, pe care o înțelegem cu toții, numai prin discuții, ori vorbe bune, te-ar putea face să te simți mai bine, să comunici. Nu lipsesc însă subiecții care se simt apreciați la locul de muncă: G.L., m., Brăila: *Șeful direct ne apreciază; se face diferența între persoanele care se implică mai mult și cele care se implică mai puțin. Mă apreciază cam rar, dar mă simt foarte bine atunci. Dar și pacienții. Între colegi mai există și o mică invidie*¹⁶.*

Așteptările în privința aprecierii din partea angajatorului există, și ele pot fi sintetizate sub forma propunerilor exprimate de participanți: recompensă materială, în genul salariului de merit, evidențierea periodică a activității secțiilor în cadrul Consiliului Medical, alocarea de fonduri angajaților cu merite deosebite

¹⁶ Pentru o analiză clară a formelor și mecanismelor de recunoaștere este necesară desfășurarea unei alte cercetări care să ia în considerare și cercetarea unor relații informale, deseori chiar personale, mai rar recunoscute oficial, dar care au caracter „folcloric” între șefii ierarhici și angajați, între medici și asistente etc., inclusiv analiza relațiilor sexuale la locul de muncă. Prezenta cercetare nu a fost proiectată pentru identificarea unor aspecte de acest gen, care însă nu lipsesc. Spre exemplu, referința la „invidia existentă între colegi” poate ascunde și o trimitere la o relație mai specială cu șeful ierarhic.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

pentru cursuri de formare profesională, recompensă financiară pentru Angajatul Lunii, distincții simbolice cu ocazia sărbătorilor anuale.

În privința aprecierii din partea pacienților, cele mai multe răspunsuri au indicat faptul că ea există și este legată de rezolvarea cazului. Chiar și în situații de deces ale pacienților, este apreciat efortul depus de cadrele medicale: J.A., f., Tulcea: *Eu am avut pacienți care au decedat, dar de sărbători mă sună aparținătorii lor să îmi ureze sărbători fericite.* Ni s-au semnalat însă și situații în care pacienții nu apreciază cadrele sanitare, se comportă agresiv și jignitor, dar acest aspect va fi scos în evidență în contextul altor analize ale prezentei cercetări. Atunci când au indicat existența unor aprecieri la locul de muncă, subiecții s-au referit în cea mai mare parte la mulțumirile din partea pacienților: C.C., f., Galați: *Eu lucrez la Maternitate și locuiesc aici aproape de spital. Vreau să zic că am o mulțumire când plec de acasă până la spital și îmi dau mămicile «Bună ziua» și poate nu le cunosc și îmi spun «Am născut la dumneavoastră. M-ați uitat?». Am o satisfacție enormă. E și asta un motiv de mulțumire.*

Din răspunsurile participanților, a rezultat faptul că am rămas la nivelul de promovare clasic: de la asistent debutant la asistent principal/șef. Iar dacă vrei să promovezi la șefia unei secții, atunci mai apare și bariera politică: S.A.D., f., Brăila: *De când a intervenit politicul, foarte mult s-a pierdut, foarte mult și speranța de a reuși; speranța, nu numai oportunitatea.*

Răspunsul în bloc a fost că în sistemul sanitar nu există oportunități în carieră, decât dacă părăsești sistemul, sau te faci direct medic, facultățile de asistenți medicali fiind iluzii care te apropie de statutul superior al unui cadru medical, fără ca sistemul să-ți modifice responsabilitățile conferite de studiile medii.

Aspirația salariaților este favorabilă existenței unor oportunități în carieră: S.M., f., Constanța: *Ar trebui să avem și noi o ierarhie, care să presupună atribuții diferențiate și care să ne mobilizeze în forme de pregătire superioară, în responsabilități mai mari, deoarece ar ajuta sistemul, ar ajuta și medicii.* Iar în conștiința lor profesională există modele de comparație cu alte sisteme sanitare: I.S., f., Constanța: *Sistemul nu ne oferă posibilități să facem carieră. În Statele Unite există grade. Se poate promova în funcție de pregătire, de capacități. Poți ajunge până la asistent cu grad, având drept de parafă. Ar fi bine să se implementeze și la noi o asemenea formă. Noi nu avem decât un grad: gradul principal, la care ajungem cu toate.*

Se remarcă și diferențele salariale aduse de nivelele diferite de studii, fără ca acestea să se aplice în toate cazurile: D.V., f., Tulcea: *Eu am făcut Facultatea de Asistente, dar nu m-a ajutat la nimic, nici măcar mărirea de salariu nu am primit-o cât trebuia, care însă nu se regăsesc la nivelul atribuțiilor:* A.C., f., Brăila: *La noi există acele ierarhizări pe bază de studii, dar în practică toți fac același*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

lucru și nu mi se pare corect ca să-i plătești diferențiat numai pe criteriul studiilor. Ne încurajează să facem cursuri pe banii noștri.

Asistenții medicali remarcă absența unui traseu de carieră stimulativ: A.M., f., Galați: *De la asistent principal nu mai sunt promovări, acesta este gradul cel mai mare; G.L., f., Brăila: Practic, o viață, un infirmier rămâne la același nivel, contează doar vechimea. În alte profesii există ierarhizare, la noi nu. T.M., f., Tulcea: Nu permite sistemul, nu e structurat ca atare. Nu există o ierarhie. În rândul elementelor care descurajează interesul pentru propria formare profesională figurează și faptul că nu este recompensată la timp, uneori foarte greu sau chiar deloc, absolvirea formelor de pregătire profesională: G.L., f., Brăila: Șeful direct ne apreciază; se face diferența între persoanele care se implică mai mult și cele care se implica mai puțin. Mă apreciază cam rar, dar mă simt foarte bine atunci. Dar și pacienții. Între colegi mai există și o mică invidie; T.I.F., m., Galați: S-au dat o grămadă de titluri și de principale și nu sunt retribuiți pe gradul care l-au obținut prin examene, ca cei din conducere, prim-ministrul și cei din guvern au zis că s-au blocat și degeaba și-au dat examenele și nu o să primească banii pentru asistent principal, de exemplu. Unii subiecți au reclamat absența cursurilor gratuite de perfecționare.*

Studiul a determinat și existența schimbărilor prea dese în cadrul planului de formare al asistentelor medicale: S.M., f., Constanța: *Eu am făcut postliceala, apoi pe vremea lui Ceaușescu s-a schimbat, a trebuit să fac altceva și apoi după '89 colegiul și tot așa, faci 20 de ani de școală ca să fii tot asistentă; cum se schimbă guvernul mai schimbă și ei ceva.*

Având în vedere „lucrul cu oamenii”, subiecții și-au arătat sensibilitatea la manifestările de mulțumire: N.N., f., Constanța: *Uneori o vorbă bună ar fi de ajuns sau o încurajare, o apreciere verbală măcar. Astfel de lucruri contează foarte mult pentru noi, pentru psihicul nostru, ne-ar motiva.*

Lipsa aprecierii poate conduce la demotivația personalului: I.M., f., Galați: *Ni se cere devotament, dar nu avem nici un fel de satisfacție, n-am fost plătită nici o ora suplimentară în viața mea niciodată, atunci ce motivație să ai, că ești plin de elan o vreme, un an, doi, trei, dar apoi îți piere orice elan, te uzezi, te înrăiești și astea se răsfrâng și în viața personală, ajungi acasă, nu mai ai chef de nimic. Absența unui sistem just și funcțional de apreciere a salariaților a fost exemplificată și prin intermediul salariaților incompetenți care rămân în activitate: R.C., f.,*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Buzău: Dar, un astfel de coleg, îți îngreunează și munca, numai cât te uiți pe grafic și îți pui mâinile în cap când vezi după cine ești. Eu nu am văzut pe nimeni dat afară pentru incompetență până la ora asta, îngreunând în mod considerabil activitatea colegilor.

În privința promovărilor și oportunităților în carieră, din răspunsurile participanților a rezultat, ca idee dominantă, faptul că sistemul românesc de sănătate nu este construit pe această axă a stimulării și recompensei în actul muncii. Ceea ce confirmă teoria (după cum a afirmat și un respondent, că sistemul funcționează din inerție) că dacă satisfacția este mai înaltă față de profesie decât față de locul de muncă, atunci conducerea speculează și exploatează acest resort intim al omului, în defavoarea stimulării lui materiale. Este exploatată vocația omului, iar lucrătorii din sistemul sanitar au afirmat constant, sincer, că sunt dăruiți muncii pe care o desfășoară. Este de condamnat aici cinismul unei orientări ideologice care, punând accent pe libertatea concurențială, neglijează un segment generos al forței de muncă, cel care se dedică slujirii semenului, fără a pune în balanță recompensa financiară. Aici liberalismul își demonstrează limitele și face loc virtuților unei viziuni care are în vedere o echitate a aprecierii importanței sociale a muncii. Dincolo de această atitudine personală, subliniem faptul că, aici, în joc se află ceea ce unul din părinții disciplinei sociologice Calitatea Vieții – Bertrand de Jouvenel – descoperea a fi servicii neplătite efectuate de membrii societății, cum ar fi grija părinților față de copii sau a copiilor față de bătrânii lor părinți. Generozitatea acestui serviciu, dăruirea dezinteresată trece dincolo de granițele familiei, iar lucrătorii din serviciul medical, ca și profesorii, preoții, reprezintă o formă de activitate care, pentru lumea actuală prinsă în vârtejul neoliberalismului, ar trebui să fie răsplătită prin ceea ce numim facilități legate de *promovări și oportunități în carieră*. Consecvența unei astfel de atitudini poate fi urmărită în planul existenței acestei practici în sistemul muncii, care s-ar îmbina cu echitatea socială sau recunoașterea importanței sociale a muncii depuse: C.V., m., Galați: *Nu există o recunoaștere din partea sistemului. Recunoașterea socială se face în funcție de venituri.*

Relațiile de muncă

Relațiile la locul de muncă constituie un indicator important al calității vieții profesionale, după siguranța la locul de muncă. Relațiile în cadrul echipei de lucru indică gradul de mulțumire pe care îl trăiesc oamenii pentru ceea ce fac.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Cooperarea în actul muncii, în prelungirea actului în sine care definește natura profesiei, este un semn al reușitei în viață, al împlinirii personale. O sinteză a atmosferei la locul de muncă este edificatoare în acest sens:

M.: *Cum ați descrie atmosfera la locul de muncă?*

P.A., f., Galați: *De cele mai multe ori plăcută.*

C.A., f., Vrancea: *Depinde și de colegi, trebuie să mai și lăsăm puțin de la noi uneori.*

A.D., f., Vrancea: *Pentru mine revenirea la serviciu a fost o încântare.*

P.A., f., Galați: *Eu pe anul trecut nu mi-am luat concediu de odihnă, am preferat să stau alături de colegi.*

Din perspectiva asistenților medicali locul de muncă în sistemul sanitar presupune implicarea în relații colegiale, pe orizontală, la același nivel, și relații pe scară ierarhică, cu medicii, managerii. În același timp, am căutat să identificăm cum se derulează cooperarea între diferite secții, compartimente din sistemul sanitar. Am introdus întrebarea cu privire la programarea concediului de odihnă, ca o formă de verificare a sincerității afirmațiilor legate de relațiile colegiale, dat fiind că cea mai sensibilă chestiune într-un colectiv este această planificare a timpului liber și ea dă măsura înțelegerii dintre oameni. Vom urmări, așadar, care este atmosfera la locul de muncă pe cele trei paliere.

Răspunsurile semnificative privind relațiile intercolegiale au scos în evidență o diversitate de situații, încât nu putem indica spre ce parte ar înclina balanța, ce anume ar domina, buna înțelegere sau starea de tensiune. Cele mai multe răspunsuri au indicat faptul că o armonie perfectă nu există, deoarece fiecare persoană participă la un colectiv cu zestrea ei caracterială și inevitabil apar tensiuni care se aplanează pe parcurs. Mai presus de tensiuni, participanții au arătat că primordial este interesul acordat pacienților. Ceea ce am surprins însă este o deteriorare a relațiilor la acest nivel, datorată degradării condițiilor materiale la locul de muncă, amenințării pierderii locului de muncă, insuficienței personalului și a creșterii volumului de muncă: N.M.A., f., Galați: *Conflicte cu colegii de muncă există datorită acelor disponibilizări.*

Chiar dacă în mod sporadic, plățile informale intervin și ele în perturbarea relațiilor firești cu șefii ierarhici, funcționând în general pe modelul șpaga dată la angajare urmată de cotizația permanentă: M. C., f., Galați: *Un caz concret, nu pot să dau nume, nu e de la mine din secție dar tot din sistemul sanitar, dar dacă nu întreții...*

În relațiile cu șefii ierarhici există o atitudine de respectare a ierarhiei, de menținere a distanței, deseori de supunere necondiționată. Subordonarea ierarhică autoritară este foarte puțin apreciată, fiind motivată doar de nevoia de a se menține ordinea și disciplina la locul de muncă. Aprecierea că „șefii au rămas cu menta-



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismului Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

litatea comunistă” a fost foarte des exprimată și nu numai cu prilejul acestei întrebări. Angajații doresc să se schimbe natura relațiilor la acest nivel, aducând argumentul muncii în echipă după modelul Occidental, unde există un respect reciproc între toate cadrele medicale. Au fost menționate cazuri de conflicte directe cu superiorii, soluționate în defavoarea subordonaților. O puternică sursă de tensiune cu medicii o reprezintă, cum am întâlnit și într-un alt context, nedelimitarea clară a sarcinilor ce revin angajaților la locul de muncă, preluarea de către asistenții medicali a unui număr semnificativ de atribuțiuni care revin medicului și pe acest fond neglijarea atribuțiunilor legate de tratarea pacienților. Într-un cuvânt, cum se va observa, sunt copleșiți de actul birocratic socotit ca fiind în afara profesiei și inutil.

Avem și puncte de vedere exprimate de șefii ierarhici. Astfel, un medic a arătat că doar spiritul de echipă cimentează relațiile la locul de muncă și construiește încrederea reciprocă între cei ce participă la actul medical. Medicii ar trebui să urmeze la facultate cursuri de comunicare, pentru a impune o atmosferă de cooperare la locul de muncă. Șefii sunt cei care au o mare responsabilitate în medierea conflictelor, în crearea stării de tensiune sau a spiritului de echipă.

În privința relațiilor existente la nivelul secțiilor/departamentelor răspunsurile au indicat faptul că există colaborare, înțelegere. Constant, s-a afirmat ca disfuncționalitate relația dintre instituția Medicului de familie și Unitatea de Primiri Urgențe. Reglementările noi, privind atribuțiunile Medicului de familie au aglomerat acest serviciu de Primiri Urgențe, determinând ca o parte însemnată din populația care are nevoie de un consult medical să evite programarea la cabinetul medical de care aparține și să se prezinte direct la UPU: N.D., f., Galați: *Dar mulți medici de familie, știți cum fac acum mai nou: sună bolnavul la medic, domnule doctor uitați am problema asta și acesta le spune să sune la salvare, să-l ducă la spital.* M.M., f., Tulcea: *Vine omul la urgențe și spune că pe el la programat peste 3 zile, dar lui îi este rău acum.*

Unii subiecți au invocat nivelul scăzut al respectării deontologiei profesionale în cazul șefilor ierarhici și unora dintre medici (G.A., f., Galați: *Respect de sine, când a depus jurământul nu l-a depus ca să-și umple buzunarele. Dacă nu îl respectă te face și pe tine să te schimbi*), drept unul din factorii ce agravează atmosfera profesională, în special prin exemplul pe care-l furnizează colegilor și care se propagă.

Subiecții au reclamat și un tratament inegal al diferitelor categorii profesionale: V.D., f., Brăila: *Noi suntem colegi cu doctorii, ei nu noi, nu.*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
ȘI AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în oameni!

Conflictele

Unii subiecți consideră că sistemul este marcat de o stare conflictuală generalizată (A.T., f., Galați: *O stare conflictuală care e de sus menținută. E un conflict permanent din orice, din nimic*; D.A.M., f., Galați: *E suficient să atingi o coardă sensibilă și...*) sau de o tensiune generală, motivată și de faptul că sectorul sanitar este tributar vechilor sisteme de organizare (A.M., f., Galați: *În sistemul sanitar nu s-a eradicat comunismul, nu poți spune liber ce gândești, nu ai dreptul să te aperi. Într-un conflict cu un superior nu ai voie să te argumentezi, ai voie doar să fii certat și să asculți*). Încercările de a rezolva situațiile tensionate nu au succesul scontat: A.T., f., Galați: *La noi a existat un conflict mai mare. Un grup de personal medical s-a unit împotriva unui șef și a făcut reclamație împotriva unui superior și răspunsul a fost „voi nu sunteți sănătoși la cap” și nu s-a rezolvat nimic.*

a) Conflictul medici-asistenți, asistenți-medici

Relațiile dintre diferitele categorii profesionale au deseori un caracter conflictual mocnit, pe primul loc situându-se relația medici-asistenți. În acest plan sunt în discuție atât atitudinea (de ambele părți, dar în special a medicilor față de asistenți), cât și atribuțiile profesionale: R.N., f., Galați: *Noi am permis treaba asta; dacă ne-am uni toate să facem doar ce ține de atribuțiile noastre, atunci nu s-ar mai ajunge la situații din acestea; unde pun parafa ei, ei trebuie să scrie, nu noi. Ei au impresia că tot ce facem noi pentru ei așa trebuie făcut, nu mai știu ce au ei de făcut și ce avem noi.* Din partea asistenților este aclamată o atitudine de colaborare, rod al unei culturi profesionale specifice, bazată pe împrumuturi din modelele occidentale (I.G., f., Brăila: *Deci nu există unul fără altul. Medicul nu poate să lucreze fără asistente, asistentele nu pot să lucreze fără medic și există o colaborare*; T.M., f., Tulcea: *Afară, relațiile medic-asistent sunt de colegialitate*), în condițiile în care aceasta lipsește la momentul actual: I.V., f., Vrancea: *Este foarte greu să schimbi mentalități. Cel puțin la noi, nu există colaborare între medici și asistenți.* Uneori, conflictele sunt recunoscute ca atare de către cei care le întrețin sau le suportă (S.M., f., Constanța: *Și noi când am preluat secția erau conflicte majore*; V.D., f., Constanța: *La noi conflictele sunt tăcute, deoarece medicul pune în spatele asistentelor aproape toate treburile, chiar dacă ai sau nu timp. De aici pornesc conflictele. Facem și o mulțime din lucrurile pe care trebuiau să le facă ei. Mai sunt conflicte și între cei mai în vârstă și cei tineri; cei tineri au foarte multe probleme și sunt, de cele mai multe ori, nemulțumiți de ceilalți*), altelei ele trebuie deduse. Tensiunile între medici și asistenți, între asistenți și medici, au un caracter structural, făcând parte din modul de-a fi al sistemului, ele



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

fiind întreținute de mulți dintre reprezentanții ambelor părți, în joc fiind aruncate chiar și argumente cu caracter „de legendă”, fără acoperire în realitate: I.N., f., Tulcea: *Sau noi suntem plătiți, spre exemplu cu sporul de noapte. Sporul de noapte se dă în momentul în care lucrezi 3 nopți, iar pentru ce depășește, nu ești plătit. Bani ăia sunt. La medici, fiecare gardă este plătită și neimpozabilă, pe când la noi nu.*

Tensiunile sunt bazate pe diferența de studii, care blochează uneori comunicarea (A.C., f., Brăila: *Există o lipsă de comunicare și de colaborare, ceea ce ne deosebește de Occident. Pe scara ierarhică ne desparte o "bibliotecă" (asta e vorba doctorilor). Concediul se programează, ne înțelegem între noi*) și diferențe de atribuții profesionale. La acestea se adaugă, în mod evident, diferențele de status social. Din partea asistenților medicali sunt numeroase reclamațiile privitoare la transferul de atribuții din partea medicilor către asistenți: L.L., f., Galați: *Deși o parte din munca medicului o face asistentul*; D.A., f., Galați: *Cred că 80%*; G.A., f., Galați: *Dar în caz de culpă medicală, el nu a zis, el nu a făcut*. De asemenea, sunt numeroase nemulțumirile față de lipsa recunoașterii competențelor asistenților: R.Z., f., Buzău: *Da, există medici care consideră că suntem simpli executanți, lucru care nouă nu ne convine și demonstrăm cu vârf și îndesat. Dacă vii cu o propunere, consideră că ți-ai depășit atribuțiunea. Și felul în care ni se vorbește, sunt medici care ar spăla cu noi pe jos dacă ar putea*. Totodată, relația de colaborare nu este întotdeauna așezată pe cadre deontologice, conducând uneori la situații dilematice: B.L., f., Brăila: *Dacă îl deranjezi, ești proastă și nu te descurci, dacă nu îl chemi, de ce nu l-ai chemat*. La acest capitol al discuțiilor, angajații din sistem – în special asistenții medicali –, din nevoia de a le fi recunoscute meritele, au adus la suprafață o anomalie din sistemul sanitar românesc: faptul că preiau din atribuțiile medicului și că fac munca acestuia – iar rezultatul (acest transfer al sarcinilor) nici măcar nu le este recunoscut. Problema atinsă a fost tratată în comparație cu modul de funcționare a sistemelor de sănătate occidentale, unde responsabilitățile sunt clar formulate. C.R.M., f., Galați: *Ideal ar fi ca medicii să-și facă treaba lor, iar noi să ne facem treaba noastră, dar nu se întâmplă așa, preluăm foarte multe din atribuțiile medicului și atunci suntem prea aglomerate*. N.N., f., Constanța: *Noi am permis treaba asta, dacă ne-am uni toate să facem doar ce ține de atribuțiile noastre, atunci nu s-ar mai ajunge la situații din astea. Unde pun parafa, ei trebuie să scrie, nu noi. Ei au impresia că tot ce facem noi pentru ei așa trebuie făcut, nu mai știu ce au ei de făcut și ce avem noi.*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Trebuie să observăm că există conștiința faptului că responsabilitatea în asumarea sarcinilor peste fișa postului revine și celor ce le-au preluat. Dorința angajaților este ca în sistem să fie clar delimitate atribuțiunile, ca în sistemul occidental, unde depășirea atribuțiilor este chiar sancționată, și să fie aplicată practic această distribuire a rolurilor

Tensiunile existente derivă deseori din cultura instituțională a unității sanitare (F.M., f., Galați: *Șeful nostru, da. Ne apreciază atunci când este un medic din afară și pun o problemă și e rezolvată zice: Bravo!*; M.G., f., Galați: *Eu văd cum vin medicii din spital și fac consulturi și într-adevăr se poartă foarte urât, chiar cu noi, cu care nu lucrează foarte mult. Se vede. Parcă au altă școală, altă textură, altceva*), manifestându-se mai ales în plan comportamental: C.B.T., f., Brăila: *Noi nu trebuie să avem idei. Te face și prost în fața pacientului*; Z.V., f., Brăila: *Vorbesc destul de vulgar*; R.M., f., Brăila: *Chiar dacă nu știu să execute o manevră la fel de bine ca și noi, îți dau peste mână.*

Constituie o sursă de tensiune și deficiențele apărute în exercitarea obligațiilor profesionale (H.V., f., Tulcea: *Iarăși au mai fost situații când medicul recomandă tratamentul telefonic. Și eu ca asistentă mă simt să precizez pe foaie*; M.M., f., Tulcea: *Dar nu ai voie*; B.D., f., Tulcea: *Păi da, dar trebuie scrisul lui, parafa lui. Că altfel nu poți*; G.D., f., Tulcea: *Deci, să nu faci chestia asta niciodată*; H.V., f., Tulcea: *Nu, nici chiar așa*; G.D., f., Tulcea: *Nu, deci eu precizez încă o dată niște protocoale de ședință, în care se precizează ora, cum a fost, cum a decurs ședința, parametrii ... Dar dacă medicul nu se prezintă atunci când este solicitat să vină să vadă bolnavul, și zice dă-i și fă-i ... am scris ... dar indicația telefonică...*), problemă întâlnită în mai multe cazuri :C.F., f., Tulcea: *Da ... știu ... Deci știu că e greu. Și la noi se întâmplă. Nu te gânde că eu acuma sunt ... Nu, și la noi se întâmplă ...*; V.T., f., Tulcea: *Nu, nu sunteți singurii ... se întâmplă și la noi ...*; I.E., Tulcea: *... peste tot...* . În discuție este, în special, transferul informal al unora dintre obligațiile profesionale de la medici la asistenți (S.C., f., Tulcea: *Mulți ar trebui să își facă treaba lor și nu să delege atribuțiile asistentului pentru ca el să se odihnească*) (C.C., f., Galați: *Am deranjat un medic la ora 01:00 după-amiază și m-am trezit cu...*), în mod intenționat sau implicit (C.C., f., Galați: *Dacă-i de bine, este medicul inteligent și a acționat corect, dar dacă nu, este asistentă proastă și e vina ei*; F.M., f., Galați: *Se acoperă medic pe medic*; E.A., f., Galați: *Noi avem problemele astea. Sunt cardiologi care nu coboară și stai toată noaptea*; C.C., f., Galați: *Eu am pățit cu tatăl meu care a făcut preinfarct, adus la spital la ora 03:30-04:00. Colega de la UPU a dat telefon la cardiologie și până la 07:00 nu a venit*), situație a cărei schimbare au solicitat-o în mod indirect sau



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

direct subiecții: I.V., f., Vrancea: *Ar trebui să facem mai puține lucruri din atribuțiile doctorilor, acest lucru trebuie schimbat.* Nu există reguli clare ale acestui transfer, asistenții putând fi oricând acuzați de depășire de atribuții: B.C., f., Galați: *Da, eu am avut un conflict foarte mare, eu am scris foarte multe foi care trebuiau scrise de rezidenți, iar domnului doctor șef de secție i-am făcut foarte multe foi și s-a întâmplat după mai mulți ani să izbucnească un conflict între șeful de secție și un alt doctor și am primit referat la direcția spitalului că mi-am depășit atribuțiile postului. Am mers atunci în biroul domnului doctor și i-am reproșat faptul că atunci când am scris pentru dumnealui acele foi nu s-a sesizat și sancționat singur că este ilegal;* C.G., f., Galați: *În acea perioadă ne-a fost interzis și nouă să ajutăm acel medic)* Situația este cu atât mai complicată cu cât percepția întinderii proprii responsabilități profesionale este de multe ori ambiguă: N.N., f., Constanța: *... acum faci toată treaba medicului, dacă o faci, nu e bine că te-ai băgat, dacă nu "de ce l-ai lăsat să moară" ?!* Subiecții asistenți medicali au arătat faptul că sunt în mod constant forțați să-și depășească atribuțiile profesionale, indicând numeroase gesturi profesionale pe care le fac în acest sens: F.M., f., Galați: *Completarea foilor, externările, rețetele compensate, concediile. Asta vorbind numai de hârtii, pe lângă multe altele;* E.A., f., Galați: *Administrarea unor medicamente care nu ai voie;* C.C., f., Galați: *Și oricum, faptul că ești una la 20 și noaptea nu se trezește medicul...* R.E., f., Tulcea: *La noi conflictele sunt tăcute deoarece medicul pune în spatele asistentelor aproape toate treburile, chiar dacă ai sau nu timp. De aici pornesc conflictele. Facem și o mulțime din lucrurile pe care trebuia să le facă el. Nu trebuie să scriu nici biletul de ieșire, nici condica nu trebuie să o scriu, nu e treaba mea.* T.V., f., Tulcea: *Noi trebuie să ne asumăm și responsabilitățile medicului. Spre exemplu, când anesteziem, ar trebui ca medicul anestezist să ne asiste, dar el mai are alte patru puncte de lucru și atunci sarcina lui cade pe umerii noștri. El e la două nivele mai jos... până îi dau eu telefon să vină, se poate întâmpla orice... S-a întâmplat ca aparatul de anestezie să facă presiune și nu e datoria mea să verific volumele și acei parametri și apoi pacientul a făcut emfizem subcutanat, a fost vina mea... pentru că nu l-am monitorizat cum trebuie. Dar nu era de datoria mea, el, medicul trebuia să modifice parametri la volume...* D.V., f., Tulcea: *Multe dintre sarcinile medicilor le preiau asistenții, conștient sau inconștient...* B.P., f., Tulcea: *Se întâmplă ca medicii să nu treacă în registru fiecare consultație... și a venit odată un pacient bătut și doctorul nu l-a trecut... a trebuit să insist eu, fiindcă putea veni poliția să-l caute. Sunt multe lucruri care ar trebui să fie mult mai organizate... să nu mai fie extinse atribuțiile asistenților.* M.D., f., Brăila: *Este și problemă de mentalitate aici... medicii au lucrat așa în regimul comunist și așa sunt învățați.* M.P., f., Galați: *Medicii trebuie să codifice, să coordoneze diagnosticile, dar ei nu fac acest lucru. Nici parafa*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

nu o țin ei, o țin asistentele. Medicul nu are timp să facă jumătate de normă nu știu la care spital, să facă gărzi, să aibă și cabinet particular și așa mai departe.

Angajații au propus ca asistenții medicali să dobândească un statut independent, să aibă atribuțiuni clar delimitate și să nu fie niciodată depășite. A fost adus argumentul din spitalele occidentale, unde depășirea atribuțiunilor nu este apreciată, ci sancționată.

Una din sursele tensiunilor existente între asistenți și medici o constituie modalitatea în care unii medici se achită de unele responsabilități profesionale în timpul gărzilor (C.E., f., Tulcea: *Noaptea numai să spunem. Noaptea, dacă te duci să-i deranjezi. . . Ca și când n-ar fi plătiți pentru treaba pe care o fac*; G.N., f., Tulcea: *Deci e o mare tragedie să iei un medic specialist și-n timpul zilei, d-apoi noaptea. Imaginează-ți!*), în discuție fiind în special o încărcare cu responsabilități suplimentare a asistenților medicali. Trebuie menționat însă și gradul de oboseală și stres al medicilor survenit în condițiile în care fac foarte multe gărzi lunar, existând un deficit de medici și de resurse pentru a trata pacienții, un aflux de pacienți, mai ales în serviciul de gardă, în condițiile unor deficiențe structurale existente în educația medicală a pacienților¹⁷: E.A., f., Galați: *La noi nu. Sunt conștienți că fără noi nu pot face nimic. Un medic la o sută și ceva de prezentări pe zi, e clar că nu are cum. Îi depășește și pe ei ca și condiție fizică. În același timp, modul în care subiecții au descris situația sugerează faptul că este vorba și de o deficiență structurală, rezultând din modul în care a fost gândită relația dintre diferitele compartimente și felul în care este exercitată supravegherea activității profesionale de către organismele colegiale.*

Au fost puse în discuție și diferite formule de adresare jignitoare: I.N., f., Tulcea: *Da. Ne și zice: "voi sunteți aici să executați, nu să gândiți"*, R.E., f., Tulcea: *"Ca negrii pe plantație" și multe altele*; E.V., f., Tulcea: *"Sunteți bune la car-tofi pe câmp"*.

Între modalitățile de apreciere indicate de către subiecți este situat și *dialogul*, la întrebarea *Ce ar trebui să facă ceilalți (șefii ierarhici, pacienții, aparținătorii) pentru a vă simți apreciați?* unii subiecți răspunzând: A.E., f., Tulcea: *O deschidere la dialog*; B.D, Tulcea: *O mai mare apropiere... Exact. Între medic și*

¹⁷ Sloganul „serviciile medicale sunt gratuite”, interpretat în sensul că totul este asigurat de undeva de sus, nu se știe de unde, și că este suficient pentru toți pacienții, constituie un exemplu în acest sens, el dând seama de o atitudine ce a fost cultivată în rândul populației fără a exista acoperirea ei financiară și care s-a răsfrânt asupra salariilor din sănătate.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
ȘI AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

asistenți; M.M., f., Tulcea: Pentru că dialogul lipsește cu desăvârșire. A fost indicată și posibilitatea contaminării comportamentul pacienților de către cel al medicilor față de asistenți (C.M., f., Tulcea: Cum ne tratează medicul pe noi, așa ne tratează și pacientul, văzând tratamentul pe care îl primește asistenta din partea medicului. La fel suntem tratați și de pacienți), uneori ajungându-se la situații în care medicii verifică asistenții prin intermediul pacienților: B.D., f., Tulcea: Și medicii nu procedează corect, nu atrag atenția pacienților, ne verifică prin pacienți cum am administrat tratamentul, trezind neîncrederea acestora în competența noastră.

Un exemplu de atitudine modernă în relația medici-asistenți îl furnizează unele servicii UPU, subiecții ce provin din aceste secții indicând relații de bună colaborare: A.E., f., Tulcea: *Deci asta vă spuneam... Spiritul de echipă la nivelul grupului există. Deci există...* ; C.M., f., Tulcea: *Chiar și cu medicii...* ; C.E., f., Tulcea: *Și cu medicii. Deci asistent, infirmier, medic și îngrijitor, la UPU există.*

Atitudinile puse în discuție pentru a diminua starea de tensiune merg de la sugerarea diferitelor soluții, până la recomandarea unei atitudini de indiferență afectivă față de atmosfera profesională care ar fi utilă pentru asigurare supraviețuirii. În același timp, este pusă în discuție schimbarea mentalității prin renunțarea la viziunile intens ierarhizate și adoptarea unui sistem mai pragmatic: S.L., f., Buzău: *Depinde și de cum privesc situația, atât medicii cât și asistentele, dacă nu au înțeles relația de colaborare și comunicare. La noi, spre exemplu, nu am avut conflicte, există respect reciproc, nu înseamnă că dacă X șterge pe jos că asta este meseria ei trebuie tratată mai prejos din cauza asta.*

Diferențele de nivel în ceea ce privește plățile informale constituie o importantă sursă de conflict, medicii fiind acuzați că primesc mai mult decât restul personalului în condițiile în care ar fi vorba de o muncă de echipă.

Locul de muncă în sistemul sanitar constituie o activitate în cadrul căreia relațiile interumane prezintă însăși condiția exercitării profesiei, de calitatea lor depinde reușita sau eșecul actului medical. Lipsa de personal – datorată subfinanțării sistemului, orientării activității cadrelor sanitare spre activități birocratice, altele decât cele medicale, plecării din sistem etc. – slăbește calitatea actului medical și din această perspectivă cooperarea angajaților în vederea ameliorării sănătății unui pacient devine tot mai problematică, așa cum arată toate datele de mai sus. În acest sistem angajații efectuează sarcini de serviciu care nu trebuie să intre în atribuțiunile lor, ceea ce creează o nemulțumire și o stare de tensiune în relație cu medicii.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

b) Conflictul pacienți/aparținători – asistenți sau asistenți – pacienți/aparținători

O categorie importantă de risc la locul de muncă – pe lângă riscurile semnalate mai sus – o reprezintă relația cu pacienții/aparținătorii, risc determinat de natura agresivității umane, de nivelul de educație al pacienților, de calitatea comunicării cu aceștia, de natura afecțiunilor acestora. Este un risc, de data aceasta, caracteristic oricărei profesii al cărui conținut implică relațiile interumane, risc ce nu se datorează unor factori străini actului medical, ca de exemplu expunerea la agresiune din partea pacientului sau aparținătorilor din cauza crizei de materiale sanitare și de medicamente în spital. Este evident că într-un sistem subfinanțat, în care angajaților nu li se asigură echipamentul de protecție, riscurile profesionale la locul de muncă pot crește alarmant. După cum și nivelul de educație al populației poate diminua sau crește condițiile de risc la locul de muncă.

În analiza acestor aspecte – care țin de ceea ce popular denumim „riscul mesei” – participanții la focus grup au pus în evidență lipsa unei protecții din partea unui serviciu de pază și ordine, mai ales în turele de noapte, agresivitatea pacienților aflați sub stare de ebrietate sau drogați, agresivitatea bolnavilor psihici sau altor categorii de bolnavi, agresivitatea venită din partea comunității rromice, ostilitatea tot mai vădită a opiniei publice la adresa cadrelor medicale, necomunicarea către personalul de îngrijire medicală a datelor cu privire la infecțiile virale; au fost evidențiate mai ales bolile care se contactează în mod curent de la pacienți. Vom urmări, în continuare, câteva cazuri tipice care au fost relatate și care au evidențiat nevoia de protecție din partea unor organe de ordine față de agresivitatea pacienților și categoriilor de aparținători: D.A.M., f., Galați: *La noi, fiind un serviciu de relații cu publicul non-stop, pe perioada nopții lucrăm fără paznic, iar dacă se întâmplă ca o persoană rea voitoare, recalcitrantă, sub influența alcoolului, să vină să întrebe de un pacient și primește un răspuns nefavorabil, riști să te plesnească, iar când am sunat la pază, la poartă, paza a venit peste un sfert de oră.* S.M., f., Constanța: *La psihiatrie riscul cel mai mare e că poți fi lovit. Există agresivitate. Violență fizică, verbală.* I.M., f., Constanța: *Din ce în ce lumea este mai recalcitrantă, foarte rea, nemulțumită, în special rromii.* I.S., f., Constanța: *Da, avem probleme cu etnia rromă.* S.D., f., Constanța: *Ei vor tot timpul să aibă prioritate, indiferent că stă lumea și așteaptă.* N.D., f., Galați: *Da, și nu sunt plătitori de asigurări.* N.S.D., f., Galați: *Mai sunt aparținătorii care fac circ, vine rromul că vrea s-o vadă pe doamna cum naște și nu e voie, te dă cu capul de pereți, te amenință că te așteaptă la colțul străzii.* P.E., f., Brăila: *Un aspect foarte important este stresul și pot să spun că am lucrat sub teroarea pumnilor, agresată chiar, una dintre colege a fost și lovită. Deci asta este un aspect... demn de consemnat.* C.M., f., Tulcea: *Am avut colege internate în spital cu concediu medical*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

post-agresiune... deci, în timpul programului au fost colege agresate. Au fost cazuri în care noi am chemat firma de pază, da, cu care chipurile există un contract și firma de pază chiar nu făcea nimic, în special în fața invaziei de rromi!

Conflictele dintre personal și pacienți trebuie privite la ambele poli, vina, dacă poate fi vorba de una, fiind de ambele părți, în grade variabile și în funcție de situație. Chiar dacă subiecții au insistat pe problemele create de pacienți, diferitele informații oferite vin să nuanțeze contextul tensiunilor existente și diferitelor situații conflictuale¹⁸.

Conflictele cu pacienții alterează și ele viața profesională, contribuind la accentuarea sentimentului de nerecunoaștere a meritelor profesionale: G.C., f., Tulcea: *Se mai iscă și conflicte cu pacienții, mai mult când le spui că trebuie să-și cumpere singuri tot ce le trebuie.* Uneori, acestea creează o atmosferă greu de suportat pentru salariați, ajungându-se câteodată chiar la violențe verbale și fizice: G.V.L., f., Brăila: *Și lipsa materialelor de altfel. Au impresia că noi avem seringi ascunse, dar nu vrem să le dăm și de aceea îi trimitem la farmacie;* P.G., f., Buzău: *Se duc la Casă și li se spune că avem fonduri pentru analize gratuite și după aceea vin la mine și eu le spun că nu avem și mă iau la bătaie.* Aceste conflicte au surse multiple, între acestea găsindu-se lipsurile materiale (N.C., f., Brăila: *Conflictele mai apar din cauza lipsurilor. Sunt nemulțumiți că își cumpără totul;* (V.M., m., Brăila: *Totul pornește de la lipsuri, exact ca și într-o familie, atunci când nu ai bani te cerți, așa e și la noi, când nu avem ce ne trebuie ne certăm*), în contextul în care standardele solicitate salariaților sunt uneori prea înalte raportat la posibilitățile materiale: D.A., f., Galați: *Toate aceste lipsuri îngreunează relația cu pacienții, dar și cu aparținătorii;* G.A., m., Galați: *Am primit o notă scrisă unde scria că pacientul trebuie să plece satisfăcut dar nu scria cu ce.* Lipsurile materiale conduc uneori la situații ciudate în care ambele tabere au dreptate și sunt în imposibilitatea de a găsi o soluție de compromis: I.R., f., Brăila: *Eu am avut cu bolnavii. Am avut un caz, un bolnav cu o internare și pentru faptul că nu erau locuri, fiind foarte mulți pacienți și era musai ca el să stea cu oxigen, le-am spus să se cupleze câte doi în pat. Și a spus că nu se dă jos din pat nici dacă vine poliția. Că e patul lui, are nevoie de oxigen și nu îl interesează de altul. Și nu au vrut.*

¹⁸ O abordare exhaustivă a conflictelor dintre pacienți, ce ar trebui să constituie subiectul unei cercetări centrate pe această problemă, ar putea include stabilirea unor tipologii comportamentale atât pentru pacienți, cât și pentru personalul din sistemul sanitar, lămurind mai mult situațiile și oferind soluții de reducere a tensiunilor existente.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

*Am chemat medicul de gardă să vadă. Am ținut bolnavul pe targă jumătate de oră și ne-am certat cu ei mai rău ca la poliție. Unii subiecți percep relațiile dintre pacienți și personal ca fiind profund deteriorate: N.M., f., Galați: *Mai au puțin și ne iau și la bătaie.*; D.A., f., Galați: *Acum e o boală a stresului și toată lumea înjură, pacienți, aparținători, asistenți, medici.* Salariații percep că o parte considerabilă din vină pentru această situație revine Casei de Asigurări de Sănătate: R.A., f., Buzău: *Acum s-au limitat și locurile de internare pentru că, contractul cu Casa ne obligă să limităm și numărul de internați și oferta. Este lucru înjositor și pentru noi să apelăm la bolnavi sa-și cumpere, chiar e umilintă uneori și ne pune și în situația de a avea conflicte cu bolnavii care, până acum au fost tratați într-un fel și brusc, adică din vară, s-a rupt filmul.**

Conflictele cu pacienții derivă și din gradul redus de informare al cetățenilor (C.O., f., Brăila: *În primul rând, concepția bolnavilor. Bolnavii au o concepție așa învechită! „Domnule, eu daca mă duc la spital, eu sunt șef... la mine vine în vizită oricine, oricând, nu se ține cont că e răcit, că vine cu copil, că intră în terapie, pentru că eu am plătit asigurările de 30-40 de ani”. Asistenta este la picioarele pacientului: „Asistenta trebuie să facă orice vreau eu, când vreau eu să vină să-mi ia tensiunea”, neavând loc nici o discuție, așa la locul ei, între pacient și asistentă. Nu, ei au numai drepturi, nu au și obligații. Din punctul meu de vedere, bolnavul trebuie învățat că el are și obligații și trebuie să le respecte, în primul rând respectul față de personalul sanitar, și aici mă refer în primul rând la asistente, pentru că ele vin în contact direct cu pacienții. Ei spun că au plătit asigurări, bine, dar și noi muncim și stăm în picioare și plătim și noi. Trebuie o educație a pacienților) și din carențele de educație comportamentală (C.O., f., Brăila: *Ei cer ca asistenta să vorbească frumos, să fie îmbrăcată frumos, să fie elegantă, să arate bine ... așa doar pentru bolnav; dar el cu ce servește? Cu vorbe, cu jigniri, am mai auzit „hai fă”, „păpușa”... astea ar trebui să dispară, trebuie lucrat asupra bolnavilor, asupra aparținătorilor care vin și spun „Domnule, mie îmi spui ce are!”. Nu! Secretul profesional nu ne dă voie să spunem asta! N-avem voie!... Mai nou e „Aduc televiziunea!”). Au fost indicate multe probleme cu populația de origine rromă: P.M., f., Tulcea: *Rromii dau reguli, mai ales populația rromă, care crede că li se cuvine totul. Pentru ei nu contează că mai e cineva în salon și că vrea și femeia aia să se spele. O țigancă trebuie să vină cu tot neamul, să stea și să umple holul.* Schimbarea mentalității a fost indicată ca o posibilă soluție: O.S.,**



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

f., Buzău: *Ce vrem să schimbăm? Mentalitatea oamenilor, să nu ne dea indicații cum să facem tratamentul, să nu ne reproșeze că din banii lor suntem plătiți, când au ajutor social.*; N.M., f., Buzău: *Să schimbăm atitudinea pacientului față de noi, pacientul crede că noi suntem sclavi pe o plantație și că el este stăpânul.*

Atitudinea șefilor a fost indicată în unele cazuri ca fiind generatoare de probleme: D.A., f., Galați: *De la șefii ierarhici pleacă totul, dacă medicul țipă pe hol de față cu toți pacienții, aparținătorii*; T.I., f., Galați: *Te decade în fața celorlalți, te decade social.* Influența medicilor, determinată în multe cazuri de amploarea plăților informale, este și ea generatoare de tensiuni, exemple fiind date de B.M., f., Tulcea: *Dar, oricum, ce zice medicul este lege. Asistenta, dacă poate să mai zică ceva: „Eu am stat de vorbă cu domnul doctor; așa a zis el și îmi dați voie să intru să vad pacientul”. Nu mai contează altceva și C.D, Tulcea: Nu contează că eu am treabă în salon. Pe mine mă trimite doctorul să fac ceva, o manevră care ține de atribuția mea și abia vine aparținătorul; eu îl dau afară, pentru că pe mine la școală m-a învățat așa: condițiile trebuie să fie în primul rând de igienă și curățenie (având în vedere că se vine de afară cu microbi) și nu am voie să fac nici o manevră de față cu aparținătorul. Și se ia de mine că l-a lăsat doamna sau domnul doctor. Și atunci ies eu afară, și spun: „când va ieși aparținătorul, atunci îmi fac și eu treaba”. Și bineînțeles că apar divergențe.*

Faptul că la unitățile de stat se prezintă în special pacienții cu posibilități financiare reduse, care deseori sunt dublate de un nivel de educație scăzut, pare să accentueze conflictele M.E., f., Brăila: *La noi vin cazurile cele mai dificile, dar și pacienții cu posibilități financiare mici, cu studii mai puține, de aceea noi ne înțelegem mai greu cu astfel de pacienți.* Comportamentul pacienților lasă uneori de dorit (B.M., f., Vrancea: *Urgență înseamnă trei zile, după care trebuie să plătească tratamentul, dar nu se întâmplă așa. Tu îi vorbești frumos, cu "dumneavoastră" și el te ia cu „ce vrei fă?”*), el fiind determinat atât de curențele de educație, cât și de alte cauze cum ar fi: lipsa materialelor, presiunea mediatică, comportamentul personalului. Salariații invocă faptul că nu au timpul necesar pentru fiecare dintre pacienți: I.I., f., Tulcea: *Noi, ca asistenți, nu avem suficient timp să relaționăm cu pacienții*; G.V., f., Tulcea: *Nu e timp. Dacă stai jumătate de oră să îi explici, a fugit timpul care era de fapt alocat altor activități*; P.F., f., Tulcea: *Sunt pacienți care spun că în afară asistenta este cu zâmbetul pe buze și îți explică. Așa este, dar e și mai bine plătită, pe când tu aici nu știi cum să îți plătești ratele. După care, ele sunt mai puține pe tură. Noi însă nu avem timp.*

O parte din salariați sunt de părere că presa exercită o influență negativă asupra comportamentului pacienților față de salariații din sistemul sanitar, agra-



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

vând problemele; cu atât mai mult atunci când oamenii de presă sunt în situația de a fi pacienți, situație relevată de exemplele: C.C., f., Galați: *Am avut și noi o reporteriță care a născut și i s-a părut că s-a uitat urât la ea o colegă. Și s-a dus la director. Iar ea săraca se gândea la problemele ei*); A.L., f., Tulcea: *Să luăm în considerare și mass-media care a denigrat personalul medical*; B.M., f., Tulcea: *A vânat greșeli*; A.L., f., Tulcea: *Sigur că da. Au prezentat cazurile de multe ori deformate, au amplificat conflictele dintre aparținători și personal medical și le-a dat dreptate aparținătorului, că poate să ne dea în cap. Să ne facă reclamații la orice pas.*

În aceste condiții, educația pacienților este pe primul loc în preferințele salariaților pentru măsurile de reformă ce ar trebui luate: A.E., f., Tulcea: *În primul rând educația populației și asta nu este nici foarte greu, nici foarte costisitor.*

La rândul lor, unii salariați resimt o stare de tensiune față de pacienți, mai ales în contextul reducerilor salariale (C.C., f., Galați: *Nu, dar într-un fel simți un resentiment față de pacient pentru că el, cunoscând situația, se duce la doctor cu mai mult decât se ducea înainte (pentru că doctorul are nevoie) și la asistentă vine cu pretenții.*), situație care conduce uneori la creșterea riscului de conflicte. De altfel, este evident faptul că sursa conflictelor dintre personal și pacienți/aparținători nu o constituie numai cei din urmă, fiind și cazuri în care comportamentul salariaților conduce la apariția unor situații conflictuale.

c) Conflicte între generații

Existența mai multor generații, diferențiate și de nivelul de pregătire, constituie și ea o sursă de tensiune și neînțelegeri: M.E., f., Brăila: *Neînțelegeri datorită diferenței de vârstă. Există conflicte între generații, este normal să fie. Fiecare a absolvit o altă formă de pregătire, au o altă viziune și într-adevăr se poate ajunge la mici conflicte.* Diferențele de studii, având deseori corelate diferențele de salarizare, constituie o importantă sursă de conflict: N.M., f., Buzău: *Școala care s-a făcut în trecut a fost valoroasă. Acum nu se face școală, doar cine vrea cu adevărat să facă, face. Iar cei care fac școală pe banii lor și pe forțele lor nu o să ajungă niciodată în sistem, or să ajungă cei care au făcut facultate unde au fost două trei luni pe an, că am avut cazuri, și vin apoi cu banii și se angajează. Și o duci în spatele tău, eu stau acasă liniștită că nu sunt de tură și ea face poate o chestie de malpraxis în urma mea. Și eu cu ce sunt vinovată ca asistenta șefă și medicul șef de secție? Noi nu am fost în comisie când acest om a dat concurs.* Faptul că o bună parte din cei care vin de pe băncile școlii trebuie să învețe de la cei mai în vârstă și, concomitent să-i asculte, constituie uneori o sursă de tensiune: B.M.C., m., Galați: *Am avut asistenți noi și nu au existat probleme, tu care ești mai vechi trebuie să-i înveți, dar toată lumea a fost la început.* Deseori, cei noi



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

sunt priviți cu neîncredere: R.C., f., Buzău: *Am colege care au venit de pe băncile școlii, iar pregătirea profesională lasă de dorit. Ajungi să le dorești să ajungă pe mâna unei asistente la fel de pregătită ca și ele.* Cel mai adesea, salariații cu vechime se plâng de nivelul de pregătire și atitudinea noilor veniți (H.G., f., Galați: *Dar de ce nu o învățați dumneavoastră?*; B.V., f., Galați: *Dar nu vrea să învețe, că ea este deșteaptă, știți cât sunt de căpoase și de impertinente*; M.M., f., Tulcea: *Astea tinere, fetele astea tinere nu au responsabilitatea actului medical în sine*; I.E., f., Tulcea: *Generația...*; G.N., f., Tulcea: *Ceea ce nu învață în școală*; A.E., f., Tulcea: *Generația nouă, în general, nu e responsabilă de nimic...*), precum și de faptul că trebuie să-și aloce o parte din timp pentru a-i învăța: G.L., f., Vrancea: *Nu sunt lăsați singuri și nu au sarcini cum avem noi. Îi dă un asistent coordonator și-l ajută să se învețe încet-încet. Însă, nu prea vor să coopereze, nu sunt deschiși și chiar te sfidează*; N.G., f., Brăila: *Sunt foarte slab pregătiți. Noii veniți sunt priviți uneori ca o povară ce apasă pe umerii celor cu experiență* (A.T., f., Brăila: *Ei vin ca și colegi ai noștri, iar noi îi ținem în spate*), aceștia din urmă neavând întotdeauna timpul (uneori nici bunăvoința) de a-i învăța: D.A., f., Galați: *Și nu ai timp să te ocupi în primul rând de ei, pentru că suntem puțini*; I.L., f., Galați: *Nu am timp și de muncă și de ei*; D.A., f., Galați: *Volumul de muncă este crescut, tu te ocupi de pacienți, ei vin în spatele tău și nu ai timp. El stă și se uită și vrea să prindă din zbor. Trebuie să-ți explice cineva care are tact, eu una nu pot*; G.A., m., Galați: *Meseria se fură, nu se învață.* Părerile critice în ceea ce privește generațiile tinere sunt întemeiate comparativ, pornind de la amintirea propriei perioade de formare: P.N.D., f., Brăila: *Dar pentru promoțiile de aici, eu vorbesc despre cele care au terminat o postliceală sau chiar un liceu. Eu am un respect deosebit pentru fetele care au terminat liceul sanitar. Eu nu am făcut numai liceul, am și postliceala. Sunt oameni bine pregătiți, care au făcut cursuri, care au făcut practică; în momentul când au terminat, cei 4 ani de liceu, aceștia au ieșit asistenți pe viață, vorbesc de școlile liceale de stat. Mi-aduc aminte cum am făcut eu, cât și voi, cred că suntem din promoții apropiate: dimineața aveam practică până la ora 13:00, pauză de la ora 13:00 la 15:00, de la ora 15:00 începeau cursurile până la ora 20:00. Aceștia care sunt veniți acum nu au nici o treabă, nici îmbrăcați corespunzător nu sunt, mai întâi cafeluța, țigara; criticile ajung uneori la extrem: H.A., f., Constanța: *S-au făcut assistente pe bandă rulantă, vin nepregătite, nu cunosc noțiunile de specialitate, nu știu limba română*; A.D., f., Constanța: *Sunt în anul III postliceală și nu au bacul luat*;¹⁹ L.G., f., Constanța: *Nu respectă tehnicile, nu cunosc medicamentele de bază.* Este luat în discuție și dezinteresul generațiilor tinere: P.G., f., Buzău: *Sunt unele specializări, cum este a mea, în care nu s-a mai adus aparatură de cel puțin 12 ani. Cum să-i mai pregă-**

¹⁹ Problema admiterii



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

tești pe tinerii care vin în practică? Este foarte greu să le explici tinerilor că tot ce faci este din pasiune. Ei trebuie să aibă o atenție extraordinară, așa cum cere meseria, trebuie să se ghideze după probe (poți să omori un pacient dacă-l tratezi fără a-i ști glicemia), trebuie să aibă o responsabilitate foarte mare ori în zilele noastre nu mai găsim asemenea calități la cei tineri. Tensiunile pot ajunge chiar la situații în care cei cu experiență refuză să-i învețe pe cei tineri, recurgând doar la a-i utiliza la diferite treburi mai mărunte: G.V.L., f., Brăila: Problema este și la noi, pentru că vin acum tinerii de la postliceale și nu prea am văzut ca asistentul să-l și învețe pe tânăr cum se face. Îl trimite la ecograf cu pacientul, să-i aducă cutare mostre, dar nu-i pune seringă în mână cu eprubeta cum se întâmplă când am făcut eu practica la Constanța; G.V.L., Brăila: Eu chiar cunosc un tânăr care a fost în practică în secție la noi și a fost tratat ca o cârpă. Mai există și concepții că "eu am terminat școala acum 20 de ani, atunci se făcea carte, nu ca acum". Este acel conflict între generații.

Subiectul care suportă cea mai critică perspectivă îl reprezintă pregătirea practică a absolvenților. Cauză a unor posibile concedieri, accentuează și el conflictele: C.E., f., Brăila: *Da, pentru că atâta timp cât se încearcă să se dea afară, conflicte vor exista întotdeauna. De vârstă, sigur: „De ce să nu se ducă doamna, că mai are puțin până la pensie? În loc să mă duc eu”;* G.C., m., Brăila: *Cealaltă va spune: „Eu fac asta de-o viață...”;* B.J., f., Brăila: *Nu e lipsa de respect, e diferența dintre generații. Tu tânăr mai poți să te recalifici în altceva, față de mine, mai în vârstă, care am șanse mai puține. Chiar dacă mă recalific, nu mă mai pot angaja.*

La rândul lor, cei tineri invocă problemele iscate de mentalitatea celor mai în vârstă: G.V., f., Tulcea: *Sunt situații și situații. Sunt colege mai aproape de pensie care sunt de mintea noastră. Nu în modul negativ, adică poți să discuți cu ele fără să-ți scoată ochii la un moment dat că sunt mai în vârstă. Situațiile sunt situate însă rar la extreme, în mare reușindu-se un anumit transfer de experiență prin armonizarea atitudinii reprezentanților diferitelor generații: C.E., f., Buzău: *Dar elevul care vrea să învețe, te trage de mânecă să-i arăți, deși mulți tineri se laudă că și-au cumpărat diploma; C.R., f., Brăila: Tinerii vin să mai lucreze, iar cei care nu știu, învață de la colegi și de obicei cui îi place învăța, cine nu se adaptează, pleacă. Salariații mai tineri resimt ca injustă diferențierea salariilor în funcție de vechime, fără a lua în considerare meritele personale, mai ales în condițiile în care găsesc pe secții unii angajați cu vechime mare și salarii mult mai mari decât în cazul celor tineri: G.V., f., Constanța: *Mie mi se pare că angajații care***



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

urmează să iasă la pensie au salarii foarte mari și nu fac o muncă mai grea ca noi, cei care suntem plătiți în jumătate. Eu consider că în locul lor ar putea angaja doi tineri.

Conflictul între generații e o problemă constant semnalată de sociologie, astfel încât nu trebuie să ne îndoim că ar exista și printre angajații din sistemul sanitar. Dacă am înregistrat date despre el, se datorează doar faptului că subiectul s-a impus de la sine în discuțiile care au avut loc. A rezultat că între generații nu este vorba propriu-zis de un conflict, nicidecum de unul major, și cum am observat atunci când am analizat diversitatea formelor de pregătire școlară, el se datorează și disfuncționalităților educative în formarea tinerilor. Există, cu alte cuvinte, o nemulțumire a angajaților cu experiență față de pregătirea slabă a tinerilor care intră în sistem. Ilustrăm câteva răspunsuri referitoare la acest subiect: G.V., f., Constanța: *O, da. De exemplu, când m-am angajat eu, nici o doamnă în vârstă n-a vorbit cu mine, că de aia nu le-au crescut salariile, că am venit eu! Sunt unele persoane care nu sunt pregătite să iasă la pensie și nici să cedeze locul și au impresia că dacă nu te învață ele meseria, n-or să iasă la pensie.* A.E., f., Galați: *Când ne-am angajat noi, erau foarte multe doamne de peste 50 de ani și noi aveam 22-24; conflict a existat, ele erau foarte pricepute, noi eram începătoare.*

Se poate vorbi de existența unor tradiții care privilegiază persoanele mai vechi în secție: T.M., f., Tulcea: *După o perioadă de tăbăcire se obțin mici privilegii;* J.S., f., Constanța: *Sunt reguli nescrise, toți trecem prin asta.* Este posibil ca tensiunile dintre generații să fie și rezultatul unor generalizări pripite, abordările individualizate putând fi în acest caz mult mai eficiente: V.R., f., Galați: *Generațiile dinainte erau mult mai bine pregătite;* B.G., m., Vrancea: *Am văzut și asistente medicale tinere care sunt excepționale, care au prins rapid și au fost serioase.*

Trebuie observat că opiniile critice ale generațiilor mai în vârstă au amalgamate și idealizări ale propriului parcurs de formare, amestecate indiscernabil cu nostalgia propriei tinereți și cu dorința de identitate. Totodată, trebuie adus în discuție și volumul de informații mult mai mare pe care generațiile tinere sunt nevoite să-l absoarbă, situație care poate conduce la îngreunarea formării profesionale proprii, generațiile cu experiență judecând deseori prin prisma experienței profesionale individuale pe care o transferă asupra unei perioade de formare transfigurată în mod ideal. În același timp însă este evident pragmatismul generațiilor tinere care asumă idealurile specifice acestor timpuri, fiind mult mai convinse de me-



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

ritele proprii și de câștigurile la care au dreptul conform acestora. Oportunitățile financiare pe care le au contribuie la argumentarea acestei atitudini.

d) Conflictele între salariații diferitelor secții

În cadrul cercetării au fost indicate cazuri în care relațiile dintre salariații din cadrul secțiilor sau între secții sunt alterate: T.I., f., Galați: *Poți să îi apreciezi formarea profesională, iar partea cealaltă nu contează, dar sunt și cazuri când nu ai ce să apreciezi la colegul de lângă tine, uneori te împiedică, ca să poată să meargă ei mai departe. Nu există colaborare, comunicare între secții, dar nici pe secție*; D.A., f., Galați: *Între secții acest lucru este ceva obișnuit*; I.L., f., Galați: *Pentru că sunt secții cu specific diferit*; D.A., f., Galați: *Deși ar trebui să fie o relație de colaborare*; T.I., f., Galați: *Așa ar trebui să colaborăm, să ne înțelegem*; I.D., f., Galați: *Ostilitățile sunt pentru că nu se înțeleg medicii între ei.*

Diferența de drepturi salariale, raportat la comparația pe care salariații o fac între munca pe care o depun ei și colegii din alte secții, creează uneori tensiuni: M.M., f., Brăila: *Nu mi se pare corect că U.P.U. să aibă alte drepturi față de ceilalți care lucrează în același spital. Toată lupta o duc cei de pe secții.* Salariații care beneficiază de sporuri mai multe îi consideră invidioși pe colegii lor care comentează: G.L., f., Brăila: *Da, din cauza salariului. Cele de la medicală sunt invidioase pe noi, de la blocul operator, că salariul diferă, este un spor de 50%, ce facem noi, că riscul de îmbolnăvire este același. Se întâmplă asta din neștiința de cauză, ele nu se supun la aceleași riscuri și totuși sunt invidioase. Și în Chirurgie, nu toți au suportat condițiile de lucru, au plecat în Medicală. Dacă ar exista un șef mai bun, un mediator, poate situația ar fi alta.* Uneori, conflictele între secții tind să solidarizeze salariații din aceeași secție; alteori, este vorba doar de mici frecuşuri, firești în contextul constituirii unei identități a locului de muncă: C.R., f., Tulcea: *Există o solidaritate de echipă, pentru că situația cu care ne confruntăm ne mobilizează în acest sens. Relațiile sunt încheiate între noi. Între secții mici supărări.*

Un alt tip de conflict adus în discuție este cel dintre salariații de pe secție și cei de la cabinetele medicale: C.L., f., Tulcea: *Asupra noastră e o presiune de tip modern, să zic așa. La noi sunt respectate, indiferent dacă sunt pricepute sau nu, cele care lucrează la cabinet cu medicul respectiv. Dar restul facem greul și tăcem din gură. Ele au program special, muncă specială. Ele niciodată nu se invo-*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

iesc. Dacă au probleme de familie și noi trebuie să le ține locul. Dacă refuzăm vreodată de a două zi ești persecutat. Și atunci preferi să stai să lucrezi.

e) Conflictele între medici

Conflictele între medici sunt și ele indicate (B.G., m., Vrancea: *Sunt conflicte, mai ales între medici sunt. Între medici și personal nu prea, eu cel puțin cu personalul chiar mi-a plăcut să lucrez, să fiu o echipă, dar colegii mei da*), având diferite surse. Uneori aceste conflicte capătă accente triste: A.L., f., Tulcea: *E mare mâncătorie și se înjosesc unii pe alții. Este o situație... Eu fiind mai în vârstă, îmi permit la medicii mai tineri să le mai atrag atenția. Este foarte urât cum se bârfesc, cum se denigrează unii pe alții. Foarte urât! Cred că mai bine se înțeleg infirmierele între ele. Or, doctorii vorbesc doar cu „aia”, „proasta aia”.*

Subiecții au indicat drept sursă a diferitelor tipuri de conflicte și absența unei educații primare privind lucrul în echipă: B.G., m., Vrancea: *În școală oricum nu există un curs în care să te învețe cum să lucrezi în echipă. Eu trebuie să lucrez foarte bine și cu asistenta și cu infirmiera ca să îmi iasă și mie treaba bine, dar dacă nu suntem formați în școală, în special medicii, despre lucrul în echipă deja după ceva timp să îi mai formezi este prea târziu.*

f) Conflictul cu șefii ierarhici

Conflictele cu șefii sunt și ele destul de des aduse în discuție, uneori ele fiind la rândul lor sursa altor conflicte (F.M., f., Galați: *Și la noi există un conflict pentru că șefa ține partea. Sunt anumite persoane pe care preferă pentru terapie și sunt anumite persoane pe care le dă de-o parte și zice: Voi nu, n-aveți ce căuta în terapie; E.A., f., Galați: Totul pornește de la șef. Când șeful dezbină...), mai ales atunci când salariații se simt nedreptățiți: F.M., f., Galați: *A fost problema să ne dea cei 30% - sporul de reanimare și bineînțeles, în momentul în care a venit a zis: 10 persoane iau sporul de reanimare. A făcut listă cu cele 10 persoane. Noi suntem 27 în secție și restul nu au luat. Și atunci s-au răzvrătit. Au fost la sindicat, a fost mare tărăboi, s-au dus la director. Acum toată lumea ia spor de reanimare, dar numai 6-7 fete fac reanimare. E corect? Nu e... Situațiile tensionate sunt datorate și deficiențelor de comunicare (A.L., Tulcea: *De când m-am angajat eu, de 37 de ani, niciodată nu s-a putut discuta la nivel de Direcție; asistenta să discute civilizată, omenește cu cineva din conducere. Niciodată nu am fost ascultate, nu am fost primite, nu am fost luate în seamă. Amenințate, da.)* în condițiile**



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

unor modele de management uneori cu caracter feudal: M.F., Tulcea: *E foarte proastă, să știți.*; C.D., Tulcea: *E de sclavie mai degrabă.*; A.L., Tulcea: *De subminare. Dacă ar putea să submineze munca noastră...*; P.M., Tulcea: *Ești bun doar ca să duci în spate răspunderea.*; A.L., Tulcea: *Ironiile de prost gust sunt dese. Mă bucur că mai am puțin și mă pensionezez.*

g) Conflictului asistente – infirmiere, infirmiere - asistente

Chiar dacă de dimensiuni mai mici față de relația medici-asistente, există tensiuni și între asistente și infirmiere, sau între infirmiere și asistente. Privindu-se la rândul lor ca aparținând unei caste specializate asistentele nu privesc întotdeauna cu ochi buni încercările infirmierelor de a deveni asistente: R.C., f., Buzău: *Oricum pregătirea lasă de dorit, noi avem infirmiere care s-au făcut asistente.*

Posibile soluții pentru detensionarea situațiilor conflictuale

Una din soluțiile propuse o constituie renunțarea la generalizări, și tratarea situațiilor în mod particular: R.D., f., Buzău: *Avem persoane care sunt aproape de pensionare și sunt în formă și sunt și persoane mai noi care se tem de Urgență. Eu cred că nu contează vârsta, ci persoana și sunt cazuri particulare.*

Gradul de cunoaștere și utilitatea contractului colectiv de muncă

Gradul de cunoaștere a contractului colectiv de muncă aplicabil este redus²⁰, pe fondul unui deficit de informare: C.F., f., Tulcea: *Asta este o problemă, că nu prea cunoaștem. Nu avem suficientă informare;* pornind de aici este evident faptul că nici clauzele acestuia nu pot fi cunoscute. Destul de frecvent salariații confundă Contractul colectiv de muncă cu contractul individual de muncă: R.M., f., Galați: *Absolut, e bine ca fiecare să semneze un astfel de contract, astfel își știu drepturile și pot să le ceară în momentul în care sunt încălcate.* Un alt tip de atitudine îl constituie neîncrederea în aceste contracte, în special în drepturile prevăzute în cadrul contractelor (P.H., f., Constanța: *Drepturile sunt scrise ca să fie scrise.*) mai ales că multe unități au dezvoltat o „tradiție” a nerespectării prevederilor contractelor colective de muncă. În discuție este și o lipsă a bunei credințe din partea unităților care nu informează privind contractul colectiv de muncă apli-

²⁰ Considerăm că problema necunoașterii rostului și prevederilor contractelor colective de muncă este mai amplă, ea extinzându-se la marea majoritate a angajaților din România. Excepțiile sunt constituite în special în domeniile în care sindicatele au reușit să realizeze o bună educație a salariaților în acest sens.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

cabil, afirmând chiar că acesta nu există: D.R., f., Tulcea: *Eu nu am văzut acest contract, eu l-am primit pe cel individual. Ni s-a zis ca nu există așa ceva.*)

Salariații informați au indicat în special prevederile care-i interesau într-o măsură mai mare (H.L., f., Galați: *Are anumite prevederi care ne ajută, cel în vigoare ne ajută, un an concediu fără plată pentru cei care mergeau să muncească în străinătate, un salariu la nașterea unui copil, zile libere pentru anumite sărbători în familie.*) teama față de desființarea acestor contracte, resimțind presiunea politică exercitată pentru limitarea dreptului la negocieri colective: D.L., f., Galați: *S-ar părea că nu vor mai exista contracte colective de muncă pentru că datorită lor s-au dat niște drepturi oamenilor care nu vor să mai fie.* Cel mai important contract colectiv de muncă este considerat cel încheiat la nivel de ramură (R.D., m., Brăila: *Nu. Contractul colectiv de muncă la nivel de ramură, da, dar contractul colectiv de muncă pe unitate nu ne ajută. Și vă dau și detalii: în contractul colectiv pe unitate sunt stipulate la un moment dat criteriile de disponibilizare cu sindicatele semnatare, criteriile pe care nu le poți aplica și te vezi în fața unui fapt neîmplinit, pentru că nu ai cum să aplici acele criterii. Nu s-au implicat corect la semnarea contractului colectiv de muncă. Au fost făcute ca să fie așa, să fim și noi semnatar, căci nu vom ajunge noi la problemele acelea. Am ajuns, însă nu ne descurcăm. Nu vor nici semnare de act adițional a contractului de muncă, e o problemă mare*), în condițiile în care la nivel de unitate nu sunt introduse prevederi importante.

Ne-am aștepta ca angajații să se bucure de puținele facilități oferite de sistem printr-o bună cunoaștere a contractului de muncă. În schimb, am descoperit că angajații nu cunosc prevederile contractului colectiv de muncă nici la nivel de ramură, nici la nivel de unitate; suplimentar, deseori, nu cunosc nici prevederile contractului individual de muncă. Se plâng de încărcarea cu atribuțiuni, de nerespectarea drepturilor cu privire la salarizare, timp liber, dar nu știu să se raporteze la contractul de muncă în care sunt prevăzute reglementările activității lor: S.M., f., Brăila: *Cunoaștem în mică parte prevederile contractului. De obicei când te angajează nu-ți spune în față detaliat contractul. Îți dă o foaia, două, esențialul, salariul și alte obligații. Nu-ți pune la dispoziție nimeni, dacă ești interesat cauți, te informezi*²¹. F.S., f., Tulcea: *Nu l-am văzut niciodată, nu l-am semnat niciodată.* B.F., f., Tulcea: *Se spune semnează aici, că e contractul tău, ești angajat.* S.D., f., Constanța: *Nu prea ne știm drepturile.*

²¹ Subiecții erau întrebați de contractul colectiv de muncă. Răspunsul arată confuzia pe care salariații o face între Contractul Colectiv de Muncă (indiferent de nivel) și cel individual.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Foarte puține au fost răspunsurile care au indicat o cunoaștere a semnificației contractului de muncă: B.A.M., f., Constanța: *Una dintre prevederi este că la cinci ani de vechime primim o zi de concediu și de anul viitor nu se va mai aplica și o să pierdem aceste zile.* I.L., f., Galați: *În litigii cu angajatorul ai putea să te folosești de prevederile acestui contract.* C.V.L., f., Tulcea: *Conform contractului colectiv de muncă trebuie să primim tichete de masă, nu le-am mai primit de anul trecut din luna martie, ba nu, din 2008, de doi ani, și se pare că nu le vom primi decât pe hârtie, pentru că nu se va aplica acea hotărâre judecătorească.*

Observăm că aceasta este atitudinea unei mari părți a angajaților din sistem față de actul care instituie facilitățile la locul de muncă. Situația este de natură a indica un deficit de cunoaștere a prevederilor legislative în general, fapt care pune într-o altă lumină luările de poziție față de diferitele situații. Având în vedere toate aceste elemente se remarcă necesitatea unei mai bune informări a salariaților privind drepturile și obligațiile derivate din contractele colective de muncă aplicabile.

Al doilea loc de muncă

Pentru a compensa nivelul scăzut de salarizare, o parte a personalului medical este angajată simultan în mai multe locuri de muncă: R.Z., f., Buzău: *Sunt asistente care mai au și alte locuri de muncă. Lucrându-se în ture e un avantaj, bineînțeles în defavoarea sănătății tale.* Situația poate conduce uneori la situația de oboseală cronică, cu creșterea riscurilor profesionale.

Nu numai străinătatea constituie un factor de atracție, ci și sectorul privat începe să fie dezirabil: V.D., f., Brăila: *Cunosc o persoană care a plecat și și-a găsit de muncă la o clinică particulară în București. Are 55 de milioane salariu și a terminat școală de vreo 4-5 ani. Deci e destul de tânăr.*

Plățile informale

a) Plățile acordate de pacienți

Chiar dacă subiectul a fost abordat cu timiditate și reticențe de către salariați, problema plăților informale constituie un element foarte important care afectează calitatea vieții profesionale. Întinderea problemei este atât de mare încât afectează chiar și solidaritatea de breaslă, uneori salariații fiind nevoiți să fie la rândul lor contributory pentru a-și rezolva problemele: G.A., m., Galați: *Ne dăm spagă noi între noi când ne ducem cu o cunoștință.*

Există două tipuri de situații, judecate în mod radical diferit de către salariați: situația în care salariații solicită pacienților diferite „atenții” și situația în care



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

doar profită de un anume gen de obișnuințe create. Dacă *gestul de a cere* este condamnat (cel puțin declarativ) de majoritatea salariaților (fără ca ei să întreprindă gesturi semnificative împotriva colegilor care fac asta), *gestul de a accepta* este privit cu mult mai multă îngăduință, deseori chiar cu îndreptățire, ascunzându-se după scuza că nu au cerut (G.A., m., Galați: *Nu am cerut-o. Nu le-am băgat mâna-n buzunare să spunem „hai dă-mi”*) sau în spatele ideii că, dacă n-ar accepta, pacientul ar cădea psihic simțind că nu mai are nici o șansă.

Nu există o imagine fidelă a amplitudinii acestui fenomen și această cercetare nu a avut instrumente elaborate special pentru acest subiect²². Reține însă atenția faptul că unii salariați se plâng de atitudinea presei care generalizează pripit și distorsionează realitatea: B.M., f., Tulcea: *Și mai e o treabă: Se spune am dat ciubuc la spital, dar nu se specifică ciubucul acela cui se dă. El se dă cui se dă și noi suntem acuzați că fără bani nu facem nimic*; A.L., f., Galați: *Eu am auzit la televizor când au spus: „Nenorocitele ale a de asistente, până nu le bagi în buzunar... A scos din buzunar și s-a uitat să vadă cât i-am dat”*.

b) Angajările informale

Salariații se simt afectați de modalitățile informale practicate în cazul unora din angajarea în sistem (A.I., m., Vrancea: *Ar trebui să între cine vrea să muncească și nu cunoștințele altor persoane*; S.D., f., Constanța: *Dar cu astfel de situații nu ne confruntăm numai noi, sunt în orice sistem*) indicând și câteva din procedurile aplicabile: D.V., f., Tulcea: *La un interviu, cunosc un caz, a fost întrebată cum o cheamă. Păi, Georgescu X. Bine, șapte. Atât a întrebat-o, iar la scris avea o notă mare și, bineînțeles, nu a primit post, pentru că altcineva care a știut mai bine cum se numește a luat postul.*; I.M., f., Tulcea: *Sunt multe cazuri. C. M., f., Galați: În acest sistem, angajările se fac pe șpagă. E o cultură care începe din familie. Copii cresc în medii în care se promovează șpaga și știu ca dacă mama se duce la doctor și dă bani termină mai repede. Șpaga este un mod de a trăi în România. Fără șpagă nu intri în spital. La angajare un asistent trebuie să dea uneori 3-4000 de euro. O dată intrat merge pe concepția am plătit, am primit, am plătit...vreau! Iar noi asistenții mai vechi nu putem spune nimic, avem uneori sarcini suplimentare. Conform unor relatări situația ar putea să fie mult mai dramatică :A. D. f., Galați: *Nici măcar cei care vor să învețe nu mai au șansa să învețe pentru că sunt constrânși să dea șpagă, altfel nu intră în examen. Încă vin copii motivați dar s-au izbit de comportamentul profesorilor. Ce te faci când el nu trece de doctor pentru că nu a dat șpagă? Șpaga până la nivel de conducere în faculta-**

²² Credem că oportune ar fi observația participativă și interviul luat pacienților care au trecut prin astfel de situații.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismului Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

te. 10 milioane de grupă la facultate, fără 10 milioane nu au intrat în examen. Tu deja ești deformat în gândirea ta, știi că ai dat șpagă și ești liniștit. Un asistent care intră în spital la angajare cu 3, 4000 de euro plată la angajator, păi el știe: eu am dat șpagă, trebuie să mă țină, că dacă nu mă ține eu spun că am dat șpagă. Și de ăla nu se leagă nimeni, el nu mai performează nimic pentru că de acum crede că i se cuvine totul. Nu poți să-l corectezi, nu acceptă să fie învățat, nu poți să-l disciplinezi, nu poți să-l sancționezi, să-l dai afară pentru că el a dat șpagă. Și în timpul ăsta asistenții bătrâni din sistem duc tot greu. Asistenții ăia vechi din sistem câți mai sunt duc tot greu și tac din gură pentru că sunt într-o măsură a obedienței. Cum să te revolți, cu ce șanse să te revolți, cui să-i spui. Amintim, încă odată, că instrumentele de cercetare nu au fost setate pentru a descoperi în mod obiectiv astfel de informații, ele apărând în mod oarecum tangențial în cadrul discuțiilor cu salariații. Această situație are consecințe importante asupra calității persoanelor nou intrate în sistem.

Ați căutat să îmbunătățiți condițiile la locul de muncă? Ce ar trebui schimbat?

Una din principalele acțiuni indicate o constituie creșterea numărului de salariați prin angajarea de personal (P.R.H., f., Constanța: *Să se schimbe întreg sistemul, să se mai facă angajări, indiferent unde, pentru că peste tot este nevoie, în spital sau pe ambulanță. Nu mi se pare normal ca o asistentă să aibă nu știu câte paturi sau o infirmieră să aibă nu știu câte saloane*), salariații încercând uneori să solicite acest lucru și în mod oficial (O.V., f., Galați: *Am fost primiți în audiență și au spus că nu sunt fonduri. Vis-a-vis de personal, e unul pe tură la 40-50 de bolnavi, 10 cadre pe o secție, cum să acoperi? Și le-am zis "vă convine să punem lacăte?"*, *astea-s finanțele, așa vin banii*), fără a avea însă rezultate semnificative.

Deficiențe de management

Schimbarea managementului ineficient la nivel de sector sanitar a fost și ea indicată de către salariați ca fiind necesară, una din soluții fiind o mai bună cunoaștere a problemelor sistemului (M.D., f., Tulcea: *Eu cred că sistemul acesta o să poată să fie și el odată bun, când o să se schimbe cei de sus și nu o să-i mai ia de pe băncile școlii sau să-i aleagă prin „pile”, ci când o să vină să muncească să vadă cum e o infirmieră la două etaje, cum e o asistentă la douăzeci de pacienți și ce înseamnă să se țipe orice pacient la tine dintr-un motiv numai de el știut, exact cum au pățit și doamnele și oricine lucrează cu omul, iar ei, cei de sus să nu mai stea acolo cu nasul în hârtii, ci să vină pe teren și să se lovească de lucrurile reale. Și managerii să vină și ei să vadă cum se prezintă lucrurile în spital, să fie*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

*un medic care să facă și gardă și să vadă și el că există bani să se ia sisteme performante de calculatoare, dar nu sunt bani să se dea hârtie igienică, fiecare își aduce hârtie igienică de acasă sau să explice ei situația când pacientului nu ai de unde să-i dai algocalmin și el nu înțelege că nu are de unde să-i dea spitalul), la bază stând o atitudine critică ce încearcă să identifice în mod spontan vinovații. Deficiențele de management sunt datorate într-o măsură considerabilă intervenției politicului în numirea managerilor și administrarea spitalelor: A.I., m., Vrancea: *Mai depinde și de culoarea politică, în funcție de cum se schimbă culoarea politică se schimbă și conducerea.**

Subiecții reclamă lipsa coerenței manageriale, existând situații în care investițiile realizate nu pot fi fructificate din lipsă de personal: B.F., f., Tulcea: *Sunt multe aparate care stau și se umplu de praf, nu avem medici care să le folosească;* L.G., f., Constanța: *Banii pe acea aparatură se puteau investi mai eficient, dar s-au rezolvat niște interese personale;* A.D., f., Constanța: *A cumpărat aparatură depășită;* C.C.V., f., Constanța: *Se achiziționează aparate care la o unitate spitalicească sunt refuzate și atunci sunt dirijate spre alte unități pentru a fi peste un an casate.*

Inițiativa salariaților

Căutând să investigăm inițiativele pe care le au angajații la locul de muncă am descoperit că ele sunt legate de rezolvarea curențelor cu care se confruntă sistemul, respectiv unitatea în care lucrează. De asemenea, a fost scos în evidență în ce grad sistemul permite creativitatea la locul de muncă, ce oportunități oferă angajaților în planul împlinirii profesionale și, mai ales, umane.

La un loc de muncă în sistemul bugetar, cu un venit care asigură nevoile primare, între care și cele ce trebuiau asigurate de angajator, precum echipamentul individual de lucru, o parte din salariați renunță la a mai întreprinde angajații inițiative de ordin organizatoric la locul de muncă (*nu suntem în măsură să facem asta*). Și, totuși, atitudinea de resemnare nu este una generală, angajații au asemenea inițiative, obținând mici îmbunătățiri la locul de muncă din veniturile proprii, din unele sponsorizări, cu sprijinul medicilor, din confruntarea cu birocracia sistemului.

Modul de organizare al muncii nu permite prea multe inițiative (*inițiativele sunt ucise în fașă*), din cele observate, ele se reduc la dotarea locului de muncă cu mijloace care sporesc confortul și ambianța estetică, echipament de protecție, materiale de igienizare, reorganizarea spațiului pentru diverse facilități, acte caritabile. Nu toate demersurile s-au finalizat pozitiv, ceea ce creează în sistem un senti-



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

ment frustrant și care paralizează elanul unei acțiuni personale de organizare a muncii, lipsind comunicarea eficientă cu șefii ierarhici.

Angajații au subliniat dorința de a se schimba mentalitatea pacienților, atât în privința unei educații elementare de ordin sanitar, cât și în privința cunoașterii drepturilor și obligațiilor care le revin ca pacienți ai unor unități publice de sănătate. În felul acesta pot fi prevenite îmbolnăvirile, reduse aglomerările de la spitale, diminuate conflictele la locul de muncă: T.E., f., Buzău: *Ce vrem să schimbăm? Mentalitatea oamenilor, să nu ne dea indicații cum să facem tratamentul, să nu ne reproșeze că din banii lor suntem plătiți, când au ajutor social.* N.M., f., Buzău: *Să schimbăm atitudinea pacientului față de noi, pacientul crede că noi suntem sclavi pe o plantație și că el este stăpânul.*

Salariații ajung să cumpere unele materiale

Printre inițiative se remarcă încercarea de a găsi soluții alternative, care să rezolve parte din problemele ivite, inclusiv prin apel la solidaritatea colegilor: N.G., f., Brăila: *Am încercat să facem o chetă pentru a ne cumpăra ceea ce avem nevoie. Însă nu au fost de acord toate colegele. Au fost și sponsorizări obținute în general de către șefii de secție. Am reușit să amenajăm patru rezerve cu grup sanitar, toate saloanele au aer condiționat, încă un salon cu 6 paturi cu grup sanitar.* Nu de puține ori salariații ajung să cumpere din banii lor unele din materialele care lipsesc pentru a-și putea continua activitatea cât mai aproape de condițiile normale: I.M., f., Buzău: *Așa ne-am organizat, că ne-am cumpărat. Ce îți trebuie te duci la magazin și cumperi;* R.M., Brăila: *Ne-am autosponsorizat;* R.A., f., Buzău: *Ca să avem cu ce să facem treabă.* Deseori, gestul salariaților de a cumpăra unele din materiale este completat de solicitarea adresată pacienților de a-și cumpăra ei o parte din ceea ce lipsește. Contribuțiile personale vizează inclusiv modificări de circuite (C.V.L., f., Tulcea: *Cu doamna doctor am creat condiții pentru igiena zilnică a pacienților, la neurologie fiind și bărbați și femei. Nu există decât un singur grup sanitar. Și atunci prin fonduri proprii, de la fiecare, am încercat și am împărțit în două grupul sanitar. Am cumpărat materiale, draperii și jaluzele la geamuri pentru a-i proteja de soare*) sau dotările: C.L., f., Tulcea: *Prin mijloace proprii, da. Am făcut chetă. Televizor, detergent, Mașină de spălat. Dozator de apă.* Se ajunge chiar la situații în care se cumpără materiale esențiale pentru intervențiile medicale. Materialele cumpărate de salariați sunt diverse (C.F., m., Tulcea: *Noi ne cumpărăm pixuri de scris, noi ne cumpărăm săpun de spălat pe mâini, noi ne cumpărăm uniforme. . . ;* A.E., f., Tulcea: *Mănuși...;* H.V., f., Tulcea: *. . . mop de spălat pe jos, mătură de măturat*), în funcție de aprovizionarea unităților cu diferite tipuri de materiale. Nu se poate vorbi de existența unui model unitar la



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

nivelul tuturor unităților sanitare în ceea ce privește materialele cumpărate dar se poate considera că acesta este un „obicei” întâlnit în cea mai mare parte a spitalelor. Cumpărarea celor necesare desfășurării activității curente este considerată drept una din inițiativele curente pentru bunul mers al activității: R.E., f., Tulcea: *Le îmbunătățești că îți cumperi. Îți cumperi săpun, îți cumperi prosop, hârtie de xerox, toner uneori, uniforme, încălțăminte, pixurile, orice. Totul se cumpără.*

Pe fondul lipsurilor materiale apar diferite tipuri de perturbări în aprovizionare, persoanele responsabile cu asigurarea materialelor la nivel de secție (în general asistentele șefe) ajungând să aibă forme de „lăcomie”, încercând să depoziteze cât mai multe materiale în magazinele atunci când au ocazia, unele procurate prin diferite tipuri de intervenții²³, pentru a avea rezerve în caz de lipsuri. În felul acesta se ajunge la situația unor imobilizări a materialelor în unele secții, altele având în mod simultan deficite pentru aceleași materiale. Situația este datorată și absenței unui sistem informatic de monitorizare a fluxurilor materiale și de medicamente eficient în cadrul unităților sanitare. Se observă faptul că nu toate secțiile au deficite materiale, existând și excepții H.V., f., Tulcea: *La noi în secție, poate fiind o secție specială, întotdeauna am avut și dezinfectant, și.....*

Supraîncărcarea unităților sanitare

Au fost indicate multe cazuri sociale cu care se confruntă personalul, deseori fiind în imposibilitate de a le rezolva în mod eficient sau care încarcă în mod inutil secțiile: C.E., f., Tulcea: *Deci nu, nu, nu. Vin direct și se culcă. Zici că ne trezim cu cazuri sociale. Ce faci aici? Dorm. Am venit să dorm. Deci există în oraș Centrul Phoenix, da? Este centrul de ajutor social. Acolo, pentru faptul că există un singur portar, și acești oameni, cu probleme sociale, dacă sunt în stare de ebrietate, nu sunt primiți acolo. Și atunci unde sunt primiți? La UPU. Aici vin, li se face baie, li se pun perfuzii... Sau efectiv, pur și simplu deschid ușa și se culcă. Aceste cazuri sunt mai problematice, cu atât mai mult cu cât sunt dificil de externat deoarece nu au unde să se ducă, salariații temându-se de imaginea „aruncatului în stradă” vehiculată cu asiduitate de presă.*

Supraîncărcarea spitalelor este determinată și de faptul că sunt întâlnite prea multe cazuri care se prezintă la spital și care ar putea fi rezolvate la nivelul medicului de familie (G.N., f., Tulcea: *A doua mare problemă mi se pare serviciul*

²³ Un exemplu în acest sens: s-a instituit practica de a solicita cu mult mai mult decât este, pornind de la constatarea că oricum „se taie din ceea ce a fost solicitat”. În felul acesta se ajunge la situații în care se solicită dublul la ceea ce este nevoie pentru a avea o garanție în plus că se va primi ceva din ceea ce este necesar: B.D., f., Tulcea: *Care o dai la începutul anului. Și tu normal că dai o cantitate mult mai mare față de anul trecut, ca să ai...;* H.V., f., Tulcea: *În general se cere destul, dar se taie, se înjumătățesc cantitățile, și la mânășă, și la pansamente și . . . diverse zic eu. Te trezești că ai 200 de mânuși pentru o săptămână. Cum e în afară, îți trebuie o pereche de mânuși la fiecare bolnav....*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

medical familiar, foarte deficient în organizare) sau care nu vor să fie rezolvate la medicul de familie, deseori invocând caracterul de urgență (M.E., f., Brăila: *Avem conflicte și cu medicii de familie, forma care este trebuie schimbată într-un fel, medicii de familie ar trebui să preia cazurile cronice, simple și să lase la nivelul spitalelor cazurile grave*). Uneori, sunt exprimate opinii privind nivelul de pregătire al medicilor de familie, bazate pe propria experiență profesională: G.V.L., f., Brăila: *De altfel, medicul de familie este generalist, iar de multe ori sunt depășiți de situație*; B.L., f., Buzău: *Dar ei tot timpul sunt depășiți de situație*; M.E., f., Brăila: *Nu vrem să criticăm medicii, dar este un sistem prost clădit pentru vremurile astea, cu cerințele noastre*.

În condițiile în care sunt multe cazuri în care pacienții se prezintă la spital, pentru că nu au respectat regulile și nu urmează tratamentul ar trebui să plătească: C.M., f., Tulcea: *Îi asigurăm urgența, că nu poți să-l lași să moară, dar îl pui să plătească*; B.D., f., Tulcea: *Se joacă cu propria-i sănătate, cu propria-i viață*.

Birocrația a fost indicată și ea drept una din problemele sistemului sanitar: P.L.D., f., Brăila: *Prea multe hârtii. Prin completarea lor pierdem pacientul. Avem grijă de el doar 50%. Doar 50% timp pentru pacient, din întreaga noastră activitate*), în special pornind de la obișnuințe anterioare.

Soluții sugerate

Conștiința profesională este invocată drept soluție ce salvează o parte din neajunsurile sistemului: L.G., f., Constanța: *Norocul lor este că ne facem meseria în mod conștiincios, și eu una nu am visat să fac altceva în viață și îmi place ceea ce fac, doar devotamentul ne mai ține aici*; F.S., f., Tulcea: *Și pe bani puțini*; A.D., f., Constanța: *Devotamentul și mila și dăruirea. Nu au nici o vină oamenii săracii că tu le dai lista să cumpere*; S.D., f., Constanța: *Mai ales în zonele sărace, defavorizate. Avem doctorițe care dau bani pentru externare, bani pentru transportul lor*.

Subiecții au invocat și necesitatea unui alt sistem de management, bazat pe o mai bună comunicare între manager și personalul unității²⁴ (C.V., f., Brăila: *Desființarea barierelor de comunicare între manager și personal, pentru că la acest moment, cel puțin la nivelul instituției noastre, există această barieră de comunicare, între conducere și personal; adică, chiar dacă acum este o perioadă grea, pe care o înțelegem cu toții, chiar prin vorbe, te-ar putea face să te simți mai bine, să comunici*) și pe participarea salariaților la luarea deciziilor.

²⁴ Acolo unde acest deficit de comunicare apare el este datorat și ineficienței structurilor sindicale care trebuie să constituie un canal de comunicare specializat, ce acționează în interesul salariaților.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Ce schimbări organizatorice ar fi necesare

Cel mai des este invocată necesitatea unor schimbări de comportament, presiunea modelelor occidentale²⁵ fiind semnificativă în acest sens: G.G., f., Brăila: *Mie mi-ar plăcea să fiu ca în Spitalul de Urgență din America. V.D., f., Brăila: Atunci când te adresezi la per tu unui doctor nu înseamnă că nu îl respecti*; G.G., f., Brăila: *Or, aici au senzația, pe bună dreptate (au mai multă școală decât noi), că sunt un fel de feudali, iar noi suntem servitorii și eventual încercăm să se și steargă pe picioare cu noi, dacă ne lăsăm. Dacă încercăm să protestăm, suntem obraznice, incompetente*. O mare parte din salariați resimt persistența unui model de organizare ierarhică de tip neo-feudal, rezistent la schimbare.

La nivel managerial se resimte influența politicului, în general în mod negativ, aceasta anulând criteriile de competență în favoarea celor de afiliere politică. Au fost sesizate, de asemenea, și cazuri de ocupare a funcțiilor de management pe baza „meritelor sexuale”.

Informarea corectă privind fișa postului a fost adusă și ea în discuție în condițiile în care persistă o anume ambiguitate în ceea ce privește atribuțiile fiecărui salariat.

Unii angajați consideră că actuala formă de normare a personalului, la numărul de paturi, nu este obiectivă, fiind mult mai indicată normarea la numărul de pacienți: G.V., f., Tulcea: *Eu am avut o problemă și mi s-a spus așa: normarea cadrelor se face la numărul de paturi. Și am spus: Cum să se facă la numărul de paturi? Noi tratăm pacienții. Deci dacă se întâmplă ca într-o lună să am mult mai mulți pacienți decât numărul de paturi, aceasta se vede. Normarea să se facă concret, la numărul de pacienți așa cum este normal*.

Programarea concediului de odihnă

Nu au fost indicate probleme majore, atmosfera fiind în general de toleranță și înțelegere. Au fost sesizate însă și cazuri problematice, ivite în special datorită lipsei de personal (I.M., f., Galați: *Mai e problema că noi primim adresă ca până în 15 ianuarie trebuie să ne planificăm concediul în tranșe de minim 15 zile... cine știe până în 15 ianuarie ce o să se întâmple în anul respectiv, cum poate să se sincronizeze cu soțul, știu eu ce evenimente poți să ai, și de aici nu se respectă. Și mai e o problemă pe secții, unde au ieșit la pensie mai multe persoane, unde au plecat în concediu pentru îngrijirea copilului, s-au transferat, au emigrat,*

²⁵ Acestea sunt preluate în special din filmele de gen, dar și din experiența celor care lucrează în străinătate, în special din Italia și Anglia.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

*în locul lor nu s-au angajat alte persoane... cum vor mai fi înlocuiți?) sau de regimul dur existent pe anumite secții. De asemenea, uneori se respectă ierarhiile formale sau informale: A.P., f., Brăila: *Sunt secții în care nu ai voie să îți iei concediu decât în anumite luni*; M.A., f., Brăila: *La pediatrie este mai greu, medicul șef stabilește*). Sunt și cazuri în care salariații nu-și permit sau nu pot să plece în concediu (M.E., f., Galați: *La spitalul la care lucrez eu nu este decât o spălătoareasă, când îi dai concediu?... cum își mai face treaba, cine îi face treaba? Deci concediu nu se ia în sănătate, de obicei, așa cum nici orele festive nu se plătesc*) datorită lipsei de personal (P.C., m., Galați: *Tot din cauza lipsei de personal. Uneori vii la muncă în timpul concediului că nu are cine să-ți facă treaba. Ești obligat să faci asta, că nu prea ai curajul să refuzi, pentru că apoi ești răspunzător de ceea ce ai lăsat nefăcut*) sau specificului locului de muncă. Favoritismele nu sunt nici ele excluse. Sunt întâlnite și situații extreme, când salariatul este trimis efectiv în concediu, fără a fi anunțat în prealabil: R.E., f., Tulcea: *Da, și mi-a zis „ai prea multe zile într-o anumită lună și eu am considerat că trebuie să plec acum”. Dar m-ai întreat? Măcar m-ai pregătit psihic? Și a zis: „Nu mă interesează”*.*

Situații de discriminare

Salariatele mai în vârstă resimt existența unei discriminări pe piața muncii pe criterii de vârstă, considerându-și șansele de angajare mult diminuate: H.M., f., Galați: *Pe mine, dacă m-ar da afară de la servicii, pe mine nu mă angajează nici meni la vârsta asta. Pot să am 5 facultăți și experiență, caută numai fete tinere, frumoase. Nu există nici o lege care să apere femeile de la 45 de ani până la pensie, vor să muncim până la 65 de ani, dar unde?*

De asemenea, la locul de muncă au fost sesizate cazuri de tratamente diferențiate pe criterii sexuale: M: *Aspectele sexuale diferențiază relațiile profesionale?* C.M., f., Galați: *Absolut. Păi pe ea o ține cu piciorul, pe mine mă ține cu searinga. Este favorita! Pe vreme influența salariul de merit, erau nominale câteva, și erau date preferențial, s-a scos salariul de merit acum în repartizarea pe secții, nu era pe criteriul competenței, în secțiile unde se produce o anumită rotație, sunt anumite secții exterioare însă normal că în sectorul preferențial se intră ori pe nivel politic..ori..unul doi sunt de competență pentru că trebuie să-i tragă și pe ceilalți în spate, că în rest nu... astea sunt repercursiunile... ”*

Pregătirea profesională

Un indicator important al calității vieții profesionale îl constituie forma de calificare a angajatului pentru sistemul de sănătate. Or, în România postcomunistă, formele de pregătire școlară au cunoscut o variație care a produs dezorientare,



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

stres, nemulțumire în rândul personalului sanitar. Se remarcă multele opinii critici față de faptul că la ora actuală în sistem sunt angajați care au nivele extrem de variate de studii, respectiv: liceu, postliceală, colegiu și, mai nou, facultate: R.E., f., Tulcea: *Am făcut de nenumărate ori școala de asistente și tot asistentă sunt.* Vom urmări acest aspect, care se corelează și cu problema relațiilor intercolegiale la locul de muncă, având în vedere percepțiile angajaților cu privire la diferitele forme de pregătire și cu privire la modul de formare a tinerei generații în cadrul sistemului sanitar.

Există, pe de o parte, o apreciere negativă față de nivelul de pregătire a tinerei generații în comparație cu pregătirea școlară moștenită din regimul comunist, care s-a bazat pe competiția și selecția riguroasă a candidaților, iar, pe de altă parte, o apreciere negativă față de multiplicarea formelor de calificare în meseria de asistent medical, forme noi care au exercitat o presiune asupra angajaților calificați în cadrul liceului sanitar tradițional. Nivelul de pregătire al tinerilor absolvenți/angajați în sistem este apreciat ca fiind slab, deoarece existența a numeroase școli de profil a facilitat înscrierea în masă, fără nici o selecție, în aceste școli și absolvirea lor. *Nu sunt bine pregătiți și sunt superficiali sunt aprecierile frecvente la adresa tinerilor angajați: A.M., f., Buzău: Nu se face carte, nu se duc la școală. Sunt prea multe școli, nu se ocupă nimeni de ei. Am fost la un moment dat cadru didactic, dar am renunțat. Școlile nu sunt dotate, profesorii nu-i interesează, le iau banii și atât. Și totuși, mulți dintre ei s-au angajat. Mulți nu știu să scrie românește. Îi lăsam cu cartea și nu știau nici să copieze. Dar mulți s-au angajat, i-am văzut că se angajează și la noi și în alte unități, știți cum se angajează, pe bază de nepotisme, cum bănuim. Trebuie triați altfel.*

Această apreciere privind nivelul de calificare a tinerilor nu este generală, unii manifestând un foarte mare interes pentru a se instrui. Pe de altă parte, salariații cu experiență sunt interesați, în mod direct sau indirect, ca aceștia să devină competenți, să-și efectueze atribuțiunile, deoarece în felul acesta sunt împărțite sarcinile de serviciu precum și responsabilitățile.

În privința slabei pregătiri, în cazul meseriei de asistent a fost deplâns nu numai nivelul de pregătire teoretică al noilor angajați, cât mai ales lipsa de pregătire practică. Angajații cu experiență au constatat acest mare neajuns al modului de pregătire oferit de sistemul de educație, aducând în repetate rânduri argumente din modelul lor de formare, cu ani în urmă. Ei au arătat că au interes pentru pregă-



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

tirea și instruirea elevilor, că doresc să se implice în cea mai bună îndrumare a lor, privindu-i ca pe niște viitori colegi de muncă. Există cazuri când acești tineri sunt solicitați ca voluntari în perspectiva posibilei angajări. Multe răspunsuri au indicat, însă, că interesați în pregătirea practică sunt foarte puțini dintre elevii care se prezintă la spital: N.G., f., Brăila: *Sunt foarte slab pregătiți. E adevărat, practica „te omoară”, dar nu au un minimum de cunoștințe. Nu este vina lor, ci a degradării educației. Iar când vin pe la practică, stau mai mult la o țigară, stau cu stetoscopul de gât să-i vadă lumea că sunt la școală sanitară.* P.M., f., Vrancea: *Eu am încercat să explic, când am avut ultima clasă de elevi, și fugeau după aceea de zona mea.* P.C., m., Vrancea: *Nu, uite avem un băiat care din anul I a venit la noi, nici nu știa să țină o seringă în mână, și este în anul II acum, și vreau să zic că prinde destul de bine, pentru că a fost direct interesat și chiar se cunoaște că a făcut mari progrese.* H.A., f., Constanța: *Nu numai în cazul asistenților, și la medici e la fel...* C.C.V., f., Constanța: *Sunt și care vor să învețe și care învață și care vor să învețe și se implică. Nu înseamnă că toți sunt o apă și-un pământ.*

Participanții au avut numeroase opinii în privința instituirii unei forme de tutoriat pentru noii angajați, care să fie reglementată clar prin norme administrative, să intre în atribuțiunile unor persoane a căror competență să fie recunoscută în acest sens, să devină un semn al aprecierii profesionale și un mijloc de a fi răsplătit financiar. Ei și-au exprimat acordul cu privire la necesitatea instituționalizării tutoriatului, au indicat că intră în atribuțiunile lor prin fișa postului, că efectiv, fără ca nimeni să le ceară să efectueze această sarcină în plus, chiar asta fac pentru că așa au deprins meseria și tot astfel trebuie să procedeze cu noii angajați, pentru buna desfășurare a lucrurilor. Unii dintre respondenți au afirmat că lipsa de personal, sarcinile de lucru care îi depășesc, nu mai oferă timp pentru tutoriat. În ceea ce privește reacția celor îndrumați, ea se manifestă în mod divers: de la un interes serios de a învăța, până la un total dezinteres, și de aici relații de muncă tensionate; există o spaimă față de sarcinile la locul de muncă și eventualitatea părăsirii secției sau a sistemului sanitar. Participanții au evocat modul cum ei, ca tineri angajați, au primit îndrumarea personalului cu experiență și cum în formarea lor se confirmă clasicul proverb, că meseria se fură: D.M., f., Brăila: *Așa a fost la început, înainte de 1990. Noul angajat avea o perioadă de practică, așa cum au medicii rezidenți. Atunci învățai să practici ceea ce ai învățat în timpul școlii. Acum nu mai e așa;* V.F., f., Tulcea: *La noi, primele două luni de angajare au fost practică, după care am dat examen. La locul de muncă! Plus că practica din timpul liceului a fost practică.* P.G.S., f., Buzău: *La noi în spital se mai practică voluntariatul. Recrutăm tinere absolvente, voluntare și de aici selectăm pentru concurs. Acum e*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

mai incert pentru că sunt blocate posturile și nu organizăm concursuri decât pe perioade determinate, dar, înainte, noi de aici recrutam, din voluntariat.

Din conținutul răspunsurilor la aceste întrebări, constatarea este că sistemul nu are clar formulate normele de formare ale angajaților, nu dispune de reguli privind factorii care trebuie să răspundă de formarea acestor persoane nou angajate, lipsite de experiență. Formarea la locul de muncă se desfășoară predominant potrivit unor cutume, după cum decide nevoia organizării la locul de muncă pe care o sesizează șeful, noul angajat fiind lăsat la voia întâmplării, așa cum arată o judecată de forma aceasta: S.G., f., Brăila: *Noi suntem mereu amenințate cu pierderea locului de muncă și nu mai avem răbdare să stăm și să le arătam celor care vin tot ce este necesar. Ei baza o au, dar practica lipsește...*

În acest context, se poate observa că pe fondul unui deficit al pregătirii inițiale este indicat rolul foarte important al secției în formarea profesională a salariaților: B.V., f., Galați: *Depinde și de asistenta șefă, noi avem o asistentă șefă foarte bine instruită care știe să se descurce. Multe dintre fetele care au venit la noi nu erau responsabile iar după trei-patru ani cât au stat la noi au devenit responsabile.*

Au fost întâlnite numeroase opinii critice față de performanțele actualului sistem de formare profesională²⁶, îndeosebi față de școlile postliceale particulare (P.N.D., f., Brăila: *Poate schimba pentru asistenții medicali care au ajuns asistenți medicali prin unele școli, nu vreau să jignesc, post-liceale particulare, unde nu se face școală și nu se învață. Vorbesc din experiență. La noi în spitale vin elevi de la școlile astea particulare. Ei au un protocol încheiat între ei, ca școli și noi, ca spital. Acești elevi, care se află în anul III, nu că nu știu să facă o injecție, dar nu știu să facă nimic*) și facultățile de asistenți medicali, în acest din urmă caz opiniile având surse mai nuanțate, după cum se poate vedea mai jos. Criticile merg până la furniza exemple hilare. Lipsa de seriozitate a furnizorilor de formare profesională este cel mai des adusă în discuție, inclusiv în ceea ce privește pregătirea pentru tehnicile medicale realizată de instructorul de practică: I.E., f., Tulcea: *Dar cadrele de acolo ar trebui un picuț să fie responsabile pentru ceea ce dau pe piață. Iar ca instructor într-o școală sanitară ar trebui ales un asistent bine pregătit și cu vechime*), ea având drept corelativ un nivel foarte scăzut de pregătire a absolvenților. Aceasta este dublată de scăderea standardelor de pregătire generală și profesională: R.A., f., Buzău: *Dacă s-a ajuns să se intre la o școală postliceală sanitară fără concurs și fără diploma de bac!*; B.M., f., Brăila: *Deci, deja nu avem cu cine să vorbim fără diploma de bac.*

²⁶ O parte dintre aceste opinii pot fi rezultatul conflictului care separă generațiile. A se vedea în acest sens cele prezentate la secțiunea Conflictele între generații.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismului Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Formarea este legată în mod direct de intenția semnificativă de a pleca la muncă în străinătate a noilor absolvenți: I.M., f., Buzău: *Cei mai mulți fac acum școala pentru a pleca în străinătate, deci nicidecum pentru a rămâne.*

Schimbările aduse de Facultățile de Asistenți

Nemulțumirile față de apariția diferitelor forme de calificare în meseria de asistent medical – existența facultăților, anterior a colegiilor, a școlilor sanitare postliceale, îmbracă multiple aspecte, pe care participanții le-au evidențiat de-a lungul conversațiilor. Ceea ce a rezultat din dezbateri a fost că aceste forme nu facilitează o mai bună calificare, cât mai ales îi constrâng pe angajați să se „recalifice”, cu alte cuvinte să obțină o altă diplomă pentru competențele pe care le posedă deja. Această „constrângere” funcționează din perspectiva asigurării locului de muncă a vechilor angajați în fața „calificării superioare” conferite de noile forme de pregătire. Legislația nouă în materie de educație, proliferarea învățământului particular și a celui public mai ales în regim de taxă, integrarea țării în structurile europene sunt circumstanțele care au provocat anomalii în repetarea calificării celor deja calificați: A.L.C., f., Tulcea: *Eu am făcut liceul sanitar pe vremea lui Ceaușescu, apoi s-a schimbat, a trebuit să fac altceva și apoi după '89 colegiu și tot așa, faci 20 de ani de școală ca să fii tot asistentă, cum se schimbă guvernul mai schimbă și ei ceva.* O bună parte dintre subiecți au indicat faptul că facultățile nu reprezintă o formă reală de pregătire și de promovare în sistem: S.T., f., Tulcea: *Vina nu este a guvernelor, ci a facultăților care au creat aceste colegii și facultăți. Oricum ești privit la fel ca și cei cu postliceală, dar nu ca având studii superioare, medicii nu te privesc așa! Aceste forme au fost făcute ca să fie finanțate facultățile de medicină.*

Formele superioare de pregătire nu aduc spor salarial semnificativ, iar dacă există o diferență, aceasta este inexplicabilă, deoarece cantitatea de muncă depusă este aceeași, responsabilitățile sunt aceleași, ele nefiind diferențiate potrivit studiilor. Dacă există diferențe cu privire la nivelul de calificare, acestea nu se regăsesc în facilități legate de diferențierea atribuțiilor, responsabilităților care să fie, în același timp, clar precizate la nivel legislativ: M.I., f., Vrancea: *Aceleași lucruri le faci chiar dacă ai postliceală sau studii universitare, singura diferență este la salariu.* S.D., f., Constanța: *Și nu mi se pare corect, pentru că munca este aceeași.* M.V., f., Constanța: *S-a făcut din școlile acestea o afacere, de vreme ce nu au adus nici un beneficiu sistemului, decât contând la salariu...* A.I., m., Vrancea: *Ar*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

fi fost necesar ca o dată cu înființarea acestor facultăți, să se facă schimbări și în normativul de personal, să știm și noi pe fiecare secție, câți asistenți cu studii superioare avem, câți cu studii medii. Ar trebui modificată și fișa postului pentru cei care termină studii superioare, ca să aibă sarcini în plus.

Angajații cu vechime multă în activitate consideră că facultățile și formele postliceale de calificare nu contribuie la creșterea cunoștințelor, că ele oferă cursuri formale, organizate în scop lucrativ și tinerii care finalizează aceste forme noi nu demonstrează de fiecare dată o calificare superioară: B.G., f., Tulcea: *Eu am făcut Facultatea de Asistente, dar nu m-a ajutat la nimic, nici măcar mărirea de salariu nu a fost cât trebuia.* R.C., f., Tulcea: *Sunt absolventă de facultate, lucrez de 30 de ani în laborator, am terminat liceul, am făcut asistență medicală, asistent general, deoarece laboratorul nu exista. Pot să spun de ce noile forme de învățământ nu aduc ceva nou. Am fost prima generație de absolvenți, facultatea este nouă, profesorii sunt medici foarte ocupați, studenții sunt mulți și nu au loc la patul bolnavilor, nu facem suficiente ore, deci e superficial. Jumătate dintre noi eram asistenți, deci aveam bazele puse și ceilalți care nu erau din sistem nu știau ce e seringă și perfuzia, profesorii vorbeau cu noi, cei din sistem, ceilalți erau speriați, nu aveau curaj să stea la patul bolnavilor.* V.D., f., Constanța: *Tu ai terminat facultatea și poți să spui din interior cum este; eu am avut colege care au terminat facultatea și mi-au zis că nu se interesează personal la patul bolnavului; pot termina această facultate fără să ia contact cu bolnavul și să știe să facă măcar o puncție. Eu am crezut că exagerează, dar tu certifică că este adevărat!*

Unii studenți au indicat motive pentru care există acest deficit de activitate practică: L.L., f., Tulcea: *Materia este axată pe teorie și la fel de grea ca la Medicină; aveam aceleași cursuri ca și cei de la Medicină, nu existau cursuri speciale pentru asistenți. Eram pe holurile spitalului foarte mulți, și asistenți, și de la medicină, terorizam bolnavii dacă intram toți la patul lor.*

În general existența unor forme de pregătire nu deteriorează în mod necesar relațiile la locul de muncă. Dacă sunt urmate de cadre deja prinse în sistem, ele nu produc decât o stare de inconfort atunci când trebuie preluate sarcinile celor ce se deplasează la aceste forme de învățământ sau mici invidii inerente naturii umane: B.C., f., Vrancea: *Apar discuții între colege. Și pe bună dreptate.* P.L., f., Galați: *În primul rând, îți trebuie timp pentru școală. Se fac niște schimburi de tură, se cer niște concedii de studiu, și atunci volumul de responsabilități este mai mare pentru noi.* S.L., f., Buzău: *Și ceilalți rămân acolo și trag la muncă.* B.C., f.,



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Vrancea: *Dar nu o să tragă la nesfârșit, nimeni nu este dispus. Adică eu „hai să-ți fac tura ție, că tu te duci la școală”. Eu nu mai plec acasă sau renunț la concediu să te ajut pe tine. Nu pot la nesfârșit. G.D., f., Brăila: Vin absolvenții de facultate, da? Și eu o rog pe colega de la sala respectivă să o instruiască pe noua colegă și apar discuții: cum, eu să-l instruiesc pe ăsta cu facultate? N-are decât să învețe singur, dacă a făcut o facultate. Pe mine nu mă recunoaște că am muncit atâta timp și am rezolvat atâtea cazuri, de ce să îl instruiesc eu pe el?*

Poate figura ca perioadă de tranziție pentru sistemul sanitar și această tendință de la o calificare superioară a forței de muncă și a unui număr select de personal, la o tot mai slabă calificare a unui număr mare de absolvenți. În aceste condiții, concursul ar constitui un principiu eficient de selecție a celor înalt calificați. În același timp, tranziția spre o societate bazată pe libera concurență, spre noi forme de calificare în consens cu reglementările uniunii europene i-a constrâns pe mulți angajați, pe fondul unui vid legislativ care să confere o protecție și o recunoaștere a calificării inițiale, să se „recalifice” formal.

Destul de contestate sunt Facultățile de Asistenți Medicali, în specie datorită faptului că studenții care lucrează deja sunt nevoiți să reia cunoștințe pe care le au deja dobândite din alte forme de pregătire inițială, iar cei care n-au mai lucrat nu dovedesc o pregătire conformă cu nivelul de salarizare. De partea cealaltă, stau argumentele celor care au urmat studiile superioare pentru asistenți: T.M.C., f., Galați: *Făcând o paralela între Școala postliceală și Facultatea de asistența medicală, orizontul științific de predare este mult mai larg decât în ceea ce s-a învățat în Școala postliceală. Perspectivele asupra nivelului de pregătire a absolvenților de facultate sunt multiple, fiind indicate și multe aspecte pozitive, precum: B.E.D., f., Galați: Uneori sunt surprinzători de rău pregătiți, dar uneori au fost și surprize în care erau foarte bine pregătiți. Setea de cunoaștere este la toți, dar există și rezidenți în pregătire care nu vor fi la adevăratul stadiu la care trebuie să fie un medic. Au fost aduse și argumente mai obiective, ce se apropie de un traseu profesional firesc sau de un scop pragmatic: M.A., f., Buzău: Nu îmbunătățesc calitatea serviciilor medicale, dar ar aduce satisfacție profesională și ceva bani în plus la salariu. Munca e aceeași.*

Opiniile salariaților diferă, în special, în funcție de nivelul lor de formare: dacă au făcut facultatea, au în general o părere bună (T.V., f., Tulcea: *Nu consider că a fost o pierdere de vreme, eu am avut avantajul că mi-am schimbat profilul, ceea ce aveam nevoie, deci mi-am realizat un scop. Nu pot să spun că m-a exploatat cineva și am fost sprijinită de toți din jurul meu, de colectiv), în timp ce restul salariaților au păreri împărțite, argumentând în principal ideea existenței aceluiași nivel de pregătire. În rândul celor din urmă nu lipsesc nici perspectivele extreme (B.I., f., Constanța: *În momentul în care s-a înființat această facultate, care mi se**



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

pare o aberație, m-am dus la coordonatoarea mea, care era pe timpuri și este și acum directoare la postliceală, și i-am zis „ce fac, mă înscriu și eu la asta?” și a zis „dragă, ăștia sunt fabrică de bani, vor bani pentru că sunt 50 de milioane pe an pe care tu le dai, iar licența la sfârșit te costă 1500 șpaga lor”) sau sceptice (M.N., f., Buzău: *Nu cred, majoritatea se duc acolo tot pentru o diplomă. Unii dintre ei au și familie și mai fac și aceasta școală sperând la o mărime de salariu, ajungându-se până la ignorarea diplomelor*²⁷ (R.N., f., Galați: *În sistemul sanitar din România doar diploma de medic contează, aceea este singura muncită, importantă*) sau la un tratament disprețuitor (E.A., f., Galați: *Și în ochii medicilor tot proastă ești. Ne-a și zis o doctoriță*). Nu este remarcată o diferență concretă de pregătire, mai ales de salariații cu experiență: B.M.R., f., Brăila: *Deci, colegele care fac acele studii prestează aceeași muncă la patul bolnavului. Ani pierduți aiurea și bani cheltuiți*). Chiar și față de asistenții cu studii superioare, atitudinea critică persistă, fiind aduse unele argumente legate de „seriozitatea” studiilor urmate (J.S., f., Constanța: *O asistentă care a făcut postliceala pune o perfuzie exact ca aceea care a terminat un colegiu; Ș.M., f., Tulcea: Am avut o colegă a terminat facultatea de moașe nu știa să facă nimic*) sau exemple privind comportamentul față de pacienți date dintr-o perspectivă nostalgică: C.L., f., Tulcea: *Teoretic, trebuie să fie mai bine pregătite, dar în realitate nu sunt. Pentru că nu se face practică. Se vede o diferență de pregătire între vechea asistentă și asistentele care ies azi. Și relațiile sunt altfel, chiar și între asistenta cu studii superioare și pacient. Niciodată nu mi-am permis să mă adresez pacientului cu superioritate, să fiu obraznică, să-l iau peste picior, dar sunt colege care s-au angajat de câteva luni și se poartă astfel. Eram educați cum să ne purtăm cu bolnavul, se făcea educație serioasă pe vremuri. Diferențele sunt puse și pe seama atitudinilor individuale. Percepția asupra utilității studiilor superioare nu este nici ea mereu una pozitivă: S.D., f., Tulcea: *Nu sunt la facultate. Am fost să mă înscriu, dar nu-i văd rostul, pentru că fac același lucru pe care l-am făcut în liceu, același lucru pe care l-am făcut în școala postliceală. Și cu ce mă aleg? Cu ceva care nici nu e recunoscut în afară. Așa am înțeles de la fetele care vor să plece sau care au plecat. Acolo v-a trebui să-mi echivalez și să o iau de la capăt la nivelul secției respective.**

În mod obiectiv, se pune în primul rând problema faptului că în cazul celor cu postliceală, dacă mai fac și facultatea, ajung să învețe aceleași lucruri de două ori: Ș.A., f., Constanța: *Dacă la momentul respectiv era facultate în loc de postliceală, poate făceam, dar acum să faci același lucru de 2 ori... alții fac. Dacă ne*

²⁷ Problema nu apare doar în cazul asistenților medicali licențiați, fiind mai curând o problemă a sistemului de învățământ românesc din care învățământul medical face parte. Este vorba de lipsa de acoperire a diplomelor în cunoștințe și competențe valabile pentru o mare parte din universități, fapt care se reflectă la nivel social printr-o lipsă de încredere în diplome în general.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

*gândim la rece, este o defavoare pentru cei care au terminat anii trecuți pentru că nu exista, asta nu este corect. Trebuiau echivalate cu postlicealele). Situația este complicată și de faptul că nu există atribuții profesionale diferențiate pentru cei cu facultate față de cei cu postliceală, fiind resimțită sub forma unei nedreptăți de către o mare parte din personal așa cum menționează: P.L., f., Galați: *Ar fi fost bine ca o dată cu înființarea acestor facultăți să se facă schimbări și în normativul de personal, să știm și noi pe fiecare secție câți asistenți cu studii superioare avem, câți cu studii medii. Ar trebui modificată și fișa postului pentru cei care termină studii superioare sau L.G., f., Buzău: Oricum toți fac aceleași lucruri, doar că iau bani mai mulți că au o diplomă în plus.**

Absolvenții de studii superioare argumentează la rândul lor sporul de cunoaștere pe care-l aduce absolvirea unei facultăți (B.V., f., Galați: *Sunt vreo opt colegi care au terminat facultatea de moașe la Constanța și bineînțeles că în patru ani de zile au învățat mai mult*). Perspective optimiste în ceea ce privește soarta celor cu studii superioare au fost indicate și de absolvenți ai școlilor postliceale: M.A., f., Buzău: *Eu una m-am înscris la o facultate pentru că nu știi ce se întâmplă pe viitor*; I.I., f., Buzău: *Siguranța locului de muncă, că în rest... .*

Studiile superioare sunt urmate uneori și pentru siguranța locului de muncă: S.C., f., Tulcea: *Eu am avut colegi care au terminat colegiul, dar nu mi s-a părut că sunt mai bine pregătite decât noi*; V.M.M., f., Tulcea: *Au făcut facultatea pentru siguranța locului de muncă.*

Aprecieră nivelului de pregătire a asistenților cu studii superioare în domeniu trebuie să țină cont de două situații diferite: cea în care studenții acestor facultăți vin direct de pe băncile liceului sau sunt dintre cei care nu au mai lucrat în sistemul sanitar și studenții care sunt de fapt asistenți medicali ce s-au înscris la facultate. În cel din urmă caz nu poate fi apreciat nivelul de pregătire al absolvenților, deoarece în discuție sunt și competențele dobândite anterior la care se adaugă experiența profesională.

Ucenicia noilor angajați

Nivelul de pregătire slab al noilor veniți este considerată a fi principala problemă în formarea noilor angajați: R.A., f., Buzău: *Realitatea este cu totul alta, școala se face mai mult prin corespondență*; R.A., f., Buzău: *Iar cunoștințele sunt nule, dacă nu minimale, și e foarte greu să ieși în primire un nou venit care nu are nici o bază, decât pretenția că are o diplomă.*

Având în vedere preponderența asistenților fără facultate, actuala structură creează și un paradox, în sensul că noii angajați cu facultate ajung să fie învățați de colegii lor cu studii mai puține și, implicit, cu salarii mai mici: I.M., f., Buzău: *Să vină cu diploma de asistent diplomat și să-l înveți tu, asta cu școală sanitară!*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Voluntariatul este văzut ca o soluție pentru a remedia deficitul de competențe practice ale noilor veniți, el fiind cumva integrat în mod informal în sistemul de formare inițială. În acest sens, s-au dezvoltat practici corespunzătoare în diferitele unități sanitare (S.F., f., Galați: *Dacă înainte venea cine vroia să facă practică, acum noi am instituit altă metodă: îi chemăm să facă voluntariat și apoi dau examen. Astfel, știu că este un om pe care l-am format eu în perioada de voluntariat și că mai are să se perfecționeze în timp, cum ne perfecționăm toți*), chiar dacă ele sunt la limita legalității în ceea ce privește prevederile Codului Muncii.

Lipsa de personal și supraîncărcarea cu sarcini a personalului cu experiență conduce la limitarea posibilităților de a forma noilor veniți: A.I., f., Vrancea: *Ăștia tineri trebuie ajutați, noi am avut acum 4-5 ani angajate niște fete tinere și eu pe toate am încercat să le ajut pentru că știu cum e să își bată cineva joc de tine. Aici intervine și deficitul transferului de experiență adus de migrația personalului, numărul salariaților cu experiență fiind în continuă scădere. Acest fapt conduce treptat la modificarea anumitor dimensiuni în cultura organizațională a secției, inclusiv la scăderea standardelor de lucru, pe fondul modificării reperelor.*

Noii angajați sunt ajutați, însă rezultatul final depinde în bună măsură și de implicarea lor și de atitudinea pe care o au (G.G., f., Tulcea: *E vorba și de educație. Și eu am fete care au terminat și nu au fost extraordinar de pregătite dar au fost modeste, și-au văzut de treaba lor, au avut interes și atunci au învățat. Gradul de implicare poate fi observat încă de pe băncile școlii: I.R., f., Buzău: *Noi îi avem repartizați la saloane. Unii vin și nu știu să facă nimic iar după cei trei ani de școală ne vin colege. Alții sunt foarte interesați și ai bază după anul I de școală să le facă tratamente la toți bolnavii, alții nici după anul III nu știu*), elevii sau studenții cei mai implicați având câteodată șansa de a fi angajați pe o secție în măsura în care o permit strategiile de angajare; în mod cert se ajunge și la situații de apropiere între angajați și unii elevi, creându-se astfel premisele unei bune colaborări viitoare. Unii salariați reclamă un procent mic al celor care se implică din cei care fac practică sau din rândul noilor veniți. Formele de angajare și relații informale ajung să influențeze în mod semnificativ procesul de formare la locul de muncă: B.M, f., Buzău: *Nu sunt lăsați singuri și nu au sarcini cum avem noi. Li se dă un asistent coordonator și-l ajută să se învețe încet-încet. Însă nu prea vor să coopereze, nu sunt deschiși și chiar te sfidează.**



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismului Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Uneori, se ajunge la situația în care noii veniți nu se simt în stare să se descurce de unii singuri, conducerea secției încercând să creeze un echilibru a nivelului de pregătire prin aranjarea graficului de activitate astfel încât pe fiecare tură să se afle și persoane cu experiență²⁸.

În final, pentru majoritatea cazurilor, considerăm că se poate vorbi de buna intenție a celor cu experiență pentru a ajuta la pregătirea celor tineri, motivată de faptul că nivelul lor de competență se răsfrânge până la urmă și asupra celor mai în vârstă: V.M., f., Brăila: *Îl dăm pe lângă un asistent bun ca să învețe bine, că după aceea tot eu ma lupt cu el dacă nu știe*. Supravegherea și pregătirea noilor veniți este foarte mult mutată în zona informală, pe modele considerate de acum tradiționale: G.V., f., Tulcea: *Nu. Eu vă spun cum facem noi: dacă au venit patru le împărțim la fiecare medic, ca să cunoască bolnavii în primul rând, și nu au voie să facă nimic până când colegele mele nu observă că sunt bune și pot face o injecție corect*; I.D., f., Tulcea: *Chiar și cele nou angajate, în primele șase luni sunt tot timpul supervizate. Sunt sub supravegherea unei alte asistente de pe secție*. Au fost exprimate și nostalgii după vechile tipuri de formare, respectiv stagiatura.

Salariații consideră că este oportună organizarea unui sistem de tutoriat, el existând deja într-o modalitate informală, chiar dacă mai persistă și situații ambigue: C.L., f., Galați: *Eu vă spun că mă bucur să aud asta, că așa se întâmplă la dvs., dar de regulă, în momentul în care vine o persoană nouă, un nou angajat care nu a mai lucrat în sistemul sanitar, este trimis, este X, vi-l prezintă, este noul coleg/noua colegă și atât, și-l învățați voi. Adică nu-i spun: Elena ți-l dau pe Ion și ai grijă, îl înveți, îi arăți, îi explici, ce trebuie să facă, ce nu trebuie să facă*). De asemenea, sunt cazuri în care obligația formării noilor veniți este prevăzută în fișa postului. Însă salariații considerați buni, care ajung să formeze într-o mai mare măsură noii angajați, nu primesc nici-o formă de recunoaștere, ca să nu mai vorbim de recompensă. În acest sens este necesară crearea unui sistem organizat de formare la locul de muncă: S.F., f., Galați: *Aici ne lovim iarăși de lipsa de personal. Ar trebui să existe persoane care să se ocupe strict de acest lucru*.

Formarea continuă

Observațiile făcute de angajați nu sunt favorabile sistemului nostru de sănătate, nici diriguitorilor din sistem. Un sistem rămas în urmă din perspectiva mentalității dirijiste, a inexistenței motivației materiale și a recunoașterii sociale a unei profesii extrem de utile din punct de vedere social. Un sistem care intervi-

²⁸ În planul aprecierii, această situație este deosebit de motivantă datorită transferului de atribuții dinspre cei slabi spre cei competenți, mai ales când salariații slabi au același salariu cu cei care sunt buni profesioniști.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

ne coercitiv, stresant și formal prin impunerea creditelor obligatorii ce trebuie obținute de către asistenți sau medici, dacă aceștia doresc să rămână în sistem.

De ce facilitați se bucură personalul medical atunci când are obligația de a urma cursurile de formare continuă? Este această formare un factor de stres, o formalitate artificială impusă de la vârf sau, dimpotrivă, o nevoie reală a sistemului și un mod de dezvoltare profesională, o formă de manifestare a necesității umane de autoperfecționare? Cercetarea a încercat să răspundă la aceste întrebări și, suplimentar, ea ne oferă și date despre cum percep angajații atitudinea factorilor de decizie față de obligația de perfecționare, precum și care e susținerea din partea sistemului față de acest efort desfășurat în timpul liber. Este fapt indiscutabil că în acest sistem, angajații urmează cursuri de formare și specializare, dar sunt aceste cursuri pe placul lor, sunt utile, există o motivație interioară care îi determină să le urmeze? Cum măsurăm prioritatea subiectivă a ceea ce dorește orice societate umană, și anume antrenarea indivizilor în cursa educației permanente? Sintetic, răspunsurile au scos la lumină următoarele aspecte: cursurile sunt utile, îi ajută profesional, îi ajută să fie la curent cu noile specializări, cu eficiența noilor medicamente, cu metode performante de a trata pacienții, oferă oportunități în dezvoltarea profesiei ori constituie o formă de asigurare în condițiile în care „*dorința oamenilor de a face cât mai multe cursuri este dată de instabilitatea din ziua de astăzi*”.

În multe cazuri salariații și-au exprimat nemulțumirea nu atât față de ideea de a urma cursuri de formare profesională continuă, idee cu care marea lor majoritate sunt de acord, cât față de obligativitatea de a plăti aceste cursuri pentru a avea dreptul de a-și practica profesia: D.A., f., Galați: *Noi suntem obligate să facem 30 de credite anual, acestea sunt cursurile noastre, de educație medicală continuă*; G.V., f., Tulcea: *Anul trecut am făcut 29 de puncte. Și m-a chemat OAMMR-ul, m-a chemat la apel și mi-a zis: „uite, o să fie un curs de cinci sute de mii, te duci și îl faci”. Și a trebuit să-l fac. Altfel nu-mi dădeau autorizația. Condiționarea aceasta cu autorizația este cea mai mare prostie. Adică fără punctul acela eu nu mai știu să-mi fac meseria? M-am dus, am mai făcut 30 de puncte, pentru un singur punct*; O.V.D., f., Tulcea: *Acum doi ani am făcut o sută și ceva de puncte și nu mi s-au reportat pentru anul următor decât 15, restul l-am pierdut. Iar banii i-am dat.*

Nu toți participanții au afirmat că plătesc aceste cursuri, deși au fost indicate puține răspunsuri de mulțumire pe această linie: C.D., f., Tulcea: *Eu cred că am făcut cele mai multe cursuri, am mers cam pe la toate cursurile pentru că ne ajută, cam de 6-7 ori pe an și au fost plătite*; I.M., f., Constanța: *Eu am fost anul trecut la un curs la Sinaia despre gestionarea deșeurilor care a fost gratuit*; C.D.,



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

f., Tulcea: *Au fost finanțate de Ministerul Sănătății, acelea contează foarte mult, precum și relația pe care o ai cu managerul.*

Dezbaterile au scos în evidență faptul că există un interes real al salariaților față de pregătirea proprie, pentru autoperfecționare: I.L., f., Galați: *Acum nici o săptămână, la un curs de reanimare neonatală, acum două săptămâni la Iași tot de reanimare neonatală, că este foarte important. Am fost la foarte multe cursuri. Metode noi de reanimare, de diagnosticare, metode noi de comportament vis-à-vis de mame și este foarte important pentru copii așa de mici, siguranța utilizării corecte a aparatelor și în general tot ce este nou și ultra nou în medicină și suntem la curent. Dacă știi să aplici corect și tratamentul și metodele de reanimare, atunci scade mortalitatea.*

Dacă și cum este apreciat acest efort de autoperfecționare? În cadrul sistemului, aprecierea este slabă. „*Ne apreciază șefii direcții*” e afirmația frecventă. Dar există și opreliști în urmarea formelor de pregătire, dublate de lipsă de încurajare și de apreciere. Această slabă apreciere din partea sistemului, a angajatorului, față de efortul de autoperfecționare, este compensată de conștientizarea importanței formării continue și de efectele pozitive implicate de această activitate desfășurată în afara programului normal de lucru.

Ce anume trebuie să facă angajatorul ca să demonstreze că apreciază efortul de autoperfecționare, care sunt așteptările angajaților în această privință? Cerința unanimă a fost „să se plătească aceste cursuri”, să fie decontat transportul, cazarea; cursurile să fie recunoscute la nivel salarial, ca în străinătate; să existe o formă de apreciere prin laudă; să li se aloce timp în așa fel încât să nu fie afectat concediul de odihnă.

În concluzie, observațiile realizate la întâlnirile focus grup au scos în evidență un interes sincer spre autoperfecționare și o nemulțumire dată de faptul că acest interes nu este susținut prin forme de recunoaștere clar definite, prin recompense financiare, prin apreciere directă din partea șefilor din sistem.

Perspectiva pierderii locului de muncă

Răspunsurile la această întrebare, care au avut în vedere posibilitatea pierderii locului de muncă datorită restructurării, au fost diferite, înregistrând atât o variabilitate în funcție de regiunea geografică din care proveneau subiecții (S.C., f., Tulcea: *Doar să pleci în alt oraș. Undeva într-un oraș mai mare. Dar aici nu.*; I.L., f., Tulcea: *În Tulcea e o piață saturată*), cât și în funcție de perioada în care a fost desfășurat fiecare focus-grup. În funcție de timp cea mai semnificativă diferență este, ca și în cazul altor teme, cea dintre perioada dinainte de reducerile salariale din luna iulie 2010 și cea de după, în sensul că după acele măsuri răspunsuri-



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismului Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

le sunt în general mai pesimiste. Pesimismul se accentuează în toamna anului 2010 odată cu aplicarea măsurilor de descentralizare și anunțurile autorităților publice locale privind intenția de restructurare. El ajunge la un maxim în momentul demarării acțiunii de comasare a unei mari părți din unitățile sanitare. Suplimentar, răspunsurile variază și în funcție de vârsta salariaților, cei tineri fiind mai optimiști că vor putea găsi un loc de muncă (S.M., f., Constanța: *Da, eu cred că aş găsi ușor un loc de muncă pentru că sunt tânără*), în timp ce în cazul celor mai în vârstă teama este mai mare datorită șanselor mult mai reduse în acest sens (C.E., f., Tulcea: *La tineri da, dar la vârsta mea care mai am 1 an până la pensie...*). Evaluarea pe care salariații o fac riscului de a-și pierde locul de muncă și șanselor de a găsi alt loc de muncă în caz de concediere este dependentă de evoluția pieții muncii în contextul crizei economice (S.C., m., Galați: *În orice domeniu de activitate, ținând cont de criza financiară, de posturi blocate peste tot și economia cum merge... e clar pentru toată lumea, indiferent de domeniul de activitate și de pregătire, este foarte greu de găsit un loc de muncă*). Incertitudinea privind propriul loc de muncă este una din dominantele atitudinii salariaților (A.Z., f., Constanța: *În momentul de față, da. Nu știm dacă se restructurează. Este o incertitudine totală*), accentuând stresul acestora: S.M., m., Constanța: *Nu există siguranță. Zilnic ne trece prin minte gândul acesta*.

O parte a salariaților nu se teme de pierderea locului de muncă, cel puțin pe termen scurt (M.I., f., Galați: *Deocamdată avem siguranța locului de muncă*), în special datorită deficitului de personal existent în sistem (M.S., f., Galați: *Contează și unde muncim. De exemplu, în unitatea în care muncesc este deficit de personal, nu are ce da afară*); însă nu întotdeauna situațiile de acest gen generează siguranță: V.M.M., f., Tulcea: *Personalul este puțin, dar totuși nu putem să spunem că avem siguranță*. Unii salariați se consideră prea importanți pentru unitatea sanitară pentru a lua în calcul posibilitatea disponibilizării: R.A.V., m., Buzău: *Eu cred că, chiar dacă ar fi personal suficient și s-ar face restructurări, nu cred că eu voi fi demis*; de remarcat, că o astfel de atitudine poate să fie determinată și de existența unui sprijin informal. Absența temerilor se dezvoltă uneori și pe un gen de resemnare bazat pe nemulțumirea față de actualul loc de muncă: B.L., f., Buzău: *Dar nu avem ce pierde. Acești 11 milioane pe care îi câștig, eu consider că nu am ce pierde. Atât câștig, după 30 de ani de vechime de spital*; B.L., f., Buzău: *Ce să pierd turele de noapte, de sărbătoare și faptul că pe 1 ianu-*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

*arie eu plec la muncă. Deficitul de personal poate acționa însă și mod ciudat în sensul creșterii temerii față de pierderea locului de muncă, fie datorită unor posibile proteste ale salariaților împotriva supraîncărcării cu sarcini de serviciu (A.C., f., Brăila: *Este o supranormare, ideea este că lucrezi în același timp un volum mare și te suprasoliciteți fără să primești nimic în plus. În loc să fac 20 de radiografii, fac 40 pe zi, și pot să mă și îmbolnăvesc profesional*; C.B.S., f., Brăila: *În loc să fac radiografii doar pacienților din spital, fac și la cei de la UPU. Oamenii se simt închistați, nu vorbesc de teama să nu își piardă locul de muncă*), fie datorită creșterii riscului de malpraxis în condiții de suprasolicitare.*

Majoritatea salariaților se simte amenințată de perspectiva pierderii locului de muncă în special datorită discursului oficial pe tema personalului excedentar în sectorul bugetar (I.M., f., Galați: *Da, datorită conjuncturii actuale, cine mai poate să fie sigur pe locul de muncă? Poate că această teamă este alimentată de chestii false, dar atâta vreme cât se vorbește de restrângere și bugetari excedentari și așa mai departe, nu poți să te culci pe o ureche și să zici că ești bătut în cuie aici*) și reducerii numărului de paturi determinată de reorganizarea sistemului sanitar (C.R., f., Brăila: *E normal în condițiile de astăzi să ne simțim amenințați de pierderea locului de muncă. Pentru că se reduce numărul de paturi și automat se reduce și personalul și unde te duci că alte spitale se închid, nu se deschid*); însă, o mare parte dintre ei consideră că dacă ar fi în această situație ar avea posibilitatea să-și găsească un alt loc de muncă: I.M., f., Galați: *În cazul în care mi-aș pierde locul de muncă, mi-aș găsi altul cu ușurință, iar înafara granițelor și mai ușor*. De remarcat că optimismul privind posibilitatea găsirii altui serviciu în caz de disponibilizare este în bună măsură unul teoretic, rareori fiind fundamentat pe încercarea efectivă de a găsi alt loc de muncă. Experiența unor concedieri anterioare accentuează prudența, aducând o perspectivă mai realistă asupra acestui tip de risc: I.A., f., Constanța: *Ne simțim amenințați de pierderea locului de muncă, ni se tot spune că se vor face restructurări. În condițiile de azi în care toată lumea concediază este foarte greu să-ți găsești un loc de muncă. În niciun caz la stat nu, în sistemul sanitar nu, în sistemul privat nu. eu am lucrat pentru 18 ani în sistemul privat și când firma a dat faliment am fost concediată*. Faptul că în sectorul bugetar posturile sunt blocate accentuează teama față de o posibilă restructurare deoarece anulează posibilitatea angajării într-o altă unitate sanitară: B.A., f., Galați: *La prima întrebare da, la a doua nu, este foarte dificil în momentul de față să îți gă-*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

*sești un alt loc de muncă, în sistemul public toate posturile sunt blocate iar la privat au început și ei să-și reducă cheltuielile cât de mult pot. De asemenea, modalitățile de intrare în unitățile sanitare publice, predominant informale, limitează perspectivele pe care salariații le au față de posibilitatea unei angajări: V.E., f., Tulcea: *E greu, că dacă nu ai bani de șpagă intri foarte greu.*; B.V., f., Tulcea: *Interviul are ponderea cea mai mare, poți să ai tu 10 la scris.* Îngrijorarea privind perspectiva unei disponibilizări este accentuată și de faptul că salariații nu au cunoștință despre existența unor criterii privind selecția celor care vor fi disponibilizați: G.A., m., Galați: *Recent am avut un caz, când a venit de la director ca suntem 13 și trebuie să rămânem 12 și norocul nostru a fost că a terminat o colegă facultatea și e rezident și am rămas 12. Singura soluție pe care a găsit-o șeful de secție a fost să jucăm căciula, ne scriem pe bilețele și tragem la sorți.* Se remarcă faptul că pentru a evita disponibilizările unitățile procedează la redistribuirea personalului²⁹, cu această ocazie ivindu-se și criterii de selecție a celor ce pleacă: G.G., f., Brăila: *Eu deja am fost redistribuită. În alte cazuri au fost redistribuiți ultimii veniți, dar la noi nu s-a ținut cont de asta.*; G.G., f., Brăila: *Dar faptul că nu am copil, asta nu e un criteriu. Nu e un criteriu de redistribuire.*; G.C., m., Brăila: *Nu e un criteriu de profesie.**

În momentul în care exemplele de salariați concediați încep să apară opiniile salariaților se schimbă într-o măsură considerabilă, începând să apară angoasa generată de pericolul unei concedieri: M.E., f., Brăila: *Eu cunosc persoane din alte secții unde s-a restrâns activitatea și au fost mulți dați afară.*

Influența schimbărilor politice asupra locului de muncă

Un gen special de relații care afectează într-o anumită măsură calitatea vieții profesionale îl constituie presiunea resimțită de angajați din partea factorului politic și a mass-media. Sistemul politic, prin relațiile de ordine și autoritate, își exercită influența asupra întregului ansamblu social și, inevitabil, această influență este resimțită și la nivelul sistemului de sănătate. Suntem încă în cadrul temei relațiile la locul de muncă și ceea ce măsurăm acum este felul în care angajații percep imixtiunea factorului politic în exercitarea unei profesii. Schimbările din viața politică a țării îi afectează pe angajați doar la nivelul superior, al conducerii unită-

²⁹ Ce-a mai amplă redistribuire a personalului în sistemul sanitar din ultima perioadă este cea realizată asupra personalului T.E.S.A., în urma apariției noului normativ de personal, mulți dintre cei ce riscau să fie concediați fiind redistribuiți ca registratori medicali în cadrul secțiilor.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

ții. O schimbare politică antrenează foarte des numirea la conducere spitalului a unui manager după criteriile politice, ceea ce are urmări negative în planul dezvoltării durabile a unității, în finalizarea unor obiective și proiecte, în organizarea unității și gestionarea resurselor: I.M., f., Galați: *În patru ani, am avut cinci manageri și suntem afectați de schimbări, nici nu mai știm cu cine lucrăm. Vine un om, abia se acomodează, înțelege care sunt mecanismele și dacă s-a rupt o alianță intervine schimbarea. Nu suntem condiționați să susținem un partid... nu e vorba de campanii electorale în spital. Se fixează o linie, știi ce direcție trebuie să o urmezi, dar vine altcineva, poate cu idei mai bune, dar nici omul acela nu reușește să le implementeze și tot așa... Ar trebui să fie un mandat, de 4 ani, ca la președinte... ; A.M., f., Galați: *Se mai fac angajări și pe criterii politice; E.C., f., Galați: *Din cauza schimbărilor frecvente managerii nu au timp să-și demonstreze competențele și nu pot să realizeze ceva palpabil, nu există o continuitate decât în chestiile foarte mari, să zicem că dacă au început să construiască ceva doar nu o lăsa așa, dar dacă au o idee nu mai este dusă până la capăt. Nu se duc la capăt proiectele pe termen lung; A.Z., f., Constanța: *Dacă se începe un proiect, cumperi aparatură de ce în urma schimbărilor politice acel proiect e abandonat? Fiecare guvernare vine cu alte idei, dă rămă ce e la bază, ce s-a început și hai să începem noi altceva, și următorul guvern tot așa. Alți bani cheltuiți. Nu înțeleg de ce? Nu se termină ce se începe, de ce lăsăm să se degradeze aparatură nouă?. J.S., f., Constanța: *Nu avem un principiu, o idee care să fie dusă până la capăt.*****

Schimbările foarte frecvente la nivel de conducere, pe criterii politice (A.T., f., Galați: *În astfel de cazuri, se schimbă mai mereu conducerea, deoarece s-a schimbat la conducere partidul și trebuie să vină cineva care face parte din partidul respective și tot așa)* afectează bunul mers al unității și activitatea salariaților (I.M., f., Galați: *Da, în patru ani am avut 5 manageri și suntem afectați de schimbări, nici nu mai știm cu cine lucrăm... nu e vorba de campanii politice în spital)* în condițiile în care ele nu țin cont de criteriile de competență: C.E., f., Brăila: *Ne afectează, din moment ce conducătorii sunt puși pe criteriu politic și nu după competență. De aici derivă și tâmpeniile care ni se impun. În același timp diferența de „culoare politică” între manager și conducerea sistemului sanitar sau primăriei este percepută ca potențial generatoare de probleme pentru unitate: A.I., f., Tulcea: *Depinde ce partid este la putere.; M.D., f., Constanța: *Dacă managerul este din alt partid decât primarul, nu sunt fonduri pentru spital.; S.C., m., Galați: *Depinde, managerul ce culoare politica are. Dacă managerul este de alta culoare față de cei ce sunt la conducerea națională, ai de suferit.. nu mai ai anumite drep-****



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

*turi, nu ca persoană ci ca unitate, nu îți mai alocă nu știu ce fond, nu îți mai vine primăria să-ți repare nu știu ce clădire că domnul primar este de nu știu ce culoare. Deci se reflectă și așa. La nivel de unitate soluțiile cel mai des sugerate vizează eliberare managementului de sub tutela politicului, managerii trebuind să fie selectați prin concurs (P.A., f., Galați: *Managerii sunt întotdeauna politici, s-a dovedit că dau peste cap tot spitalul, cel mai bine ar fi ca managerii să fie prin concurs să nu aibă apartenența politică*), în funcție de competențele pe care le au, și nu ca acum, în funcție de decizia politică: V.G.I., f., Galați: *A fost o mare așteptare la conducerea unităților sanitare această funcție de manager, au fost la cursuri la care s-au făcut module specifice, însă când a venit momentul să preia funcția s-a implicat politicul și a stricat totul, nu s-a ținut cont nici de pregătire, nici nu au mai fost evaluați conform criteriilor*).*

Cauza marilor probleme ale sistemului sanitar este considerată de către salariați a fi de origine politică: R.M., f., Brăila: *Nesiguranța locului de muncă, cu restructurări, deși în actul medical nu s-a schimbat nimic în bine, ba mai rău. Nu mai sunt materiale de lucru, bolnavii sunt mult mai nemulțumiți, mai nervoși, munca acum este foarte grea. Îi dai rețeta sa-și cumpere medicamente și pe spate perfuzoare, ace. Întrebă pentru ce, și astea mai trebuie să le cumpăr? Păi pentru ce am venit la spital?;* I.M., f., Buzău: *Tot de la politică pornește până la urmă, că ei hotărăsc viața noastră. Politicienii nu sunt interesați de bunul mers al spitalelor deoarece se tratează în alte țări: P.M., f., Tulcea: *Pentru că ei nu vin în condițiile astea să se trateze. Merg mult prea departe unde nu se ai pune problema paturilor. Deja asta e pentru săraci, nu e pentru elită*.*

Așteptarea unei organizări dinspre sistemul politic se împlinește rareori. Avem mai frecvent descrisă dezordinea pe care o induce acest factor în sistemul sanitar. În mod direct, schimbările politice se resimt în schimbarea managerului unității ceea ce conduce la o permanentă stare de provizorat în lipsa experienței care trebuie dobândită în timp. Sunt abandonate proiectele începute de managerul demis, este compromisă ideea de dezvoltare durabilă. În locul autorității legii observăm domnia arbitrarului: culoarea politică decide alocarea fondurilor, angajarea personalului, protecția locului de muncă. Angajații apreciază că nu este corectă ingerința politică la nivelul managementului unităților sanitare și au venit cu propunerea ca managerii să fie aleși prin concurs, să nu aibă apartenență politică.

Relația cu mass-media

La rândul ei, a patra putere în stat, *presa* are capacitatea de a impune în cadrul societății o imagine despre natura muncii desfășurate în sistemul sanitar. Susținută financiar de senzaționalul pe care îl livrează publicului această putere civilă știe că sectorul sanitar reprezintă un izvor permanent de senzații tari. Anga-



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

jații din sistemul sanitar – mai mult decât alte categorii – muncesc sub presiunea vigilenței mass-media. Cât de mulțumiți sunt de modul în care îi reprezintă social presa vom urmări în continuare, iar răspunsurile constituie o lecție de morală pentru jurnaliști, un scurt tratat de deontologie.

În general la întrebare cum apreciază presa activitatea din sistemul sanitar, răspunsurile spontane au fost date prin cuvintele: *prost, groaznic, negativ, deformează, exagerează*. Mass-media vine în sprijinul pacienților, aceștia găsesc în ea un aliat, un mijloc de amenințare la adresa angajaților: *Chem PROTV-ul sau sun PROTV-ul!*, ceea ce nemulțumește. Angajații au conștiința faptului că nu există un echilibru din partea presei, că niciodată nu sunt luați în evidență prin calitatea actului medical, ci doar prin faptul senzațional și negativ care se întâmplă în sistem: S.T., f., Tulcea: *Mass-media asta ar trebui să facă, să explice cum e cu fondurile, cu lipsurile materiale, cum oamenii își cumpără tratamentele. Dar ei dau numai cazurile de mită, corupție și așa mai departe. Nu arată oamenii care pierd nopțile la locul de muncă, pe cei care cumpără medicamentele...;* B.G., f., Tulcea: *Ei iau numai cazurile șoc, dramatizează toate situațiile;* B.F., f., Tulcea: *Neinformați, vânatoare de vrăjitoare: dacă pacientul bea, mănâncă grăsime, moare noi suntem vinovați;* C.L., f., Tulcea: *Nu ne ajută, ațâță focul și întoarce populația împotriva noastră;* Ș.M., f., Tulcea: *Dau știrea negativă non-stop, o săptămână întreagă, pe toate posturile;* Ș.A., f., Brăila: *Dintr-o singură întâmplare presa trebuie să facă cinci zile de vânzare;* S.C., m., Galați: *Da, deci scot din context exact ce le convine lor, senzaționalul... că a murit nu știu cum..., foarte prost, denigrare totală din partea presei asupra sistemului sanitar. Foarte rar se aud cuvinte de laudă, ca nu știu cine a făcut nu știu ce operație, în ciuda sărăciei în care trăim, eu zic că, totuși, mai facem bine cât de cât.*

Asaltul negativ al presei în reflectarea actului medical a determinat spitalele să reglementeze norme ale prezenței acestora în instituții, să respecte câteva reguli deontologice și care țin de respectarea drepturilor omului: I.L., f., Galați: *Noi stăm cu stres că vine o neinformată, mai scris și de la ea, eu nu le accept în spital decât să vină cu reportofonul și să-mi arata ce a înregistrat, îmi citește seara ce a scris, că decât să scrie o prostie pe care nu am spus-o eu, că altă dată nu o mai primesc pentru că aduce prejudicii unui spital întreg. Nu ai voie să dai date personale, nu ai voie să faci fotografii fără acordul persoanei respective, dar ei nu mai iau în considerare acest lucru. Acum avem un comitet bine pus la punct,*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

totul se face cu acordul directorului și îi însoțesc eu personal prin spital dacă am timp, dacă nu, vin în altă zi; N.D., f., Galați: Chiar în una din zilele trecute, un coleg ridică problema cum de media împreună sau nu cu unul din purtătorii de cuvânt a dat un interviu în una din secții și cum de nu este dat acordul medicului curant sau a pacientului pentru a da interviu și pentru a fi filmat și fotografiat. La care medicul a zis „Da așa este trebuie să se ceară acordul, dar de la București ni s-a spus că trebuie să fim mai deschiși către media”.

Observațiile angajaților legate de această putere care aparține societății civile au scos la suprafață manifestări comparabile cu ceea ce s-a petrecut în Evul Mediu: vânătoare de vrăjitoare, țapi ispășitori. Inchiziția nu este departe. Mesajul direct al acestor angajați către presă a fost: A.E., f., Tulcea: *Dorim să-i simțim alături de noi, să cunoască bine realitatea din sistem, implicarea lor să fie corectă;* C.F., m., Tulcea: *Să meargă în teren și să facă cunoscută realitatea, numai așa deci;* A.E., f., Tulcea: *Să o facă cunoscută: să realizeze o știre pur informativă, să nu fie părtinitoare;* M.M., f., Tulcea: *Să fie imparțiali;* C.V.E., f., Tulcea: *Să prezinte și situația părții adverse și părții cum ar fi: și acuzat și acuzator.*

Marea majoritatea a salariaților reclamă un deficit de imagine datorat presei, în condițiile în care aceasta nu reflectă întotdeauna realitatea (M.G., m., Brăila: *Ne creează o imagine foarte proastă. Vorbesc în necunoștință de cauză tot timpul. Nu confirmă realitatea*), expunând numai cazurile rele de dragul audienței: C.M., f., Buzău: *Se expune partea proastă, nu zic că nu sunt și lucruri urâte, deci nimic de zis;* C.O., f., Brăila: *Când greșești, generalizează. Niciodată nu arată și părțile bune;* C.M., f., Buzău: *Cum s-a întâmplat cu domnișoara care vai de capul ei a tras-o cu incendiul de la Giulești;* C.O., f., Brăila: *Nu o să vedeți niciodată că o asistentă care lucrează de exemplu pe 2 secții cu 2 etaje noaptea, că a alergat, că a salvat pe nu-știu-cine;* presa este acuzată că cultivă senzaționalul în relația cu această categorie socio-profesională: S.C., m., Galați: *Da, deci se scoate din context exact ce le convine lor, senzaționalul... că a murit nu știu cum... foarte prost, denigrare totală din partea presei asupra sistemului sanitar. Foarte rar se aud cuvinte de laudă, că nu știu cine a făcut nu știu ce operație, în ciuda sarcinii în care trăim eu zic că ne mișcăm cât de cât. Această situație ar avea ca efect o reacție împotriva salariaților din partea populației (B.M., f., Brăila: *Mass-media speculează orice abatere și o amplifică.*; I.M., f., Buzău: *A stârnit așa toată lumea împotriva sistemului sanitar.*), îngreunând condițiile de activitate (G.N., f., Tulcea:*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

„Și eu de asta stau la rând aici, că voi vă luați banii. . . . și de asta nu merge țara așa. Că eu stau și mor la ușa voastră și voi stați și beți cafelele acolo.”). Atitudinea lor față de presă este justificată, din punctul de vedere al salariaților, și de faptul că aceasta prezintă într-o prea mică măsură exemplele bune: H.V., f., Tulcea: *Chiar am avut de curând un caz, săptămâna trecută când a apărut un reportaj în unul din ziare în defavoarea secției noastre, dar dreptul la replică nu ni s-a dat, acel redactor nu a apărut în secție, nu a întrebat, nu a făcut ancheta jurnalistică necesară. Totul a fost făcut sub protecția anonimatului, și eu cu cine să mă războiesc? În special lucrurile rele sunt evidențiate. Lucrurile bune nu se știu.* Se remarcă astfel faptul că modul în care salariații din sănătate percep evoluția presei în ceea ce-i privește este puternic influențat de modelul pe care-l au în minte vizavi de rolul social al acestor salariați,³⁰ uneori chiar și de statusul lor social.

În relația cu presa cazul Giulești constituie un exemplu la care s-a raportat o mare parte din subiecți, considerând nejustă modalitatea în care acest caz a fost prezentat: C.M., f., Buzău: *Dar infirmiera unde a fost? Șeful de garda unde a fost? Cel care trage greul ăla și-o ia. Presa ce zice? Uite-o pe aia care a nenorocit copii! De ce nu spune că săraca nu a avut medic, infirmieră? Se spun doar lucrurile rele.* Se remarcă modalitatea pătimașă, ce aduce cu ea importante conotații subiective, în care se raportează salariații la acest caz. În ceea ce privește atitudinea dezirabilă din partea presei salariații ar dori mai multă obiectivitate (I.D., f., Tulcea: *Să-i simțim alături de noi; să cunoască bine realitatea din sistem.*; C.N., f., Tulcea: *Să realizeze o știre pur informațională; să nu fie părtinitori.*) și să redea reușite medicale: R.A., f., Brăila: *Eu cred că mass-media speculează numai lucrurile rele din sistemul sanitar. Niciodată nu au dat pe post vreo realizare deosebită. Iar dau exemplu faptul că eu lucrez la neonatologie și în condițiile în care noi avem copii de 650-700 de gr., nimeni nu ne-a apreciat. Doar părinții mai vin din când în când să ne mulțumească că le-am dat un copil, dar niciodată mass-media. În schimb când se întâmplă ceva sunt ca niște hiene pe noi. Și nu numai la noi se întâmplă lucruri de astea. Sau s publice cineva dintre pacienți un mesaj de mulțumire în ziar.*).

³⁰ Demnitatea profesiilor medicale este intens centrată pe „a face binele”, principiul binefacerii fiind unul esențial pentru acest domeniu. Or, reacțiile nefavorabile ale presei constituie în bună măsură un atac la acest principiu, zdruncinând idealurile pe care se așează demnitatea profesională, în foarte multe cazuri aceasta fiind cea mai puternică justificare a activității. Pornind de aici, este de înțeles acest tip de receptare a presei în condițiile în care o parte din ceea ce prezintă presa este adevărat (chiar dacă sunt discutabile fie modalitățile discret generalizatoare de prezentare fie modul de receptare al publicului, acesta tinzând să proiecteze deficiențele asupra tuturor salariaților) și, suplimentar, este evident faptul că presa nu reușește să surprindă toate cazurile problematice datorită modului de organizare a sistemului.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Ceea ce remarcăm în cazul lucrătorilor din sistemul sanitar este dorința ca mass-media să reflecte și pozitivitatea actului medical. În fața opiniei publice nu sunt aduse la suprafață acțiunile întreprinse cu devotament în slujba binelui comunitar, ceea ce ar reprezenta o susținere publică a statutului profesional al angajaților din sănătate. De aceea, presă contribuie mai degrabă la degradarea imaginii sociale a meseriei din sistemul sanitar, imagine și așa compromisă pe fondul subfinanțării sistemului. Trebuie să reținem că mass-media constituie un factor în plus de stres la locul de muncă, din perspectiva aprecierii negative permanente pe care o exercită asupra lucrătorilor din sistem. În cadrul acestei teme am întrebât participanții dacă au cunoscut cazuri de aplanare ale unor conflicte de muncă prin justiție. Chiar dacă întrebarea este incomodă, răspunsurile au fost în bloc că nu cunosc astfel de situații (în afară de problematizarea cazului de la maternitatea din Giulești). Ceea ce este în defavoarea agresivității mass-media. În justiție au fost aplanate mici incidente, legate mai ales de dobândirea unor drepturi salariale, cazuri de malpraxis în care au fost implicați unii medici și care sunt cunoscute tot din media.

În principiu firești, diferitele reacții ale presei au rolul de a expune situațiile problematice, având ca efect o îndreptare a acestora. Se remarcă însă că până la acest moment fie că gradul de conștientizare a salariaților privind atitudinea dezirabilă social este destul de redus fie că expunerea nu este cea potrivită. Unul din respondenți a punctat situația într-un mod mult mai aproape de obiectivitate: S.I., f., Vrancea: *Adevărul este undeva la mijloc.*

Partea a II-a

MIGRAȚIA PERSONALULUI

Introducere

Migrația, ca fenomen social și istoric, reprezintă un fenomen constant și se produce din cauze foarte variate. Presiunea deplasării oamenilor poate fi economică, de ordin politic sau religios, ori poate fi rezultat al unor catastrofe naturale. În cadrul procesului de globalizare, fenomenul migrației este un indicator foarte important pentru măsurarea și descrierea acestei tendințe de evoluție a societății contemporane.

Prin studiul *Tendința de migrație a personalului medical*, desfășurat în cadrul acestei cercetări, încercăm să surprindem modul de manifestare a acestui fe-



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismului Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

nomen asupra unei categorii profesionale aparținând unui spațiu aflat în plin proces de integrare în structuri multinaționale și globale.

Personalul din sectorul sanitar românesc reprezintă o categorie profesională predispusă migrației datorită existenței cererii internaționale de forță de muncă superior calificată. Din acest punct de vedere trebuie precizat faptul că migrația personalului medical din România se aliniază unui proces mondial de migrație ce caracterizează această categorie socioprofesională. Diferența dintre profesie și locul de muncă dă o bună măsură tendinței de migrație în sistemul sanitar românesc. Față de profesia lor, cadrele medicale au investit, în general, întregul lor talent, aptitudinile și interesele care corespund naturii, înzestrării lor firești. Locul de muncă reprezintă un cadru concret în care cei ce profesează urmăresc să-și dezvolte talentul, să-și exercite aptitudinile și să-și împlinească interesele. În unele privințe, acest cadru concret nu corespunde așteptărilor profesionale, fapt ce îi determină pe angajați să caute un alt loc de muncă sau chiar o altă profesie.

Am urmărit să identificăm care este starea actuală în sistemul sanitar din perspectiva acestei atitudini față de locul de muncă și a tendinței de a-l părăsi în favoarea unui alt loc de muncă, precum și consecințele migrației asupra sistemului. Abordarea acestui subiect implică definirea naturii, a specificului locului de muncă în domeniul sanitar, identificarea factorilor care determină migrația forței de muncă, identificarea căilor de acțiune pentru a stopa sau limita efectele acestui fenomen.

Cauzele migrației

Având în vedere cercetările anterioare desfășurate în domeniu considerăm că analiza fenomenului migrației personalului din sectorul sanitar poate fi desfășurată într-un mod mult mai ușor de înțeles dacă diferențiem două tipuri de cauze: cauzele de tip *push*, care se referă la motivele locale ce împing salariații să plece, și cauzele de tip *pull*, ce au în vedere elementele ce atrag salariații să lucreze în alte state.

Cauzele de tip push

Motivul principal care determină plecarea salariaților la muncă în străinătate este unul de natură financiară, el conturându-se la interferența dintre dorințele personale și informațiile pe care le au despre posibilitatea de realizare într-o altă țară: I.M., f., Galați: *Da, au reușit din două salarii să-și plătească o chirie și să facă un credit pentru o casă și să-și cumpere o mașină. A fost greu până au reușit să-și obțină echivalarea studiilor, dar nu o să se mai întoarcă decât în vizită.* Acest motiv este sintetizat de către salariați și prin formula *dorință de a se realiza*, care dă seama de un anumit nivel de împlinire financiară: I.G., f., Brăila: *Sunt foarte puțini care s-au întors: cei care s-au întors după o scurtă perioadă nu s-au adaptat pentru că programul este mult mai sever acolo; cei care s-au întors după*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

*o perioadă mai lungă, s-au realizat. Acțiunea acestui factor de tip pull este potențată și de convergența cu alți factori, cum ar fi delimitarea atribuțiilor și condițiile de muncă: A.M., f., Galați: *Au plecat cu salarii foarte bune și cu o delimitare foarte clară a atribuțiilor lor, pe când, în România, noi ne depășim competențele. Acolo muncesc foarte mult, au un program strict un număr limitat de pacienți și sunt plătiți ca atare.**

Motivele financiare sunt pe primul loc, fie ca element de atracție, fie ca presiune exercitată datorită nivelului actual al câștigurilor (P.V., f., Galați: *Banii; A.P., m., Brăila: Sa fac bani mulți într-un timp scurt; R.E., f., Tulcea: Situația financiară*), urmate de căutarea unor condiții mai bune de muncă și de viață (R.M., f., Galați: *Ce m-ar determina să plec ar fi societatea în care trăim; oriunde te duci, se întâmplă să ai probleme, indiferent dacă ai sau nu bani. Mă rețin să plec din țară: părinții mei, familia mea.*; H.A., m., Vrancea: *Condițiile mai bune de viață, situația financiară și condițiile de muncă*). Prezentarea motivelor ia în considerare și perspectiva de a asigura viitorul copiilor: A.I., f., Tulcea: *Banii.*; Ș.A., f., Constanța: *Un alt viitor pentru copil, se poate, și sigur ai mai multe șanse decât în România;* A.I., f., Tulcea: *Cultura, civilizația.* Existența unui sistem social și profesional mai performant constituie de asemenea un motiv: G.L., m., Brăila: *Condițiile de lucru, salariile, meritul îți este recunoscut, fiecare își face treaba lui... aproape totul. Sistemul este mult mai bun față de al nostru.*

Existența unei familii acționează în sensul creșterii presiunii pentru a căuta soluții financiare, în dauna altor tipuri de satisfacții: B.L., f., Buzău: *Dacă aș avea 20 de ani, l-aș alege pe cel cu satisfacții și bani puțini, dar azi când am un copil în facultate, rate la bănci, cu părinți bătrâni și atâtea greutăți pe cap, l-aș alege pe cel cu mulți bani.* În același timp însă, familia poate acționa și în sensul descuzării plecării, mai ales în cazul în care membrii familiei nu pot fi luați și ei în străinătate: C.R., f., Brăila: *Ne-ar reține familia să plecăm la muncă în străinătate;* H.A., m., Vrancea: *Sunt copii nesupravegheați, care au părinții plecați și care au ajuns foarte rău, sunt exemple foarte grăitoare*³¹.

Factorii de tip pull

Nivelul câștigurilor din Occident constituie principalul factor de atracție a salariaților: G.V., f., Tulcea: *Sora mea lucrează în afară și nu s-a mai întors de cinci ani de zile. Tot asistent medical. A zis că sub nici o formă nu s-ar mai întoarce pentru că nu se compară. Eu câștig 300 de euro pe lună și ea câștigă 1600.*

³¹ Se remarcă faptul că o strategie ce vizează siguranța rămânerii salariaților la locurile de muncă se poate orienta către angajarea unor salariați cu familii numeroase.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Faceți dumneavoastră o comparație!; I.D., f., Tulcea: Și volumul de muncă e altul. Și are tot ce-i trebuie la dispoziție.

Există, în multe cazuri, diferențe între atribuțiile asistenților din țară și cele pe care ei le au atunci când muncesc în străinătate: M.I., f., Constanța : *Eu am vorbit cu o colegă care spunea că ele fac absolut orice, chiar și toaleta pacientului;* R.E., f., Tulcea: *Și manichiura și pedichiura. Diferența este că medicul, acolo, își face partea lui, iar asistentele partea lor.* De asemenea, calitatea muncii este diferită, ca rezultat al unei mai bune organizări, având drept corelativ un nivel al salariilor mult mai ridicat: R.M., f., Galați: *La noi sunt doi medici, pe când afară sunt 7-8 care se ocupă de o urgențe;* S.A.M., f., Galați: *Da, sunt colegi care au plecat pentru salarii mult, mult mai mari... și desfășoară o muncă de tip calitativ... . Buna organizare a sistemelor occidentale are ca efect și o relație mult mai bună cu pacienții, datorită eficacității sporite:* E.A., f., Galați: *În Urgență, cei care au plecat de la noi au zis că nu diferă foarte mult ca și aparatură, ca și dotare față de ce este la noi. În schimb, diferă salarizarea și echipamentele (5/6 costume). Plus că nu au prea mulți pacienți care să vină pentru orice durere de deget. Pleacă foarte relaxați; pacienții nu stau câte doi în pat, ca la noi.* Chiar și comportamentul pacienților este diferit, pe fondul unui nivel de educație mai crescut, conducând la o cu totul altă atmosferă la locul de muncă: V.T., f., Tulcea: *La un moment dat spune... te duci undeva să-i faci o electrocardiogramă, dar vine pacientul și spune: Acum avem timp de acomodare. Pacientul să se acomodeze cu spațiul, ca să-i iasă o electrocardiogramă conform... și stai, și stai, și stai, și timpul de acomodare nu se mai termină decât după vreo oră, ca să vină să-ți prindă acei electrozi și să apese pe un buton. Să-ți faci o electrocardiogramă;* C.E., f., Tulcea: *Sunt educați. Sunt educați, asta am vrut să zic;* C.M., f., Tulcea: *La acest serviciu specializat ajung 10 persoane pe zi, când voi aveți la UPU în medie 50 de persoane pe zi;* subiecții au furnizat și contraexemple din România, survenite pe fondul unui concept al drepturilor pacientului ale cărui limite și condiții nu sunt înțelese. Cei care ar dori să plece asumă faptul că ar putea fi nevoiți să muncească mai mult, mai ales dacă munca lor este mai bine plătită.

Între salariați circulă destul de frecvent ideea că o mare parte dintre cei care pleacă dovedesc în Occident că știu să facă mai multe manevre decât colegii lor de acolo: M.I., f., Galați: *Verișoara mea lucrează la un Centru de bătrâni, iar medicii au rămas șocați că știe să umble la un monitor sau să prindă o linie.*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMÂNIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Condițiile de muncă influențează și ele decizia de a pleca: D.L., f., Galați: *Acum 3 zile am condus pe cineva. Au plecat în Franța la un spital european și, ca un contrast cu spitalul din România, am văzut o chestie faină, în vestiar aveai echipamentul, îl îmbrăcai, îți făceai treaba și îl lăsați aruncat pe acolo, a doua a zi îl găseai curat la locul lui, era ca o chestie magică. De asemenea, statutul profesional constituie un factor important: C.F., f., Tulcea: *Atribuțiile sunt foarte bine determinate. Știi exact ce ai de făcut*; V.M.M., f., Tulcea: *Relația cu medicul este foarte bună, civilizată.*; G.V., f., Tulcea: *Pentru că, din start, este considerat un colaborator. Informațiile care le parvin salariaților de la cei plecați se mulează deseori pe idealul profesional pe care și l-au făurit (constituit într-o măsură considerabilă pe raportarea negativă la diferitele lipsuri din țară, inclusiv cele legate de educația și comportamentul pacienților), accentuând motivația plecării: N.V., f., Tulcea: *Sunt și persoane care nu s-au întors și povestesc că nu există termen de comparație între ceea ce este acolo și ce este aici: retribuțiile, condițiile de la locul de muncă, programul, relațiile dintre colegi, ordinea, buna organizare, fiecare știe ce are de făcut, tu ca asistent nu îți depășești limita; tu cu treaba ta, medicul cu treaba lui. Ca asistent mergi pe linia de îngrijire, atât, deci tot ce înseamnă tratamente, rar poți prinde perfuzia, doar dacă îți scrie doctorul în foaie. Deci, numai cu acordul medicului personalul de acolo face lucruri ce ar trebui făcute doar de medic. Dorința de a trăi într-un stat mai civilizată constituie și ea unul din motivele care determină atât plecarea, cât și intenția de rămâne acolo: N.M., f., Constanța: *Am colege în Anglia, lucrează ca infirmiere și câștigă mult. Se întorc în concediu. Nu mai vin.*; C.R., f., Tulcea: *Au zis că nu se întorc pentru că e gradul mare de civilizație acolo.****

Salariații resimt o indiferență a statului român față de soarta lor, ce poate merge până la a constitui o formă de presiune în sensul de a pleca din țară: P.O.L., f., Galați: *Dar, ce este și mai frumos și nu înțelegem, este că ni se spune: Plecați! Că oricum nu avem nevoie de voi! Deci, acolo pe piața muncii, asistenții medicali sunt cei mai căutați, în orice țară cadrele medicale sunt căutate, numai în România nu sunt căutate. Dacă ne depunem un CV pe orice site de căutări de locuri de muncă, ne găsesc firmele de recrutare și ne trimit în alte țări, dar nu la noi, în România. Ceea ce ne îndeamnă să plecăm, nu să rămânem, asta-i politica statului român.*

Tendința de a migra

Tendința asistenților medicali de a migra se menține la un nivel ridicat (A.M., f., Galați: *Se gândesc tot mai mulți să plece. Am o colegă care a predat șefia de secție pentru că dorește să plece și pleacă definitiv, pentru că a mai fost plecată pentru 2 ani, și-a respectat contractul, iar apoi s-a întors la locul de mun-*



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013
Investește în oameni!

că) ea luând amploare acum și în rândul medicilor: A.M., f., Galați: *Din câte am înțeles, se gândesc să plece și medicii*; I.M., f., Galați: *Noi avem cazuri, o familie de medici a plecat, deși aveau o poziție bună în spital. Am cazuri și în familie care au plecat afară până li s-au echivalat studiile a fost mai greu...*

Tendința de a recruta chiar absolvenți pentru a pleca la muncă în străinătate, pare să se accentueze: R.A., f., Buzău: *Trebuie să aibă minimul de experiență aici sau măcar un voluntariat*; R.M., f., Brăila: *Nu-i interesează dacă sunt pregătiți sau nu. Ei vor să ajungă în spitale*; B.M., f., Buzău: *Se pleacă direct din școală, prin firme de voluntariat care îi ia direct din școală.*; I.M., f., Buzău: *Pentru că tinerii cunosc o limbă străină, noi nu.*; B.M., f., Brăila: *Au avut acces.*; I.M., f., Buzău: *Asimilează mai repede. Asta datorită calculatorului.*

Respondenții au indicat uneori cazuri în care salariații intenționează să plece în număr foarte mare (G.A., m., Galați: *În Spitalul Județean sunt depuse 100 de dosare la Minister pentru a primi acceptul și recunoașterea diplomei ca să poată pleca*) arătând totodată existența unor frâne administrative care, pe termen scurt, îngreunează posibilitățile de a pleca ale celor care doresc: G.A., m., Galați: *Și, de asta nu le dă Ministerul toate hârtoagele, ca să nu plece și să-i țină aici în mocirlă. La medici le dă mai repede.* Pe termen lung, astfel de măsuri riscă să crească dorința de a pleca a salariaților prin creșterea atractivității, argumentând totodată starea de tensiune care există între administrație și salariați, mai ales în condițiile în care circulă zvonuri privind o posibilă interdicere a plecărilor: G.A., m., Galați: *Iar anul acesta, sau la anul, am înțeles că vrea să dea o lege ca să nu mai poți pleca. Te duci la servicii doar ca să-ți faci treaba și să-ți iei salariul.*

În cazul asistenților medicali și, cu atât mai mult, în cazul medicilor, tendința de migrație este accentuată de barierele informale aflate în calea evoluției în cadrul ierarhiei profesionale: I.M., f., Galați: *...Faptul că l-a speriat perspectiva viitorului și-a dat seama că mai avea vreo 10 ani de luptat până să ajungă pe un post dorit și să treacă de toți „rechinii” din spitale ca să poată să se afirme.*

Dificultățile plecării ajung să ceară cumva pe cei care doresc să plece în mod serios de cei care doar și-ar încerca norocul, cheltuielile implicate de plecare (raportate la nivelul de câștig din țară) fiind foarte mari. Dorința de a pleca include asumarea faptului de a munci mult mai serios dacă există o recompensă financiară pe măsură: L.V., f., Buzău: *Acolo munca e multă, e greu, dar satisfacția financiară există.*

Efectele migrației

Atunci când este însoțită de un deficit de personal, principalul efect al migrației îl constituie suprasolicitarea celor rămași (C.M., f., Galați: *Suntem suprasolicitați....indiferent cât de odihnit ai fi, și se poate întâmpla să faci anumite*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

greșeli; și mie mi s-a întâmplat ca într-o tură de noapte, din cauza oboselii, nu mai vedeam la monitor că pacientul respectiv avea tensiunea mică, pur și simplu nu vedeam... se întâmplă, trebuie tot timpul să fii lucid, atent, iar în momentul în care ești de unul singur și sunt mulți pacienți, nu faci față și te panichezi, dar în momentul când sunt 2 sau 3 îți distribui responsabilitățile) cu datorită creșterii volumului de muncă (B.L., f., Buzău: Deficitul de personal există și ne afectează foarte mult, în primul rând crește volumul de muncă), cu efecte serioase asupra calității serviciilor medicale furnizate pacienților: C.M., f., Galați: Nu ai timp în primul rând să-ți faci toată treaba, sunt persoane, pacienți cărora li s-au luat tensiunea la intrare și la plecare s-a pierdut... sunt prea multe de scris... scriptologia ne omoară... . Timpul alocat fiecărui pacient se reduce (N.V., f., Tulcea: Fiecare manevră are un timp de lucru. Nu ai patru mâini ca să faci două manevre în același timp. Mai puține manevre înseamnă mai puțini pacienți îngrijiți), deficitul putând avea efecte dramatice: Z.L., f., Vrancea: Există deficit, datorită blocării posturilor, pensionării. Muncim înzecit. Ore suplimentare neplătite. Automat și calitatea actului medical scade. În loc să te ocupi de 5 pacienți, te ocupi de douăzeci. Nu poți să fii în toate saloanele deodată, ce se întâmplă dacă într-un salon în care tu nu ești unui pacient i se face rău? Trebuie să alergi mult. E nevoie de angajări!; S.M., f., Constanța: Noaptea preluăm un pavilion în plus, alergăm dintr-o parte în alta. Volumul mare de muncă poate conduce chiar și la greșeli profesionale: I.I., f., Tulcea: Muncim mai mult. Muncim pentru două persoane și suntem plătiți pentru jumătate.; C.N., f., Tulcea: Când ești o singură asistentă pe tură la 50 sau 60 de persoane...; G.V., f., Tulcea: Dacă, în momentul respectiv, faci o greșală, nimeni nu-ți spune că ai fost foarte aglomerată. Dacă ți se întâmplă, răspunzi. Există numeroase exemple din care reiese că timpul acordat unui pacient este tot mai mic: B.J., f., Brăila: Sau, o infirmieră la 25 de paturi, în condițiile în care trebuie să îl schimbi, să le dai de mâncare, să te duci cu el la raze, la investigații, că nu are cine să îi ducă și nu poți să îi iei pe toți odată să pleci cu ei. Salariații consideră că deficitul de personal este într-atât de mare, încât Ministerul Sănătății a fost nevoit să modifice normativele pentru a se reduce cazurile de încălcare a normativelor: T.M., f., Tulcea: Deficit foarte mare, s-a schimbat și normarea pentru a acoperi legal deficitul³². Efectele asupra salariaților sunt multiple, afectând chiar și relațiile dintre ei: I.N., f., Tulcea: Muncim mai mult, responsabilități mai multe; ore suplimentare o perioadă, pentru că nu se putea acoperi graficul, se dau libere (dacă reușești să dai libere). De aici apar conflicte între colegi... Ne afectează. Plus oboseala; calitatea muncii nu mai este aceeași.

³² Pe termen lung, există riscul instituționalizării deficitelor de personal prin creșterea volumului de muncă a personalului. În această situație, este pusă serios în discuție calitatea serviciilor medicale prestate.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Mergând pe ipoteza că majoritatea celor plecați este constituită din personalul bine pregătit³³ (M.M., f., Brăila: *Am avut mulți asistenți, tot ce a fost bun a plecat*) se ajunge la o scădere a nivelului general de competență a salariaților dintr-o unitate sanitară, cu efecte considerabile asupra calității actului medical: V., f., Vrancea: *La noi este altă problemă, în locul celor care au plecat a venit personal slab pregătit.*

Ce se întâmplă cu cei plecați?

Poveștile de succes ale celor plecați debutează în general cu dificultăți (de seori uitate ulterior), generate de perioada de acomodare sau de condițiile întâlnite: E.C., f., Galați: *Eu am o prietenă plecată în Italia și spunea că în primii 2 ani și-a plâns în pumni pentru că era aruncată de colo-colo. Acum s-a angajat la o clinică și are 2000 de euro în mână. Sentimentul de a fi străin, dorul de familie și țară sunt îndurate cu dificultate (T.V., f., Tulcea: *Da, eu în Italia. Fără familie și fără copii alături de tine toți banii din lume nu mai au nici o valoare. Pentru ei e bine, că sunt italieni, pentru noi ar fi bine să fie condițiile de la ei la noi, că la ei ești doar un străin.*) și nu întotdeauna până la capăt, mai ales dacă se adaugă și inadaptarea la mediul profesional: M.E., f., Brăila: *Și la noi au plecat mulți și s-au întors. Cauzele ar fi familia, faptul că nu s-au adaptat, deși sunt foarte buni profesioniști.**

Cei care pleacă întâmpină uneori probleme la noul loc de muncă, mare parte generate de nerespectarea condițiilor contractuale: V.M., f., Galați: *Pleacă cu un program de muncă și ajung acolo și au alte condiții. Acum câteva zile, am avut un caz, un salariu mai mic decât se propusese din care trebuiau să-și plătească cazare, mâncare pe care în contract o aveau asigurată.*

Modificarea mentalității celor plecați

Subiecții au indicat schimbări majore de mentalitate survenite în cazul salariaților care au plecat la muncă în străinătate: M.I., f., Galați: *Vin cu o altă mentalitate și cu o altă experiență mult mai vastă. Practicile profesionale înregistrează o adaptare rapidă la mediul noului loc de muncă pentru a se integra acelor condiții. Situația este de natură a arăta că principalele probleme ale sectorului sanitar din România derivă din deficiențe sistemice, în condițiile în care majoritatea salariaților români se integrează bine în sistemele occidentale. În acest sens, argumen-*

³³ Ipoteză ce ia în considerare atât relatările unora din subiecți, cât și posibilitățile mai mari ale acestora de a se acomoda la un alt sistem sanitar.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

tează și faptul că, unii salariații care s-au întors în țară după experiența lucrului în străinătate, se reintegrează rapid în vechile practici profesionale: V.D., m., Buzău: *Sunt schimbați în bine, dar după o lună - două au revenit la modul nostru de lucru. Acest gen de readaptare depinde însă, în primul rând, de durata de lucru în străinătate și de profunzimea schimbărilor pe care modul occidental de lucru a reușit să le producă în subiect, în discuție fiind și modul de structurare a personalității salariatului. Atitudinea față de muncă cunoaște o modificare semnificativă, vizibilă și la cei care se întorc, pornind de la faptul că în străinătate se muncește mult mai mult: C.F., m., Tulcea: *Deci, știți ce experiență au acolo, ce-i lovește pe ei cel mai tare? E că au muncit mult mai mult decât muncesc aici. Și când vin aici zic: păi eu chiar am muncit...**

Se remarcă și schimbări negative, pe primul loc situându-se destrămarea familiei: M.C., f., Brăila: *Am luat, dar din cauza familiei e puțin cam greu. Marea majoritate a colegilor mei de vârsta mea care au plecat, o parte au rămas, o parte s-au întors, dar cei care au rămas au trecut prin depresii, o parte și-au destrămat familiile. Nu știu dacă cele două sau trei mii de euro câștigați acoperă această ruptură. În acest plan sunt de notorietate situațiile copiilor care au plecați părinții la muncă în străinătate, ei rămânând fie în grija altui părinte fie în cea a unui bunic sau a altui membru al familiei.*

Din punct de vedere profesional lucrul în sistemele occidentale constituie o experiență pozitivă, modificând semnificativ deprinderile și atitudinea profesională: R.N., f., Galați: *Da, erau buni și înainte, iar acum sunt și mai buni...;* C.M., f., Galați: *Da, cunosc pe cineva care a fost în Anglia, a stat un an și ceva și a spus că acolo este totul foarte organizat, fiecare are răspunderea lui și nimeni nu se bagă peste nimeni. Mie nu mi s-au părut cei din jurul meu ca fiind schimbați... din punct de vedere profesional vorbesc, pentru că aceeași muncă ce au făcut-o aici, au făcut-o și acolo. În același timp, este vorba și de o modificare de perspectivă în ceea ce privește atribuțiile profesionale: E.A., f., Galați: *Acolo faci nursing, tehnica îngrijirii bolnavului, care constă în toaleta, nevoile lui. Ce înveți de fapt în școală.;* B.L., f., Galați: *În unele instituții, nici o perfuzie intravenoasă nu ai voie să pui ca și asistent.**

Schimbările celor plecați nu sunt numai în bine: A.L., f., Tulcea: *Acum s-au mai îndreptat lucrurile, dar când a venit era foarte schimbată. Era cumva îmbătrânită. Nu mai era fata odihnită, cochetă care plecase.*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Întoarcerea celor plecați

Estimările salariaților sunt că majoritatea celor care pleacă nu se mai întorc: A.D., f., Constanța: *Nici gând să se mai întoarcă în sistemul sanitar românesc*; S.D., f., Constanța: *Își asigură nevoile familiei, majoritatea au luat și familia.*; L.G., f., Constanța: *În Italia se descurcă bine, au mai multe locuri de muncă și câștigă, nu se mai întorc.*; R.E., f., Tulcea: *Vin numai în concediu și ne povestesc cum e acolo.* Unii ar dori să se întoarcă, însă nu se mai pot adapta la sistemul sanitar românesc (F.S., f., Tulcea: *Nu se întorc, vin că li se face dor de casă, dar pleacă imediat înapoi, nu se mai pot acomoda cu sistemul nostru.*; I.D., f., Tulcea: *Am o colegă care s-a întors, nu are mai mult de un an de zile și nici acum nu se poate obișnui, deși a lucrat mulți ani de zile la noi în spital*) și la ceea ce găesc în țară în general: S.M., f., Constanța: *Am o colegă care a plecat, a stat cinci ani de zile, și-a luat un apartament cu bani cash și mașină, avea fetiță, s-a întors, nu știu dacă a stat 6 luni de zile, era într-o permanentă stare de agitație, făcea depresie, nu putea trăi cu salariul de aici. În iarnă și-a rupt piciorul, a făcut o fractură urâtă de tot, cu așchier. I-am zis că nu o să mai poată să plece. După ce s-a vindecat, într-o lună de zile a făcut actele și a plecat. A fost, a văzut cum este, a trăit și a zis că nu se merită să rămână.*

De asemenea, sunt întâlnite și cazuri de salariați care, după ce au muncit o perioadă în străinătate și s-au întors în țară, au ajuns într-o situație de *no man's land*, fiindu-le greu să se decidă asupra locului unde ar vrea să rămână.

Există însă și cazuri în care, după ce au muncit o perioadă în străinătate, salariații se întorc în țară: C.O., f., Brăila: *Colegi, care au plecat și s-au întors, și colegi care au plecat și nu s-au mai întors*; C.M., f., Buzău: *Fiecare cu norocul lui*; M.A., f., Buzău: *Depinde de motivație.* Motivele sunt diverse, în cea mai mare parte din cazuri fiind legate de familia care a rămas în țară (R.A., f., Brăila: *Familia. Din cauza familiei și nu s-au putut adapta la locul de muncă*), dorul de țară, eventual dificultăți în a se adapta la o nouă societate. În unele cazuri se face resimțit un grad de intoleranță din partea localnicilor, ce determină accentuarea sentimentului de *a fi străin*: D.A.M., f., Galați: *Din motive mult mai personale decât eficientizarea muncii sau să zicem și puțină inadaptabilitate la mentalitatea de acolo. Vroiai să spui ceva și poate erai mult mai pregătit, dar nu prea erai ascultat, și se spunea păstrează-ți ideea și spune-o la tine în țară.* Uneori motivele profunde sunt mascate de unele aparențe, legate îndeosebi de anumite interese ale familiei; nivelul de pregătire școlară este un motiv destul de frecvent invocat, legat de respectarea interesului propriului copil. Din informațiile culese din diferite



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

surse seriozitatea și nivelul de pregătire în școală, raportat la toate dimensiunile vieții copilului, sunt net în favoarea țărilor occidentale, fapt care ne face să considerăm acest gen de argument un motiv aparent, bazat nu atât pe experiențe personale, cât pe cazuri izolate generalizate în mod pripit. În fapt, o analiză comparativă ar putea fi făcută în mod obiectiv doar de instituții de specialitate. Noi am luat în considerare diferite tipuri de informații și, mai mult decât acestea, efectul pe care educația îl arată în planul nivelului de civilizație al țării.

Sunt și salariați care pleacă, dar se întorc după perioade mai scurte sau mai lungi datorită dorului de casă: A.L., f., Tulcea: *Eu nu. Am avut ocazia când eram tânără, cu loc de muncă în Germania, am plecat de trei sau patru ori. M-am dus și m-am întors. N-am putut, și să vă spun de ce: nu este numai literatură sau numai poezie dorul de casă. Te macină, plângi și ești disperat.*

Cei întorși definitiv³⁴ în țară sunt în mare parte nemulțumiți de ceea ce găsesc din cauza inevitabilelor comparații pe care le fac (A.T., f., Galați: *Sunt tot timpul nemulțumiți, fac comparații.*; E.C., f., Galați: *Când se reîntorc, îi deranjează lipsa materialelor, salariile, condițiile*; S.N., f., Brăila: *Da, au revenit și sunt foarte debusolați de ce au găsit în spitalele din România și nu se pot readapta. Experiența lucrului în străinătate i-a schimbat*), ajungând în situația de a nu-și mai găsi locul; lucrul „acolo” a ajuns să facă parte cumva din identitatea lor, simțindu-se cumva străini în propria țară: G.M., f., Buzău: *Mintal, au rămas acolo, cu trupul aici.*; S.N., f., Brăila: *Tot timpul fac trimitere „acolo aveam”, „acolo făceam”.*

Majoritatea văd plecarea doar ca pe o perioadă de acumulare a unor resurse materiale în vederea unui trai mai bun în țară (A.P., m., Brăila: *S-au întors cei din categoria mea, care nu aveau copii și cu o situație stabilă. Eu m-am întors deoarece mi-am atins scopurile și vreau să mă dezvolt aici. Eu m-am întors schimbat total*), chiar dacă puțini ajung să se întoarcă în țară.

Intenția de a căuta un alt loc de muncă

Intenția de a-și căuta alt loc de muncă depinde de vârsta salariaților (I.V., f., Vrancea: *La noi este altă problemă, în locul celor care au plecat a venit personal slab pregătit*), salariații mai în vârstă considerând că au mai puține șanse, de cât de sigur consideră actualul loc de muncă, de nivelul aspirațiilor personale și de presiunea exercitată de familie.

Sistemul privat începe și el să constituie o atracție, mai ales în condițiile existenței unor clinici cu condiții bune de muncă și salarii stimulative: R.A.M., f.,

³⁴ Cu mențiunea că în cazul celor care s-au întors după ce au muncit în Occident termenul *definitiv* ar trebui privit cu rezerve, fiind de multe ori vorba de întoarceri doar pentru o perioadă de timp.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Vrancea: *În sistemul privat, unde volumul de muncă este mai mare, exigența este mult mai mare, calitatea serviciilor e mult mai bună, iar remunerația este corespunzătoare serviciilor prestate).* Experiența sistemului privat nu este însă mereu una de succes: B.T., f., Buzău: *Da, eu am vrut să mă duc să muncesc în sistemul privat și m-am întors, pentru că ne plăteau mai prost decât aici, acolo făceam și Medicina Muncii și medicină de cabinet.*; P.A., f., Galați: *Acolo nu te apreciază la adevărata valoare, ca și performanță. Am muncit 4 ani de zile în mediul privat și la spital ca medic șef. Dar eram apreciat doar pentru funcția mea și atât, dar salarial nu.*

La modul ideal, străinătatea este în topul preferințelor salariaților atunci când explorează posibilitatea unei schimbări a locului de muncă.

În ceea ce privește schimbarea locului de muncă într-o altă unitate sanitară din țară după sistemul privat urmează, în ordinea preferințelor, spitalele din Ardeal, pe baza unei diferențe semnificative de mentalitate ce conduce la alte condiții de muncă: B.N.G., m., Galați: *Poate fi totuși o diferență de mentalitate. După ce treci Carpații, cred că în Ardeal e altfel, și asta o spun mulți. Am doi colegi care lucrează acum la Bistrița, pe care-i regret zi de zi că nu mai sunt aici. Lucrează poate în alt fel de condiții de muncă, alt stres la serviciu.*

Ce împiedică salariații să caute un alt loc de muncă în țară sau în străinătate?

Familia ocupă un loc important printre motivele indicate de salariați ca împiedicând plecarea la muncă în străinătate: I.A., f., Constanța: *Eu nu, am niște probleme în familie.*; B.V., f., Galați: *Eu m-am gândit, dar nu o pot lăsa singură pe mama mea. Copii sunt plecați, la fel și nepotul meu și nu am posibilitatea să îl văd cum crește, dar mama nu vrea să meargă cu mine. Trebuie să termin activitatea aici și pe urmă văd ce fac, mama mea este sănătoasă, dar nu vrea să plece; în discuție este, în acest caz, o modalitate de aranjare a priorităților sau sistemul valorilor personale: G.L., f., Brăila: *Aș putea să plec foarte ușor, dar am o familie și asta ar însemna să-ți pierzi viața personală pe care banii nu o cumpără înapoi. Pot sta și în țară!*³⁵. Cei pentru care familia constituie un argument consideră că*

³⁵ Pe fond, este greu de diferențiat cazurile în care familia constituie principalul motiv care împiedică plecarea, de cele în care familia furnizează un motiv frumos pentru a acoperi teama de a schimba mediul, neîncrederea în propria persoană și în propria pregătire profesională, necunoașterea unei limbi străine etc. În acest sens, se impune o cercetare dedicată acestui aspect, care să utilizeze instrumente adecvate, inclusiv de evalua-



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

lipsa familiei constituie principalul atu al celor care pleacă: A.L., f., Galați: *În general, persoanele singure sunt cele care pleacă... cele care nu au o familie... acestora le vine mai ușor să se adapteze; dacă nu ar fi familia, numărul celor plecați ar putea fi mult mai mare*: N.N., f., Constanța: *Eu cred că dacă nu am fi avut familii, toată lumea ar fi plecat în străinătate.*

Vârsta constituie și ea un puternic impediment, atât pentru plecarea în afară, cât și pentru a căuta un alt loc de muncă în țară: T.M., f., Galați: *Acum e prea târziu, dar acum depinde și de vârsta pe care o avem. Dar, dacă am fi fost tinere, sigur*; D.M., f., Brăila: *Suntem foarte căutați, dar avem o vârstă la care nu ne mai putem permite să plecăm în străinătate. E o vârstă la care nu mai poți lua totul de la început. E mai greu, având în vedere că aici, în spate, nu lași ceva sigur, consolidat. Toți sunt pe spatele tău dacă pleci. Se gândesc la faptul că acolo ai un salariu mai mare și că poți să-i ajuți. Ori, având în vedere vârsta, în primul rând e limba pe care e mai greu să o înveți, sau dacă o știi, cât de cât e greu să te acomodezi. E una să fii tânăr și alta e să fii trecut de o anumită limită.*

Caracteristicile sistemului occidental de muncă, bazat pe lucrul continuu și sistematic, pot constitui un puternic impediment în calea plecării (C.E., f., Tulcea: *Da. Este mult mai multă. Dacă aici la serviciu programul tău este un program flexibil de 12 ore, hai să nu spunem de... că la noi când vine avem, când nu vine nu avem*; B.D., f., Tulcea: *Vorbim la modul general: într-un program de 12 ore este imposibil la noi să nu ai timp de o cafea, să mănânci, a zis cineva că el are timp puțin și să se odihnească. E normal, scrie și-n fișa postului. Vreau să spun că-n străinătate, în programul tău, ala de 10 ore, de 8 ore, sau mă rog, de cât are, efectiv ești în picioare și numai muncești, da? Deci, să fie clar! Numai muncești.*; V.T., f., Tulcea: *Da, este mult mai organizată munca acolo, cred că este mult mai organizată, dar este mult mai solicitantă decât este munca noastră*), mai ales în cazul celor care au „un loc cald”, ce nu solicită exagerat salariatul și care furnizează un nivel satisfăcător de câștiguri (formale și informale).

În cazul plecării la muncă în străinătate, lipsa resurselor necesare pentru procedurile implicate de acest gest constituie iarăși un impediment considerabil (R.M., f., Brăila: *E greu, că și ca să pleci în străinătate îți trebuie bani, ori acum banii sunt puțini și nu știi unde să-i mai împarți în momentul în care îi iei.*

re a personalității subiecților și modul în care aceasta influențează decizia de a rămâne sau a pleca. O astfel de cercetare ar trebui să vizeze modalitățile în care sunt structurate valorile acestei categorii socio-profesionale și influența pe care ele o exercită asupra vieții profesionale.



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Ca să îți faci acte ca să pleci în Italia, să zicem, că te costă mai puțin, tot te costă, tot trebuie să înveți limba. Nu poți să pleci așa, că știi limba română și știi meserie. Trebuie să-ți pui un profesor, să-ți pregătești vocabularul necesar, plus acte, plus bani acolo. Că la început muncești o lună - două, până te integrezi, de probă, fără salariu, cursuri de pregătire o lună jumătate. E greu, oricum. Trebuie să ai cel puțin 600 de euro la tine), resursele materiale fiind necesare pentru a reuși în noul loc.

Teama de străinătatea contribuie și ea la descurajarea celor care au luat în considerare varianta plecării: N.M., f., Constanța: *Dacă am putea, în țară era bine, dar nu avem unde. În străinătate mă tem, am doi copii și riscurile mari.* Ea este dublată de teama pierderii actualului loc de muncă: R.M., f., Brăila: *Și eu m-am gândit să plec, dar mi-e teamă că dacă nu mă pot adapta, dacă cine știe ce. Și oricum, dacă mă întorc înapoi nu mai am unde să mă întorc pentru că nu ne acordă un concediu fără plată timp de o lună - două - trei cum prevede contractul. În acest sens, se poate observa faptul că posibilitatea de a lua concediu fără plată timp de un an de zile atunci când se pleacă la muncă în străinătate prevăzut de contractele colective de muncă anterioare poate constitui un motiv pentru salariații să se întoarcă.*

Dragoste față de propria profesie a fost adusă și ea în discuție ca motiv pentru a rămâne sau pentru a se întoarce în sistem: C.F., f., Tulcea: *Eu, de exemplu, am ieșit din sistem cu mulți ani în urmă și după m-am întors. Exact din motivul de care spun ele. Am considerat că meseria pe care o practicasem atâția ani de zile îmi oferă mult mai multe satisfacții și mult mai importantă pentru mine. Și am revenit în sistem), fiind indicate și diferite dimensiuni ale ei: V.M.M., f., Tulcea: *Majoritatea asistenților medicali au chestia asta, să lucreze cu cel bolnav;* G.G., f., Tulcea: *Dacă nu ar fi dăruirea, nu am face față;* V.M.M., f., Tulcea: *E ceva de suflet, să știți. Dacă n-ai pune suflet, n-ai putea să faci această meserie.**

Ce ar trebui să facă angajatorii și sistemul sanitar pentru ca salariații să rămână în țară?

Îmbunătățirea condițiilor de lucru pare a constitui o soluție (R.N., f., Galați: *Condiții optime de lucru: să ți se ofere toate resursele pentru a putea să îți desfășori mai bine munca, pentru că ducem lipsă de multe lucruri... să ni se ofere posibilitatea de a promova, să fii recompensat financiar în mod acceptabil;* T.L.M., f., Tulcea: *Dacă ești remunerat, dacă ai avea cu ce să muncești, cred că ar fi suficient. Și condițiile de lucru, nu știu cum e în alte părți, dar noi nu avem mânuși), ea urmând imediat după **creșterea salariilor**: R.M., f., Galați: *Motivația financiară;* P.C., f., Galați: *În primul rând, partea financiară să fie cât de cât satisfăcătoare, pe locul doi condițiile de muncă, care sunt extrem de importante,**



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

*având în vedere că le-am văzut pe cele nesatisfăcătoare și nu le știm pe cele satisfăcătoare, și trei, să mai ai și ceva timp liber și pentru familie, ceea ce e foarte important. Lucrul de care beneficiem la stat, cât de cât, de timp liber. Apropierea condițiilor de lucru cu cele din Occident, cel puțin în ceea ce privește aspectele materiale, constituie un foarte puternic factor care pare să influențeze dorința salariaților de a rămâne în țară (G.V., f., Tulcea: *O colegă care lucrează în Anglia a venit în vară și ne-a explicat: N-aș putea să vă înțeleg cum munciți. Mie nu îmi lipsește nimic. Nu există să fug că nu am ceva. Avem o încăpere în care avem tot ce ne trebuie. Dacă e nevoie de ceva deosebit se face un referat și primești a doua zi*), el fiind considerat de unii dintre ei factorul dominant: G.V., f., Tulcea: *Totul se reduce la materiale. Faptul că nu ai cu ce să lucrezi, că vezi că trebuie să ajuți omul și nu ai cu ce. Dintr-o dată ești stresat pentru lucrurile astea.**

Recunoașterea rolului social al profesiilor medicale, având drept corelativ un status corespunzător, constituie iarăși o măsură dorită de salariați: A.L., f., Buzău: *Să-ți dea satisfacția muncii tale.*; B.G., m., Vrancea: *Să fii remunerat pe măsură îți dă și respectul societății.*

Pregătirea profesională continuă

Salariații apreciază utilitatea cursurilor de formare, cu atât mai mult în acest context de restructurări care atrag schimbarea locului de muncă: V.D., f., Brăila: *Ajungem să ne plafonăm la locul de muncă. Eu dacă plec la secția de copii, îmi va veni foarte greu să mă adaptez situației de acolo.*

La întrebarea *Ce ar trebui să facă angajatorul ca să vă arate că apreciază pregătirea dvs. suplimentară?* răspunsurile au indicat în special recompensele financiare: A.T., f., Galați: *O laudă la serviciu, dar și mai bune ar fi sporurile.* Din perspectiva salariaților, angajatorii nu arată că apreciază eforturile depuse de aceștia pentru propria pregătire profesională: C.D., f., Brăila: *Nu ne-au arătat... și nici nu ne susțin.* Uneori se ajunge la un dezinteres total, salariații fiind lipsiți de orice formă de sprijin în pofida prevederilor legale favorabile (S.C., f., Tulcea: *Acum patru ani, când am fost la București să fac un curs, nici măcar nu mi s-au dat libere. Am făcut cursul pe cheltuiala mea, pe transportul meu, în zilele de concediu.*; S.C., f., Tulcea: *Pacienții, am văzut că sunt niște oameni interesați, a trebuit și eu, la rândul meu, să mă perfecționez. Să iau mult mai multe cunoștințe. Am fost la București și am făcut un stagiu practic. Am participat la niște cursuri de predare a regimului de viață și alimentar în special. Efectiv, am lucrat acolo pot să spun. Și nu a interesat pe nimeni, nici măcar nu mi-au asigurat transportul sau cazare. Ca să nu mai spunem că nu mi s-a oferit nimic la salariu.*), situația sistemului sanitar fiind una diferită față de alte domenii de activitate: C.F., f., Tulcea: *Din câte știm noi, numai în sistemul medical îți plătești cursurile de perfecți-*



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

onare. În alte organizații sunt decontate de angajator. Nu ne-ar deranja, atâta timp cât ar fi fost plătite, dar trebuie să ni le și plătim. Perfecționarea ne interesează pe fiecare în parte. Situațiile sunt resimțite cu atât mai neplăcut de către salariați în condițiile în care au cunoștință de alte tipuri de practici existente în unități sanitare din Occident: C.L., f., Tulcea: Am avut colege care au venit din Italia și ele erau ahtiate să facă un punctaj anual, dar în momentul în care ele se prezentau la curs, primeau contravaloarea zilei muncite. Deci, erau plătite pentru faptul că participau la acel curs. Chiar în contextul acestor situații de dezinteres, unii salariați continuă să aprecieze necesitatea formării profesionale, aceasta influențând în mod pozitiv cel puțin propriile performanțe profesionale: B.J., f., Brăila: Nu ne respectă în nici un caz. Nici că am făcut facultate, nici că nu am făcut. Chiar dacă rămân la stadiul acesta, mă duc la aceste cursuri pentru că așa suntem obligați. Trebuie musai să facem un anumit punctaj, chiar dacă mie mi-a folosit și am descoperit că îmi folosesc aceste cursuri. Nu mă duc la un curs doar să-mi fac punctajul pentru că am descoperit că îmi aduc aminte de cutare lucru, sunt medici care ne explică atât de frumos ce cazuri au întâlnit; sunt lucruri peste care am dat. Am lucrat în Terapie și sunt colegi care poate nu au văzut niciodată. Sunt lucruri care trebuie reîmprospătate. Indiferent că suntem tineri sau vârstnici. Cu caracter de excepție, au fost întâlnite și cazuri în care cursurile au fost plătite de către unitate.

Salariații reclamă absența unor măsuri stimulative pentru propria formare profesională, interesul pentru propria pregătire nefiind urmată de posibilitatea unei promovări pe scara ierarhică: A.M., f., Galați: Toată lumea a făcut, suntem plini de diplome, nici nu mai țin minte câte cursuri am făcut, acum am descoperit că am o diplomă de la codificarea DRG. Când am vrut să mă înscriu la doctorat, toată lumea și-a bătut joc de mine că de ce îmi mai trebuie. Nu te stimulează nimeni să faci mai mult, trebuie să rămâi sub nivelul medicului. La noi, 10 euro mă despart la salariu de alte colege cu mai puțină școlarizare decât mine.

Grosul formării profesionale pentru profesiile medicale îl constituie cursurile desfășurate de organisme profesionale în cadrul educației medicale continue (A.T., f., Galați: Noi suntem obligate să facem 30 de credite anual, acestea sunt cursurile noastre, de educație medicală continuă; V.M., f., Galați: Care trebuiesc plătite din banii noștri.), de obicei în domeniul în care își desfășoară activitatea sau în domenii învecinate: R.M., f., Brăila: Tot în domeniu am fost instruite, pediatrie, urgențe medico-chirurgicale, traumatisme, de boli interne. Cursurile sunt scurte, de câteva ceasuri, o zi sau 2. Aceste cursuri se pare că nu se bucură de o mare apreciere în rândul angajatorilor: R.M., f., Brăila: Nu sunt de apreciat, nu le



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

apreciază nimeni, noi le ținem mai mult obligate, contra cost, le plătim noi pe acelea, ca să obținem credite ce ne sunt necesare într-un sfârșit de an pentru a avea autorizația de liberă practică. O bună parte a asistenților medicali au reclamat faptul că sunt nevoiți să plătească cursurile de educație medicală continuă (B.C., f., Buzău: Ar trebui o sumă special alocată, de la Ordin, pentru diverse cursuri. O sumă considerabilă. Dacă vrem să facem cursurile de pregătire continuă sau acreditarea anuală, sunt credite contra cost. O mare durere a întregului personal.; G.A., m., Galați: Cursurile cu credite anuale ne sunt impuse de OAMMR. Acum am avut noroc că a fost plătit cursul de sindicat. Alte cursuri nu, pentru că trebuie să scoată bani din buzunar și nu le convine) în condițiile în care oricum sunt obligați să plătească cotizație la organizația care furnizează aceste cursuri și este implicată în eliberarea autorizațiilor de practică: G.V., f., Constanța: Bine, dar de ce nu se fac aceste cursuri gratuit? Din moment ce plătim o cotizație lunară OAMMR-ului, ce se face cu acești bani? De asemenea, a fost reclamat caracterul formal al acestor cursuri: B.M., f., Brăila: Sunt niște formalități, practic.; R.M., f., Brăila: Formalități, dar nu ne avantajează cu nimic, oricum.; B.N., f., Brăila: Pentru că noi plătim și cotizații, plătim și bani pe cursuri, pe credite.; R.M., f., Brăila: Cotizația oricum o plătim lună de lună.; B.M., f., Buzău: Nu e ceva care să ne ajute cu ceva. Totodată, salariații reclamă disfuncționalitățile existente în cadrul sistemului Educației Medicale Continue (T.S., f., Tulcea: Anul trecut am făcut 29 de puncte. Și m-a chemat OAMMR- ul, m-a chemat la apel și mi-a zis: „uite, o să fie un curs de cinci sute de mii, te duci și îl faci”. Și a trebuit să-l fac. Altfel, nu-mi dădeau autorizația. Condiționarea aceasta cu autorizația este cea mai mare prostie. Adică, fără punctul acela, eu nu mai știu să-mi fac meseria? M-am dus, am făcut 30 de puncte pentru un singur punct.; R.E., f., Tulcea: Acum doi ani, am făcut o sută și ceva de puncte și nu mi s-au reportat pentru anul următor decât 15, restul l-am pierdut. Iar banii i-am dat.; T.E., f., Buzău: Sistemul nu, e interesat de cele 30 de credite. Nu e bine. Trebuie să facem cursuri de specialitate. De ce să urmez cursuri inutile, să pierd zile la cursuri care se repetă și nu sunt de profil?), inclusiv caracterul obligatoriu al acestor cursuri: S.F., f., Galați: Interesați sau nu, ești cumva obligat, deoarece nu poți să obții avizul de liberă practică dacă nu ai un număr de credite anuale, care se obțin prin aceste cursuri.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismului Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Unii asistenți reclamă piedici puse în calea formării lor profesionale de către medici (M.I., f., Constanța: *Dar nu contează, ce atâtea cursuri? Bani, tăticule, la buzunarul medicului. Restul, asistentele devin prea deștepte și după aia încep să pună prea multe întrebări, sunt incomode*) și de către șefii ierarhici, invocând dorința de a evita un anume gen de concurență.

Salariații arată faptul că ar fi oportun ca unitățile sanitare să organizeze cursuri de formare profesională în mod gratuit, în condițiile în care interesul salariaților pentru astfel de cursuri există : C.M., f., Galați: *Da, și cred că ar trebui făcute pe nivel de secție mai multe cursuri de specializare și de informare. Vorbesc în domeniul meu, unde mereu apare câte ceva nou și ar trebui să fim și noi informați în legătură cu noutățile... și, în primul rând, să nu fim obligați să ne ducem la unele cursuri care costă foarte mult, zece milioane cel puțin; C.M., f., Galați: Să fim stimulați ca să ne mai ducem să mai învățăm, să ni se ofere oportunitatea de a merge la unele cursuri, de informatică de exemplu... orice, în domeniul nostru sunt o grămadă, să putem să ne informăm de anumite medicamente...*

Nu există recunoașterea financiară a diferențelor de pregătire (B.L., f., Buzău: *Nu e de-ajuns că le plătim, dar nici nu ne sunt recunoscute. Și încă ceva, colege de-ale mele au absolvit școala de moașe, una dintre ele este aici, dar financiar nu le ajută cu nimic; B.L., f., Buzău: Ele cu facultate au aceleași responsabilități ca și mine, absolventă de liceu sanitar, li se recunosc aceleași competențe, nu li se oferă mai multe atribuții, ierarhizarea nu este corectă*), nefiind astfel stimulată propria formare profesională.

Incertitudinea privind viitorul locului de muncă poate să intervină de asemenea în motivarea propriei formări profesionale: M.N., f., Buzău: *Dorința oamenilor de a face cât mai multe cursuri este dată de instabilitatea din ziua de astăzi.*



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Concluzii și recomandări

- **Principalii factori care constituie surse de satisfacție la locul de muncă:** *realizarea profesională* (40% cumulată), *siguranța locului de muncă* (22,9%) și *condițiile de lucru* (16,3% combinat). **Factorii care constituie cauze ale insatisfacției la locul de muncă:** pe primul lor se situează *veniturile* (60% cumulată) *condițiile grele de lucru* (35,6% cumulată) urmate de *lipsa timpului pentru familie și propria persoană* (30,8% cumulată) și *lucrurile în timpul sărbătorilor legale* (26,9% cumulată). Cumularea opțiunilor multiple indică faptul că salariații au bifat mai mulți factori în mod simultan.

- Sintetizând, putem considera că **principalii factori care determină gradul de satisfacție al personalului din sistemul sanitar sunt:** *nivelul veniturilor, condițiile de lucru, realizarea profesională, siguranța locului de muncă, lipsa timpului pentru familie și propria persoană și lucrurile în timpul sărbătorilor legale.*

- **Gradul de satisfacție față de propria profesie** – analizat comparativ, este mai ridicat în cazul profesiilor care implică un nivel mai mare de pregătire profesională și, de asemenea, mai mare în cazul profesiilor medicale decât pentru restul profesiilor din sectorul sanitar. Acest factor este în directă legătură cu statusul social al profesiei, cunoscând o deteriorare progresivă datorită nivelului veniturilor, condițiilor de muncă și imaginii publice a personalului medical.

- **Gradul de satisfacție față de locul de muncă** este mult mai scăzut decât satisfacția față de propria profesie (chiar în condițiile scăderii și a acestui indicator), fiind influențat în special dinspre *condițiile de muncă, nivelul veniturilor* (sporiurile joacă și ele un rol semnificativ) și nivelul *stresului la locul de muncă.*

- Calitatea vieții profesionale a salariaților din sistem influențează în mod semnificativ calitatea serviciilor medicale prestate către pacienți. În același timp se remarcă și o influență inversă, exercitată de calitatea serviciilor medicale asupra calității vieții profesionale. În consecință, deficitul de personal, datorat îndeosebi de plecarea colegilor din sistem, determină scăderea calității serviciilor medicale prin sporirea sarcinilor de serviciu.

- Există o certă influență negativă a crizei economice asupra calității vieții profesionale, respectiv cu cât efectele crizei sunt mai severe cu atât scade gradul de satisfacție a personalului. Influența negativă a crizei este potențată atât de lipsa



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

materialelor și medicamentelor necesare tratamentului pacienților, adică de scăderea calității serviciilor medicale acordate pacienților, cât și de diminuarea materialelor necesare protecției salariaților.

- Finanțarea insuficientă, în contextul crizei economice dar și ca deficiență cronică a sistemului sanitar, dublată de gestiunea defectuoasă a fondurilor, conduce la scăderea calității vieții profesionale prin factori precum:

- ✓ Insuficiența medicamentelor și materialelor sanitare
- ✓ Dotarea deficitară cu aparatură tehnică
- ✓ Lipsa/insuficiența materialelor de protecție:

- Este evidentă influența sub-finanțării sistemului sanitar asupra deficitului de personal. Principalele cauze sunt cele de ordin financiar, precum „bugetul insuficient al unității” (30,53%), în acest caz fiind vorba de imposibilitatea unităților de a angaja personal, precum și salariile prea mici care conduc la plecarea de bunăvoie a salariaților către locuri de muncă mai bine plătite.

- Calitatea scăzută a vieții profesionale contribuie în mod semnificativ la creșterea tendinței de migrație a personalului din sistemul sanitar.

- Lipsa de reglementări eficiente în domeniul sanitar, concretizată în majoritatea cazurilor prin blocarea angajărilor pe posturile vacante, ca urmare a migrației, antrenează situații de deficit de personal medical. Deficitul de personal medical conduce la scăderea calității vieții profesionale, potențând astfel cauzele care determină migrația.

- Decizia de a emigra este puternic influențată de informațiile legate de salarizare și de condițiile de muncă din Occident, pe care angajatul din sistemul sanitar le obține în special de la colegii care au părăsit țara.

- Pe lângă beneficiile salariale, munca în străinătate îi atrage pe angajații din sistemul sanitar românesc, din prisma diferenței standardelor profesionale precum și a mentalităților. Acești factori de tip *pull* acționează în conturarea parametrilor de satisfacție profesională și față de locul de muncă.

- Luând în considerare faptul că nivelul de salarizare și condițiile existente la locul de muncă constituie factori esențiali care determină calitatea vieții profesionale și, totodată, intervin în determinarea migrației se remarcă influența exercitată de calitatea vieții profesionale asupra tendinței de migrație. Astfel, calitatea vieții profesionale scăzute contribuie în mod semnificativ la creșterea tendinței de migrație a personalului din sistemul sanitar.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

- Deși există prevederi legislative referitoare la salarizare relativ unitare, nu există un sistem unitar de salarizare a personalului, situație derivată din aplicarea în mod neunitar a legislației în vigoare. Politicile de personal cunosc diferențe substanțiale între diferitele județe și chiar între diferitele unități sanitare din cadrul aceluiași județ.

- Relațiile dintre diferitele categorii profesionale au deseori un caracter conflictual mocnit, pe primul loc situându-se relația medici-asistenți. Acest conflict provine și din două tipuri de „pseudo-culturi profesionale” diferite, fiind vorba de ostilități întreținute, la acestea adăugându-se lupta pentru menținerea unor diferențe de status social. Intensitatea tensiunilor conflictuale este diferită de la o unitate la alta și chiar de la o secție la alta, variind de la tensiuni accentuate la absența sa. De remarcat faptul că modelele de colaborare din Occident constituie un factor de presiune în sensul armonizării acestor relații și constituirii spiritului de echipă. Nu este de așteptat ca acest tip de conflicte să înregistreze răbufniri violente sau măcar fâțișe, însă ele macină relațiile profesionale, influențând în mod negativ atât atmosfera de lucru cât și calitatea serviciilor medicale.

- Relațiile cu șefii ierarhici cunosc diferențe marcante între diferitele unități sanitare, ele depinzând atât de calitatea umană a celor implicați cât și de cultura organizațională existentă la nivelul instituției. Cultura instituțională a sistemului în ansamblu și a fiecărei unități în parte constituie unul din principalii factori care modelează relațiile dintre diferitele categorii profesionale, influențând gradul de satisfacție profesională a personalului din sectorul sanitar.

- Există tensiuni între generații și închistări ale reprezentanților diferitelor generații pe propriile poziții, conducând la discrete blocaje ale transferului de experiență. Cu excepția cazurilor în care afluxul de tineri este mare, când aceștia se pot coaliza și pot bloca pe motiv de orgoliu transferul cunoștințelor de la cei cu experiență, se poate vorbi de un schimb de experiență situat în apropierea normalității cel puțin în ceea ce privește transferul de tehnici. Există probleme în ceea ce privește transferul de comportamente în cazul ambelor părți. Trebuie observat încă că transferul de competențe nu este unidirecțional, doar dinspre generațiile cu vechime mai multă spre cele tinere, ci și invers, generațiile mai tinere adaptându-se mult mai ușor la tehnică și putând mediarea celor mai în vârstă cu tehnica. Blocajele iscate de diferențele de mentalitate afectează așadar ambele părți.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

- În ultimii ani au existat numeroase forme de pregătire a asistenților medicali care însă n-au facilitat o mai bună calificare, cât mai ales ia constrâns pe angajați să se „recalifice”, cu alte cuvinte să obțină o altă diplomă pentru competențele pe care le posedau deja (exemplu: absolvenții de liceu sanitar au fost nevoiți să facă școală postliceală, absolvenții de postliceală sunt nevoiți acum să facă facultatea etc.).

- Foarte multe opinii critice față de incoerența în timp a sistemului de formare a asistenților, ținând cont că la ora actuală în sistem sunt angajați care au nivele extrem de variate de studii, respectiv: liceu, postliceală, colegiu și, mai nou, facultate. Se pune astfel tot mai acut problema diferențelor de competențe dintre absolvenții diferitelor forme de formare profesională mai ales în contextul inexistenței unor atribuții diferențiate, sau a necesității introducerii unor fișe de post standard pentru fiecare tip de absolvent astfel încât diferențele de salariu să fie dublate de diferențe semnificative în ceea ce privește atribuțiile și competențele fiecărui tip de absolvent.

- Aprecierea nivelului de pregătire a asistenților cu studii superioare în domeniu trebuie să țină cont de două situații diferite: cea în care studenții acestor facultăți vin direct de băncile liceului sau sunt din cei care nu au mai lucrat în sistemul sanitar și studenții care sunt de fapt asistenți medicali ce s-au înscris la facultate. În cel din urmă caz nu poate fi apreciat nivelul de pregătire al absolvenților deoarece în discuție sunt și competențele dobândite anterior la care se adaugă experiența profesională. Se remarcă faptul că în cea mai mare parte a situațiilor de acest gen se ajunge la o redundanță a unei mari părți din cunoștințele predate. În acest sens se impune o reevaluare a sistemului de formare care să includă posibilitatea unei corecte evaluări a competențelor pe care un salariat le are, urmând ca el să aibă posibilitatea de a-și completa studiile doar cu ceea ce-i lipsește ca nivel de pregătire și competențe.

- Sectorul sanitar suferă de lipsa unui sistem de recunoaștere formală a competențelor dobândite la locul de muncă și chiar a competențelor informale. În locul unui sistem de formare progresiv, care să recunoască cunoștințele și competențele acumulate treptat, s-au creat diferite sisteme de formare profesională care scot absolvenți relativ similari în ceea ce privește nivelul ideal de competență, diferențele reale fiind date de seriozitatea școlilor și a profesorilor.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

- Lipsa de personal și supraîncărcarea cu sarcini a personalului cu experiență conduce la limitarea posibilităților de a forma noii veniți. Fenomenul este amplificat de deficitul transferului de experiență adus de migrația personalului, numărul salariaților cu experiență fiind în continuă scădere. Acest fapt conduce treptat la modificarea anumitor dimensiuni în cultura organizațională a secției, inclusiv la scăderea standardelor de lucru, pe fondul modificării reperelor.

- Se remarcă necesitatea introducerii tutoriatului pentru noii veniți, asigurând aspect un caracter formal modalităților de ucenicie deja existente în zona informală. În acest context este indicat a face din tutore un moment esențial al ierarhiei profesionale, ce beneficiază de o recunoaștere suplimentară, inclusiv în plan material.

- Regulile oficiale de împărțire a atribuțiilor în sistemul sanitar sunt dublate de alte reguli informale, în cazul celor din urmă înregistrându-se un semnificativ transfer de la atribuții de la medici la asistente și, într-o mai mică măsură, de la asistente la infirmiere. Cum acest transfer este stabilit de ani buni și s-a dovedit funcțional chiar în condiții informale, recomandăm trecerea lui în zona formală în special prin adăugarea unor trepte ierarhice în cazul asistenților medicali care să înglobeze oficial toate tehnicile care oricum sunt efectuate în cea mai mare parte a cazurilor de asistenți. Acest transfer formal de competențe însă fi făcut numai prin intermediul unor forme corecte de evaluare și atestare a acestor competențe și numai dublat de o diferențiere salarială semnificativă. Pe această cale se poate ajunge în mod simultan atât la oficializarea unor practici informale cât și la crearea unui traseu de carieră mult mai stimulativ pentru asistenții medicali.

- La nivel managerial se resimte influența politicului, în general în mod negativ, aceasta anulând criteriile de competență în favoarea celor de afiliere politică. Remedierea situației este posibilă prin scoaterea posturilor de manager din zona de influență a politicului și stabilirea accesului la ele doar pe criterii de competență.

- Influența nivelului veniturilor asupra salariaților nu trebuie judecată numai prin prisma salariilor, fiind necesară estimarea venitorilor informale (acolo unde ele există) pentru a avea o imagine mai obiectivă asupra acțiunii acestui factor în ceea ce privește diferitele atitudini ale salariaților. Nu toate locurile de muncă „beneficiază” de astfel de avantaje, iar cele care beneficiază nu au avantaje egale, existând chiar și o concurență între salariați pentru a ajunge la locurile de



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

muncă cele mai avantajoase din această perspectivă. Această concurență a condus la diferite tipuri de acțiuni pentru a ocupa aceste locuri, în discuție fiind chiar și plăți informale (sau cote) pentru cei care fac repartiția pe locurile de muncă.

- Tendința celor plecați la muncă în străinătate de a rămâne în statele unde lucrează depinde de o serie întreagă de factori cum ar fi:

a) situația României: imaginea a ceea ce găsesc în țară în ceea ce privește locul de muncă și nivelul de civilizație al țării (Se remarcă faptul că uneori cei plecați simt o undă de teamă față de pacienții din România, în discuție fiind de fapt comportamentul pacienților și populației în general față de personalul medical.)

b) avantajele țării în care lucrează: nivelul câștigurilor și impactul acestora asupra nivelului de trai, condițiile de muncă³⁶, perspectivele legate de viitorul familiei.

- În ceea ce privește cauzele migrației personalului medical trebuie menționat și un adevăr trist: salariații pleacă și datorită comportamentului pacienților și populației, conturat deseori în relația direct dar și în presă și prin intermediul presei. Într-un rezumat oarecum forțat am putea spune: *sunt cetățeni care părăsesc țara din cauza concetățenilor*.³⁷

- Numeroasele lipsuri și deficiențe din sistemul sanitar se adaugă la presiunile deja existente prin natura profesiilor din acest domeniu, accentuând stresul la care salariații sunt supuși. În aceste condiții recomandăm efectuarea unor cercetări pentru a identifica posibilitatea sau oportunitatea ca stresul să fie declarată boală profesională pentru acest sector.³⁸

- Având în vedere deficitul de imagine al personalului sanitar (doar în parte justificat de greșelile salariaților) credem că este necesară o campanie de conștientizare a cetățenilor privind problemele specifice ale salariaților din sectorul sanitar, care să reducă presiunile suplimentare asupra angajaților în ceea ce privește atmosfera la locul de muncă, păstrând însă pe cele ce vizează supravegherea corectitudinii exercitării profesiei prin mecanisme specifice.

³⁶ De remarcat faptul că salariații acceptă și condiții de muncă mai dificile (uneori chiar mai grele decât cele avute în țară) de dragul câștigurilor, fiind dispuși uneori să renunțe la anumite dimensiuni ale orgoliului profesional.

³⁷ Formularea încearcă să redea într-o formulă mai plastică faptul că diferența de civilizație constituie un factor ce determină migrația, gradul de civilizație al țării fiind dependent de nivelul de educație al populației.

³⁸ Spre exemplu un punct de pornire l-ar putea constitui ponderea pacienților cu afecțiuni ale tiroidei sau ulcere digestive în totalul salariaților.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

- Datorită lipsurilor din sistem cea mai mare parte a salariaților ajunge să cumpere o parte din materialele necesare pentru desfășurarea activității.

- Deficitul de medicamente și materiale pune salariații în situația jenantă și stresantă de a trimite pacienții sau membrii familiei să-și cumpere o parte din cele necesare, această situație alterând într-o măsură semnificativă relația pacient-personal medical.

- Deficitul de materiale și medicamente indică în mod clar necesitatea îmbunătățirii modului de finanțare și administrare a unităților sanitare precum și, acolo unde este cazul, reducerea afluxului de pacienți care ar putea fi tratați în zona medicilor de familie.

- Schimbările structurale în managementul unitățile sanitare, orientate pe selecția managerilor pe criterii de performanță, modificarea relațiilor din cadrul spitalelor prin trecerea de la ierarhia rigidă și bazată pe criterii de ascensiune informale la un sistem de colaborare și competitivitate, dublat de o mai bună comunicare între manager și personal și pe participarea salariaților la luarea deciziilor.

- Deficitul de pregătire al noilor veniți reclamă reformarea sistemului de formare inițială, mai ales în cazul profesiilor medicale, componentele esențiale ale noului sistem ce ar trebui instituit fiind următoarele: o mai bună pregătire practică, evaluarea obiectivă a cunoștințelor. Având în vedere numărul mare de cazuri în care absolvenții recurg la voluntariat pentru a-și crește șansele de angajare este recomandată prinderea voluntariatului, ca formă de pregătire profesională și adaptare la specificul unui loc de muncă, într-o structură formală, recunoscută, și su-pravegheată de către organisme profesionale, în condițiile în care numărul persoanelor care-și exercită profesia în această formă este tot mai mare.

- Desele reforme administrative generează o stare de incertitudine privind viitorul locurilor de muncă, accentuând stresul salariaților. Cumularea mai multor factori de stres profesional, dublată de insatisfacția privind veniturile realizate contribuie la conturarea factorilor de tip *pull* ce influențează migrația. Totodată, stresul profesional conduce atât la creșterea riscului de morbiditate cât și la o scădere a calității serviciilor acordate pacienților.

- Sistemul de numiri politice a managerilor de spitale dublat de cutumele sectorului sanitar întreține mecanismul „spăgii la angajare”, diluând cu fiecare salariat angajat după aceste criterii nivelul de competență din sectorul sanitar și, implicit scăzând calitatea serviciilor medicale prestate. În condițiile în care deja



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
ȘI PROIECTELOR SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

asistăm la un deficit al transferului de experiență datorită migrației situația este cu atât mai gravă.

- Fenomenul migrației nu este grav atât prin deficitul de personal subsecvent, care în fapt a fost accentuat și de o politică de personal inadecvată la nivel național, cât mai ales prin deficitul de competență pe care-l aduce cu sine. Chiar dacă numărul mare de forme de pregătire a personalului medical (mai ales în cazul asistenților medicali) și proliferarea aproape fără control a școlilor care pregătesc absolvenți în domeniu pot conduce, în principiu, la înlocuirea celor care pleacă, se instaurează un deficit de competență atât datorită standardelor de pregătire în domeniu foarte scăzute în cea mai mare parte a cazurilor cât și incapacității unităților sanitare de a absorbi și pregăti în mod adecvat la locul de muncă un val mare de absolvenți care ar fi chemați să-i înlocuiască pe cei plecați. În ruptura creată pe această cale nu se mai reușește un transfer de experiență adecvat pierzându-se multe din punctele tari a ceea ce s-ar putea numi *tradiția medicală românească*.³⁹ Din această perspectivă o parte din efectele migrației pot fi compensate prin creșterea standardelor de pregătire profesională pentru toate profesiile medicale (și înăsprirea controlului asupra organizațiilor care formează astfel de personal) și prin instituirea unor mecanisme eficiente de formare la locul de muncă (introducerea tutoriatului constituind un exemplu în acest sens).

- Procedura angajărilor în sistemul public pe baze de pile este destul de des întâlnită pentru toate categoriile de personal, fiind dependentă fie de anume forme de trafic de influență, fie de mecanismul *șpăgii la angajare*. În persistența acestui mecanism politicul are o contribuție semnificativă⁴⁰. În acest context depolitizarea managementului unităților sanitare publice și instituirea unor proceduri riguroase și transparente de angajare a personalului constituie posibile soluții.

- În condițiile în care sistemul sanitar public este încă marcat de numeroase rețele informale de putere și proceduri specifice unui sistem de tip neo-feudal, este de așteptat ca sectorul privat să absoarbă în continuare un număr semnificativ

³⁹ Cu observația că acest fenomen, abordat în mod adecvat, poate avea în același timp și o semnificație pozitivă, odată cu această pierde a tradiției existând posibilitatea de a fi eliminate și numeroasele aspecte negative. Însă acest fapt este posibil numai sub presiunea unei noi școli de deontologie profesională, în lipsa căreia constatăm că sunt perpetuate mai curând aspectele negative.

⁴⁰ Pentru unii dintre managerii numiți politic (numirea este deseori mascată de un concurs) spitalul devine un fief, angajările fiind una din sursele financiare ale feudei menită fie să compenseze eventuale contribuții la campanii electorale fie doar să îmbogățească pe cei numiți. Cu mențiunea că procesul nu are un caracter general, fiind întâlniți numeroși manageri care, chiar dacă au fost numiți politic, înțeleg să se mențină în limitele legalității și să-și facă treaba în mod conștiențios.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

de salariați competenți, devenind tot mai performant. Însă acest lucru se va întâmpla doar în situația instituirii unui sistem concurențial în ceea ce privește furnizarea serviciilor medicale și a dezvoltării unor mecanisme mult mai eficiente de finanțare a serviciilor de sănătate.⁴¹

- La menținerea sistemului angajărilor informale contribuie într-o măsură semnificativă și salariații (sau potențialii angajați), orice încercare de a reglementa situația necesitând strategii de acțiune și în ceea ce privește modificarea mentalității absolvenților și salariaților. O astfel de strategie este necesară cu atât mai mult în condițiile în care au fost indicate mai multe situații în care elevii/studentii sunt nevoiți/acționează încă de pe băncile școlilor/facultăților să dea diferite „atenții” pentru a trece examenele, se constată la existența unei „educație a șpăgii” încă de pe băncile școlilor.

- Având în vedere dezechilibrele create de numărul mare de persoane active care au emigrat pentru muncă, inclusiv din sectorul sanitar, combinat cu faptul că marea majoritate și-au lăsat membrii familiei inapți de muncă sau inactivi în țară, aceștia din urmă fiind beneficiari ai sistemelor sociale (inclusiv ai asigurărilor sociale de sănătate), se impune introducerea, la nivel de Uniunea Europeană, a unui mecanism financiar prin care o parte din contribuția la sistemele de sănătate a celor plecați (contribuția pe care ei o plătesc în țările de destinație) să se întoarcă în țară sub titlul de contribuție pentru asigurarea membrilor de familie rămași în țară. Sistemul poate funcționa pe baza principiului *solidarității membrilor de familie* (un membru al familiei care lucrează îi asigură pe cei care nu lucrează în mod justificat), care este în vigoare chiar în multe din țările de destinație.

- *Lista* de medicamente și materiale sanitare pe care o primesc o mare parte dintre pacienți atunci când ajung în spital afectează grav viața profesională a salariaților, conducând și la profunde tulburări a relației personalului cu pacienții.

- Buna funcționare a sistemului sanitar necesită instituirea unui sistem de recompense și recunoașterea meritelor salariaților mult mai stimulativ, care să stimuleze performanța și competitivitatea în activitate. În acest sens este necesară și instituirea unor trasee de carieră mai ample pentru toate categoriile profesionale care să permită diferențieri și reșezări în funcție de merit. Dintre recompensele considerate de salariați ca fiind oportune reținem următoarele: recompensă materială, în genul salariului de merit, evidențierea periodică a activității secțiilor în

⁴¹ Un exemplu l-ar putea constitui asigurările private și cele mutuale.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

cadrul Consiliului Medical, alocarea de fonduri angajaților cu merite deosebite pentru cursuri de formare profesională, recompensă financiară pentru Angajatul Lunii, distincții simbolice cu ocazia sărbătorilor anuale.

- Numărul tot mai mare de agresiuni asupra personalului din unitățile sanitare face necesare o serie de măsuri de protecție și prevenire a unor astfel de situații. Planul de măsuri în acest sens ar trebui să înceapă cu recunoașterea ca accident de muncă a agresiunilor asupra salariaților, continuând cu implementarea unor regulamente stricte privind comportamentul (de ambele părți) în unitate, dublate de sancționarea severă a abaterilor. Suplimentar, se simte nevoia unor circuite stricte care să reglementeze în mod clar accesul în spitale dublate de sporirea măsurilor de securitate, inclusiv pe zona de securitate a personalului. Totodată, este nevoie de introducerea unor programe de pregătire specifice care să instruiască personalul în domeniul comunicării și strategiilor de aplanare a conflictelor. Nu în ultimul rând se simte nevoia unei campanii de conștientizare a cetățenilor privind modul de comportare în unitățile sanitare și efectele comportamentului inadecvat.

- Standardele profesionale sunt în bună măsură stabilite comparativ cu sistemele occidentale după cum urmează: în ceea ce privește calitatea vieții profesionale de către personal iar în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale în mod mixt, de personal și de către pacienți. Mass-media exercită o presiune din ce în ce mai mare în stabilirea unor etaloane profesionale, depășind uneori baremele introduse de organismele profesionale. Totodată, Occidentul constituie deseori o regiune unde se reafirmă orgoliul profesional în condițiile în care ce-a mai mare parte a celor plecați din România reușesc să se integreze profesional, uneori chiar dând dovadă de excelență.

- Întoarcerea masivă a salariaților care muncesc în sistemele sanitare occidentale, dacă ar avea loc⁴², ar putea conduce la o radicală creștere a calității serviciilor medicale acordate populației, cu condiția ca un astfel de eveniment să fie însoțit de două măsuri esențiale pentru buna funcționare a sistemului sanitar: schimbarea statusului social a acestor salariați și modificarea atitudinii pe care populația o are, în calitate de pacienți sau aparținători, față de personal.

⁴² Șansele ca un astfel de eveniment să aibă loc le estimăm ca fiind reduse, fiind dependente atât de politicile naționale ce privesc nivelul de salarizare și condițiile de muncă ale salariaților din sistemul sanitar cât și de nivelul de civilizație al țării.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

- Evaluând factorii care determină un înalt grad de insatisfacție și care contribuie la scăderea calității vieții profesionale în sistemul sanitar, considerăm că se impun următoarele schimbări în cadrul acestui sistem (expuse sintetic):

- ✓ Un cadru nou al organizării muncii, care presupune un management competent, fără ingerințe politice, de durată; un cadru flexibil al comunicării între toate cadrele medicale și între serviciile din interiorul unităților sanitare; o dotare tehnică de calitate, aprovizionare cu materiale sanitare, echipamente de protecție, medicamente; un control și o coordonare a activităților în conformitate cu calitatea serviciului medical și nu cu indicii cantitativi, o evaluare a încadrării personalului pe categorii de secții și compartimente.
- ✓ O delimitare clară a atribuțiilor și responsabilităților pe categorii profesionale, cu sancțiuni pentru depășirea sau neîndeplinirea lor.
- ✓ Recompensarea muncii suplimentare, cea efectuată peste program, în turele de noapte, de sărbători, din timpul concediului; reevaluarea factorilor de risc și acoperirea acestora cu sporuri salariale.
- ✓ Orientarea angajaților spre cursuri de perfecționare care să corespundă domeniului lor de activitate și finanțarea aceste forme de pregătire continuă.
- ✓ Introducerea în sistem a unor forme de promovare complexe care să stimuleze devenirea în carieră și să motiveze actul muncii.
- ✓ Implicarea unităților sanitare în sistemul educațional de formare și calificare a personalului prin reglementarea unor proceduri și acorduri instituționale care să permită forme de dobândire a competențelor practice în domeniu.

Aceste minime recomandări pot antrena maxime schimbări în creșterea gradului de satisfacție la locul de muncă și în creșterea calității actului medical. Numai un singur exemplu poate fi edificator: o radicală schimbare în cadrul organizatoric al muncii va determina diminuarea subiectivismului și arbitrariului în angajarea forței de muncă.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

ANEXA NR. 1

Anexa 1: CHESTIONAR

Calitatea vieții profesionale și tendința de migrație a personalului din sistemul sanitar

1. Înainte de a vă angaja în sistemul sanitar, ați lucrat în alt sector?

- a. da b. nu

2. Cum ați intrat în sistemul sanitar?

- a. concurs d. ajutor de la persoane din sistem f. prin mici atenții
b. examen e. ajutor de la cunoștințe g. altă modalitate, specificați...
c. ajutor de la rude

3. De la absolvire și până am găsit un loc de muncă, am așteptat o perioadă de:

- a. sub 1 lună c. între 3 luni și 1 an e. peste 3 ani
b. între 1 și 3 luni d. între 1 an și 3 ani

4. Ultima dată ați fost promovat/ă în funcție:

- a. cu mult timp în urmă c. nu am fost promovat/ă încă
b. destul de recent d. nu este cazul

5. Considerați că, în caz de restructurare a postului, șansele dumneavoastră de a găsi un nou loc de muncă în țară sunt:

- a. foarte mari
b. destul de mari
c. destul de mici
d. foarte mici
e. nu se pune problema
f. NS/NR

6. În secția/compartimentul în care lucrați, personalul implicat în realizarea sarcinilor de serviciu este:

- a. surplus de personal
b. personal suficient
c. personal insuficient
d. lipsă de personal
e. NS/NR

7. Ați întâlnit la locul dumneavoastră de muncă colegi cu o pregătire slabă în domeniu:

- a. mulți b. puțini c. deloc e. NS/NR

8. Considerați că, la locul dumneavoastră de activitate, condițiile de lucru sunt:

- a. foarte periculoase c. nu sunt periculoase
b. periculoase d. NS/NR

9. Aveți asigurat echipamentul individual de lucru pe care îl utilizați:

- a. din venituri proprii b. de către unitate c. alte situații

10. Considerați că echipamentul individual de protecție este:



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

- a. suficient b. insuficient c. Absent

11. Riscul de îmbolnăvire profesională la locul dumneavoastră de muncă este:

- a. foarte ridicat c. scăzut e. NS/NR
b. ridicat d. foarte scăzut

12. Din următoarele categorii de accidente și boli profesionale, bifați situațiile întâlnite la locul dumneavoastră de muncă și cât de frecvent apar:

Accidente/boli profesionale	Des	Rar	Niciodată
12.1 care produc incapacitatea temporară de muncă cel puțin trei zile			
12.2 care produc incapacitate temporară de muncă cel puțin 6 luni			
12.3 care produc invaliditate			
12.4 mortale			
12.5 colective (atunci când sunt accidentate cel puțin trei persoane în același timp și pentru aceeași cauză)			

13. Considerați că riscul de a vă pierde locul de muncă este:

- a. foarte mare b. mare c. mic d. foarte mic

14. Unitatea în cadrul căreia lucrați, are în plan perspective:

- a. de a se dezvolta
b. de a se restructura, fără pierderi de personal
c. de a-și restrânge activitatea, prin concedieri
d. de a se desființa
e. de a fi comasată
f. NS/NR

15. Pentru viitorul apropiat, aveți în vedere să găsiți un loc de muncă mai bun:

- 15.1. Tot în cadrul sistemului sanitar: a. în țară b. în străinătate c. nu am în vedere acest lucru
15.2. În afara sistemului sanitar: a. în țară b. în străinătate c. nu am în vedere acest lucru

16. În vederea găsirii unui nou loc de muncă, ați urmat o altă formă specială de pregătire în plan profesional?

- a. da b. nu c. nu este cazul

17. În ultimii doi ani, ați absolvit cursuri de:

- a. formare profesională continuă (OAMMR, CMR)
b. reconversie
c. specializare
e. alte variante, specificați...
d. CNFPA

18. În vederea plecării la muncă în străinătate care este sursa principală de unde ați culege informații:

- a. pe internet



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

- b. de la instituțiile statului
- c. de la firmele de specialitate
- d. de la rude, prieteni, colegi
- e. din presă
- f. nu doresc să plec

19. Aveți colegi de secție/compartiment care au plecat în ultimii trei ani:

- a. în țară, la alt compartiment/unitate sanitară
- b. în țară, în afara sistemului sanitar
- c. în străinătate, în sistemul sanitar
- d. în străinătate, în afara sistemului sanitar
- e. nu au existat cazuri

20. Din câte cunoașteți, colegii dvs. care lucrează în străinătate câștigă:

- a. între 400 și 699 euro
- b. între 700 și 999 euro
- c. între 1000 și 1500 euro
- d. peste 1500 euro
- e. NS/NR

21. Ce factori v-ar determina să plecați la muncă în străinătate?

- a. nemulțumirea față de starea materială actuală
- b. dorința de realizare profesională
- c. nevoia achitării datoriilor
- d. condiții de lucru mai bune
- e. nevoi legate de întreținerea familiei
- f. salariile mai mari din străinătate

22. Ce factori vă împiedică să plecați la muncă în străinătate?

- a. vârsta
- b. siguranța locului de muncă din țară
- c. obligațiile de familie
- d. teama de necunoscut
- e. capacitatea scăzută de adaptare
- f. venitul pe familie îmi este suficient
- g. nu sunt interesat/ă de plecarea din țară
- h. NS/NR

23. În momentul renunțării la locul de muncă de către coleg, cât de repede este ocupat postul acestuia de o altă persoană ?

- a. imediat
- b. după câteva luni
- c. după un an
- d. postul este blocat
- e. NS/NR

24. Colegii care au părăsit locul de muncă au vârsta cuprinsă între:

- a. 18-29 ani
- b. 30-39 ani
- c. 40-49 ani
- d. peste 50 ani
- e. nu este cazul
- f. NS/NR

25. Ce venit considerați că v-ar fi suficient:

- a. mai puțin de 300 euro
- b. 300-599 euro
- c. 600-999 euro
- d. 1000-1499 euro
- e. peste 1500 euro

26. În cadrul sistemului sanitar v-ați schimbat locul de muncă:

- a. niciodată
- b. o singură dată
- c. de două ori
- d. de trei ori
- e. de peste trei ori



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în oameni!

27. În situația în care colegii dumneavoastră își schimbă locul de muncă, acest fapt conduce la:

(Bifați cu atenție frecvența modului în care vă afectează transferul unui coleg)	Cel mai mult	Mult	Puțin	Mai puțin	Nicio-dată
27.1 prelungirea programului de lucru					
27.2 sporirea sarcinilor de serviciu					
27.3 creșterea venitului					
27.4 diminuarea capacității de rezolvare a cerințelor la locul de muncă					
27.5 creșterea siguranței propriului loc de muncă					
27.6 greutatea de adaptare la locul de muncă a noului angajat					

27.7 nu au existat cazuri

28. Ce v-ar determina să schimbați locul de muncă?

- diminuarea stresului la locul de muncă
- dorința unor venituri mai mari
- mai mult timp liber
- Datoriile
- realizarea profesională
- alte motive, specificați...

29. Considerați că la locul dumneavoastră de muncă există o lipsă de personal datorată:

- concedierilor
- condițiilor grele de lucru
- plecării de bună voie a personalului la locuri mai bine plătite
- bugetului insuficient al unității
- salariilor mici
- nu există lipsă de personal

30. Considerați că, datorită plecării personalului, calitatea serviciilor medicale:

- a crescut
- este în scădere
- este aceeași
- a scăzut alarmant

31. Prin revenirea din străinătate a personalului sanitar care a lucrat în sistem:

- calitatea serviciilor a crescut
- serviciile sunt de aceeași calitate
- calitatea serviciilor este în scădere
- calitatea serviciilor a scăzut alarmant
- NS/NR

32. Ați ocupat un loc de muncă în sistemul sanitar din străinătate?

- nu
- da, până în 6 luni
- da, între 6 luni și 1 an



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

- d. da, între 1 și 3 ani
e. da, peste 3 ani

33. Cât de mulțumit/ă sunteți de veniturile pe care le obțineți în raport cu munca depusă:

- a. foarte mulțumit/ă b. mulțumit/ă c. nemulțumit/ă d. foarte nemulțumit/ă

34. Salariul dumneavoastră este cuprins între:

- a. 500-999 RON
b. 1000-1499 RON
c. 1500-1999 RON
d. 2000-2999 RON
e. peste 3000 RON

35. Obțineți venituri suplimentare dintr-o activitate efectuată în timpul liber:

35.1. Care ține de profesie

- a. da b. nu

35.2. În afara profesiei

- a. da b. nu

36. Cât de hotărât/ă sunteți să găsiți un loc de muncă similar în afara țării:

- a. foarte hotărât/ă c. destul de hotărât/ă e. destul de nehotărât/ă
b. hotărât/ă d. nehotărât/ă f. foarte nehotărât/ă

37. Cât de mulțumit/ă sunteți de finanțarea sistemului sanitar?

- a. foarte mulțumit/ă b. mulțumit/ă c. nemulțumit/ă d. foarte nemulțumit/ă

38. De la 1 la 5 (adică, în mare măsură - 5 - și descrescător apoi spre 1) bifați gradul în care vă afectează turele de noapte:

Măsura în care sunt afectate diferite aspecte de turele de noapte	5	4	3	2	1
a. în capacitatea de muncă					
b. în starea de sănătate					
c. în apariția tulburărilor de somn					
d. în viața de familie					
e. în tulburări ale comportamentului alimentar					

f. nu efectuez ture de noapte

39. Lucrați peste programul normal de lucru?

- a. totdeauna b. de cele mai multe ori c. câteodată d. niciodată

40. În zilele libere și sărbătorile legale, activitatea dumneavoastră este:

- a. plătită suplimentar c. recompensată prin zile libere e. nu este cazul
b. plătită normal d. nu este recompensată

41. Care situație vă corespunde în programarea concediului de odihnă:

- a. înțelegere la nivelul colectivului de muncă
b. conflict cu colegii, mediat de șeful compartimentului/secției



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în oameni!

- c. planificarea arbitrară de către șeful de compartiment/secție
- d. nu întâmpin dificultăți
- e. altele, specificați...

42. Bifați modul în care v-ați implicat, în ultimii zece ani, în următoarele revendicări:

Frecvența implicării în revendicări	Constant	Ocazional	O singură dată	Niciodată
42.1 salariale				
42.2 privind condițiile de muncă				
42.3 privind organizarea locului de muncă				

42.4 alte revendicări*

*numiți cea mai importantă revendicare în care v-ați implicat (alta decât cele menționate).

43. La locul dumneavoastră de muncă, ați avut conflicte cu celelalte persoane:

Frecvența conflictelor cu categoriile de persoane	Foarte des	Des	Destul de des	Destul de rar	Rar	Niciodată
43.1 cu șeful						
43.2 cu colegii						
43.3 cu subalternii						
43.4 cu pacienții						
43.5 cu aparținătorii pacienților						
43.6 numiți și o altă categorie de persoane						

44. Ce vă mulțumește la locul dumneavoastră de muncă

- a. realizare profesională
- b. timp liber
- c. venit decent
- d. siguranța locului de muncă
- e. micile atenții
- f. poziția socială
- g. alte motive, specificați...

45. Bifați factorii care provoacă insatisfacții la locul de muncă și frecvența lor:

Natura insatisfacției	Cel mai des	Des	Destul de des	Destul de rar	Rar	Niciodată
45.1 condițiile grele de lucru						
46.2 lucrul în ture						
45.3 lucrul în timpul sărbătorilor legale						
45.4 conflictul cu celelalte persoane						
45.5 monotonia la locul de muncă						
45.6 epuizarea la locul de mun-						



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRUFondul Social European
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale
2007-2013GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-EstFEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

că						
45.7 lipsa timpului pentru familie și persoana proprie						

46. Timpul dumneavoastră liber îl folosiți pentru activități:

Activități	Cel mai des	Des	Rar	Niciodată
46.1 casnice				
46.2 de pregătire profesională				
46.3 culturale (lectură, vizionare TV, Calculator etc.)				
46.4 activități educative cu membrii familiei				
46.5 alte activități, specificați...				

47. Ultima formă de învățământ absolvită în domeniul dumneavoastră de activitate a fost:

- a. școala generală c. cursuri de formare profesională e. studii universitare
b. liceul d. colegiul universitar f. școală postliceală

48. Vechimea în specialitate..... ani

49. Domiciliul în mediul:

- a. rural b. urban

50. Vârsta:.....ani

51. Genul:

- a. feminin b. masculin

52. Starea civilă:

- a. căsătorit c. divorțat e. separat
b. necăsătorit d. văduv f. uniune consensuală (concubinaj)

53. Copii în întreținere:

- a. - niciunul b. - unul c. - doi d. - trei e. - peste trei

54. Venitul familiei dvs. este:

- a. până în 300 euro c. între 500 și 799 euro e. peste 1200 euro
b. între 300 și 499 euro d. între 800 și 1199 euro

55. Unitatea în care lucrați:

- a. spital județean d. clinică g. alta unitate, specificați...
b. spital municipal e. cabinet individual
c. spital orașenesc f. ambulatoriul de specialitate

56. Secția/compartimentul în care sunteți încadrat/ă:

.....

57. La locul dumneavoastră de muncă (secție/compartiment) aveți un colectiv format din:

- a. între 2 și 4 persoane c. între 11 și 30 persoane
b. între 5 și 10 persoane d. peste 30 persoane

58. Județul/Localitatea de domiciliu:.....



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

ANEXA 2

Ghid moderator - focus grup

1. V-a fost greu să vă angajați în sistemul sanitar? Care a fost modalitatea de angajare?
2. Sunteți mulțumiți de actualul loc de muncă? Este mai bine decât în alte profesii?
3. Care sunt dificultățile pe care le întâlniți la locul de muncă? Lucrați în condiții grele, periculoase sau vătămătoare? Aveți colegi care s-au îmbolnăvit datorită condițiilor existente la locul de muncă? Unitatea ar trebui să anunțe (afișeze) că nu are resurse financiare, motiv pentru care pacienții trebuie să-și cumpere singuri materiale necesare/medicamente?
4. Lucrați în ture? Cum apreciați lucrul în schimburi? Credeți schimbul de noapte vă afectează viața personală? Dar calitatea serviciilor acordate pacienților?
5. Considerați că sunteți apreciați la locul de muncă? Ați beneficiat de promovări? Ce ar trebui să facă angajatorul și șefii ierarhici pentru a vă arăta că vă apreciază? Credeți că modul de organizare al sistemului vă oferă oportunități de carieră?
6. Ați căutat să îmbunătățiți condițiile de lucru la locul de muncă? Cu ce aspecte vă confrunțați care ar trebui schimbate?
7. Cum ați descrie atmosfera la locul de muncă? Aveți conflicte cu colegii de muncă? Dar cu colegii din alte secții/compartimente? Dar cu șefii ierarhici? Aveți probleme la programarea concediului de odihnă?
8. Credeți că existența Facultăților de asistenți/colegiilor schimbă calitatea serviciilor medicale? Se deteriorează relațiile dintre asistenți, având în vedere diferitele forme de pregătire? Considerați că diferența de pregătire dintre angajați și diferența de generație duce la conflicte?
9. În cazul noilor colegi de muncă, considerați că aceștia ar trebui îndrumați (activități de tutoriat) pentru o scurtă perioadă de timp? Credeți că ar trebui modificate regulile de comportament (modificarea relațiilor de subordonare) în sistem?
10. Vă simțiți amenințați de pierderea locului de muncă (restructurare, demitere etc.)? Dacă s-ar întâmpla acest eveniment nefericit credeți că a-ți găsi ușor un loc de muncă?
11. Atunci când au loc schimbări în urma alegerilor politice, în ce fel vă afectează la locul de muncă? Este utilă existența sindicatelor în unități? Reușesc sindicatele să vă reprezinte în fața angajatorilor? Faceți parte din vreun sindicat? Dacă nu, ce vă reține?
12. Vă ajută existența contractului colectiv de muncă? Știți care este utilitatea și prevederile acestuia (contractului colectiv de muncă)?
13. Cum apreciază mass media, presa, activitatea sistemului sanitar? Cunoașteți situații de aplanare a unor conflicte la locul de muncă prin justiție?
14. Aveți colegi care și-au părăsit locul de muncă? Unde au plecat? Există deficit de personal în secția sau compartimentul dvs.? Dacă da, din ce cauză? Cum vă afectează acest deficit? Considerați că lipsa personalului afectează serviciile acordate pacienților? În ce fel? Ce soluții credeți că ar trebui aplicate în acest caz?



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

15. Vă gândiți să vă căutați un alt loc de muncă? Ați făcut vreun demers în acest sens? Unde considerați că ați putea găsi un loc de muncă mai bun? Ce caracteristici ar trebui să îndeplinească un loc de muncă pentru a fi mai bun decât cel pe care-l aveți?
16. Ce alte cursuri de formare sau specializare ați urmat în ultimii ani? Considerați că pregătirea dvs. profesională reprezintă o prioritate pentru dvs.? Angajatorul și șefii dvs. ierarhici apreciază o pregătire mai bună a personalului? Dar sistemul în ansamblul lui? Ce ar trebui să facă angajatorul pentru a arăta că vă apreciază eforturile?
17. Ați luat în considerare posibilitatea de a pleca la muncă în străinătate? Ați muncit în străinătate? Aveți colegi plecați la muncă în străinătate? Dar rude? Alte cunoștințe?
18. Aveți colegi care s-au întors după ce au lucrat în străinătate? Experiența străinătății i-a schimbat? Cum apreciați schimbarea lor?
19. Ce v-ar determina să plecați la muncă în străinătate? Ce vă reține să o faceți? Dacă ați pleca v-ați dori să lucrați tot în sistemul sanitar? În ce țară? V-ar ajuta să cunoașteți și modul de funcționare a altor sisteme sanitare?



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

Bibliografie

1. CSIKSZENTMIHALYI, Mihalz, *Flux. Psihologia fericirii*, Humanitas, 2008;
2. IONESCU, Ghiță, *Politica și căutarea fericirii. Un studiu asupra implicării ființelor umane în politica societății industriale*, BIC ALL, București, 1999;
3. JOUVENEL, Bertrand de, *Progresul în om. Contribuții la o civilizație a puterii*, Editura politică, București, 1983;
4. KRUEGER, Richard A., CASEY, Mary Anne, *Metoda Focus Grup*, Editura Polirom, Iași, 2005;
5. LIPOVETSKY, Gilles, *Fericirea paradoxală, Eseu asupra societății de hiperconsum*, Editura Polirom, Iași, 2007;
6. MĂRGINEAN, Ioan, BALAȘA, Ana, *Calitatea vieții în România*, Editura Expert, 2005;
7. MĂRGINEAN, Ioan, PRECUPETU, Iuliana, *Calitatea vieții în România 2010*, Editura Expert, București, 2010;
8. MOSCOVICI, Serge, BISCHINE, Fabrice (coord), *Metodologia științelor socioumane*, Editura Polirom, Iași, 2007;
9. ROTH, Andrei, *Modernitate și modernizare socială*, Editura Polirom, Iași, 2002;
10. ROTILĂ, Viorel, *Tendința de migrare și orientarea profesională a absolvenților de liceu*, Analele Universității "Dunărea de Jos" Galați, Fasc. XX (1), Sociologie, an III, 2008;



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

11. ROTILĂ, Viorel, *The impact of the migration of health care workers on the countries involved: the Romanian situation*, South-East Europe Review, nr. 1/2008, pp. 53-77, http://www.boeckler.de/179_93408.html;
12. ROTILĂ, Viorel, *Problemele copiilor cu părinții plecați la muncă în străinătate: ce cred copiii despre situația lor*, 2008 Analele Universității de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu, Chișinău, Republica Moldova;
13. ROTILĂ, Viorel, *The Quality of Professional Life of Medical Personnel and Tendency of Working Abroad (2006)*, Analele „Universității „Dunărea de Jos” Galați, Fascicula XX, Sociologie, an I, 2006, nr. 1;
14. ROTILĂ, Viorel, *Impactul economiei asupra sistemului sanitar. Unele probleme ale sistemului sanitar din România*, Materialele Conferinței a XI-a Științifice Internaționale: Bioetica, Filosofia, Economia și Medicina în strategia de asigurare a sănătății umane, 6-7 martie 2006, Chișinău, Republica Moldova, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova;
15. ROTILĂ, Viorel, *Migrația personalului medical: cauze, condiții, efecte. Studiu de caz privind situația României*, Materialele Conferinței a XIII-a Științifică Internațională: Bioetica, Filosofia, Economia și Medicina în strategia de asigurare a sănătății umane, 3-4 aprilie 2008, Chișinău, Republica Moldova, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova;
16. ROTILĂ, Viorel; CELMARE, Lidia, *Consecințe ale migrației personalului medical din România. Punctul de vedere al managerilor din sistemul sanitar*, Analele Universității “Dunărea de Jos” Galați, Fasc. XX (1), Sociologie, an II 2007;
17. ROTILĂ, Viorel; CELMARE, Lidia, *Situația forței de muncă în sistemul sanitar românesc. Punctul de vedere al managerilor din sistem*, Analele Universității “Dunărea de Jos” Galați, Fasc. XX (1), Sociologie, an IV, 2009;



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

18. TOMESCU, Cristina, *Inovația socială în serviciile de sănătate*, CALITATEA VIEȚII, XX, nr. 1–2, 2009;
19. VLĂDESCU, Cristian; Stănescu, Alin, *Polarizarea accesului la serviciile de sănătate și de educație ca sursă a sărăcirii în viitor*, ICCV și Universitatea București, 2004;
20. VLĂDESCU, Cristian (coord.), *Sănătate publică și management sanitar. Sisteme de sănătate*, Editura CPSS (Centrul pentru politici și servicii de sănătate), București, 2004;
21. ZAMFIR, Cătălin, *Un sociolog despre muncă și satisfacție*, Editura Politică, București, 1980;
22. ZAMFIR, Cătălin, (coord.) *Indicatori și surse de variație a calității vieții*, Editura Academiei, București, 1984;
23. ZAMFIR, Cătălin (coord.), REBEDEU, Ion, *Stiluri de viață. Dinamica lor în societatea contemporană*, Editura academiei, București, 1989,



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSDRU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea
Resurselor Umane 2007-2013 Investește în oameni!

www.cercetare-sociala.ro

Redactor: Rotilă Viorel
Coperta: Marin Georgian
Tehnoredactare: Rotilă Viorel,
Ilcu Georgiana, Pestrea Cristina

Bun de tipar: iulie 2011. Apărut: 2011
Editura *Sodalitas*, str. Domnească nr. 66, CP 800215, Galați
Tel: 0336/106.365, Fax: 0336/109.281

Studiu desfășurat în cadrul
**Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială
„Solidaritatea”**



www.cercetare-sociala.ro

Lucrarea de față însumează rezultatele unei cercetări sociologice de durată, care a avut ca scop identificarea factorilor care determină calitatea vieții profesionale a salariaților din sistemul sanitar, stabilirea unei ierarhii a intervenției acestora și determinarea gradului de satisfacție a personalului față de fiecare dintre ei. Suplimentar, studiul dorește să identifice existența unei relații între gradul de satisfacție a personalului și calitatea serviciilor medicale acordate pacienților precum și între viața profesională și tendința de migrație a angajaților din sistemul sanitar. Concluzionând, studiul își propune să inițieze o analiză pluridimensională a două aspecte esențiale în înțelegerea și căutarea de măsuri eficiente în soluționarea stării de dezechilibru a sistemului sanitar din România: calitatea vieții profesionale și tendința de migrație a personalului din sistemul sanitar românesc.

**EDITURA SODALITAS
2011**

PROGRAMUL OPERAȚIONAL SECTORIAL DEZVOLTARE RESURSE UMANE 2007-2013

Titlul Proiectului: FORMARE PROFESIONALĂ CONTINUĂ PENTRU PERSONALUL MEDICAL - Creșterea calitatii serviciilor din sistemul sanitar prin instruirea și formarea profesională a personalului medical, managerilor și a celorlalte categorii de personal din sistem, din regiunea Sud – Est

Editura: SODALITAS

Data publicării: iulie 2011

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială a Uniunii Europene sau a Guvernului României

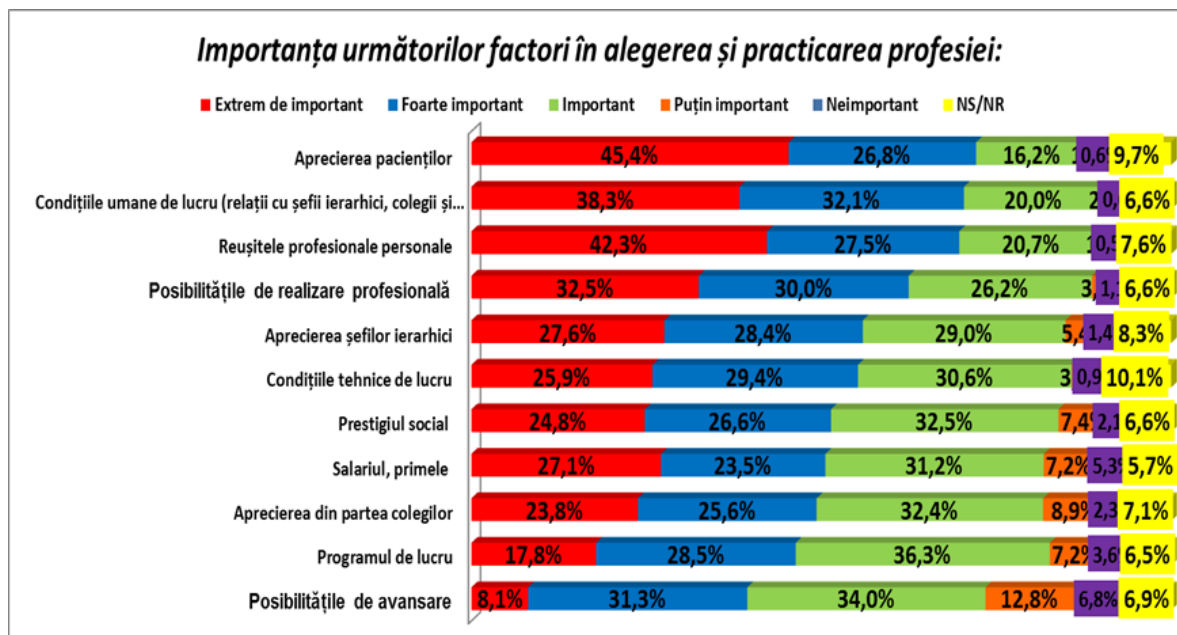
ISBN 978-606-92935-0-8



9 786069 293508

În aceste condiții, identificarea factorilor care influențează calitatea vieții profesionale constituie un demers prealabil esențial pentru orice acțiune în interesul salariaților și al pacienților. Punctul de pornire îl constituie rezultatele cercetărilor pe care le-am desfășurat până acum.

O ierarhie a factorilor care determină calității vieții profesionale



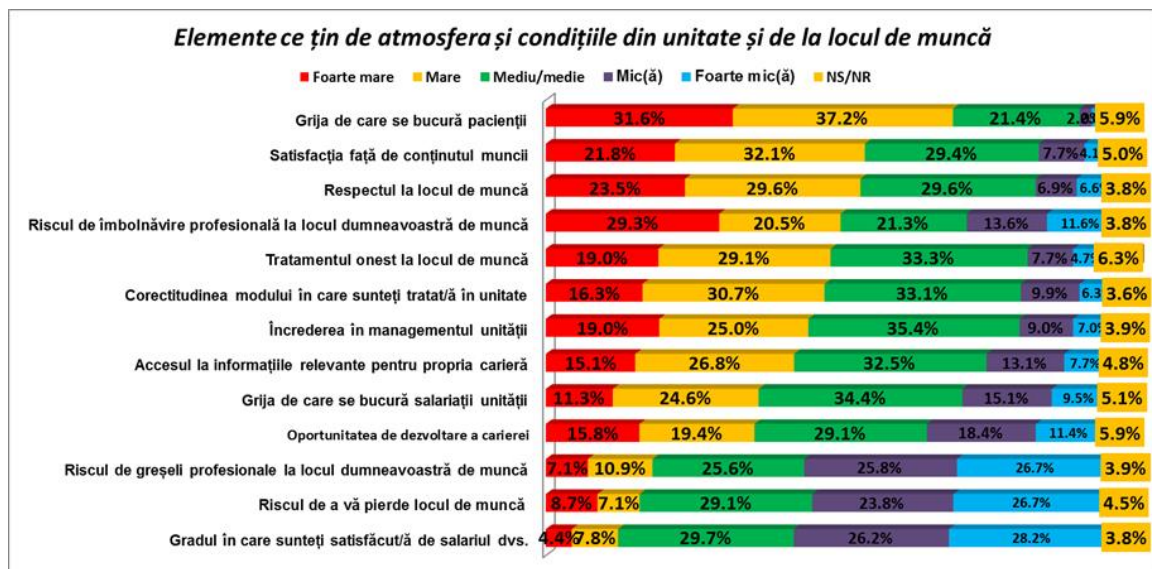
Analiza importanței pe care o au câțiva din factorii calității vieții profesionale relevă următoarele aspecte semnificative:

1. **Aprecierea din partea pacienților** – se situează pe primul loc. Dacă eliminăm posibilitatea unui răspuns indus de situarea în perspectiva așteptărilor pe care le are societatea, suntem în situația unei diferențe radicale față de opinia publică dominantă, care proiectează o imagine negativă în privința preocupărilor salariaților față de pacienți. Dacă fiind importanța de care se bucură, considerăm că *evaluarea din partea pacienților* ar putea să facă parte din procedura de evaluare a salariaților.
2. **Condițiile umane de lucru** – se situează pe locul al doilea. Acest loc în ierarhie poate să dea seama de una din lipsurile semnificative ale sistemului, prețuirea de care se bucură în ochii salariaților putând fi generată de dorința îmbunătățirii lor. Ruperea legăturii prea stricte dintre ierarhia profesională și comportamentul colegial constituie o soluție posibilă.
3. **Reușitele profesionale personale** – sunt situate în primele patru locuri și în studiile comparative. Locul dă seama de importanța pe care o prezintă cariera și performanțele profesionale pentru majoritatea angajaților din acest sector. Traseele profesionale mai lungi (mai ales pentru asistenții medicali), instituirea mecanismelor de recunoaștere a reușitei profesionale și crearea unei legături firești între reușita profesională și retribuție (salarizarea în funcție de competență) constituie câteva din măsurile recomandate.
4. **Posibilitățile de realizare profesională** – ocupă, invariabil, același loc în toate studiile. Principalele lipsuri credem că țin de aspectele organizatorice generale (birocratizare, lipsa accentului pe competență/competențe) și de cele tehnice (absența mijloacelor

materiale necesare). Evident, orice acțiune cu impact semnificativ asupra lipsurilor contribuie la îmbunătățirea situației. O rezolvare mulțumitoare o poate oferi o bună strategie de reformă a sistemului.

5. **Aprecierea șefilor ierarhici** – ocupă locuri comparabile cu cele din alte studii. Poate fi inclusă în contextul general ce dă seama de realizarea profesională, fiindu-i aplicabile și recomandările indicate anterior.
6. **Salariul, primele** – este situat două locuri mai jos în ierarhie față de studiile comparative. Rezultatul este în totală disonanță cu imaginea unor salariați preocupați doar de bani, vehiculată pe mai multe canale media. Faptul că salariul nu ocupă un loc fruntaș în ierarhie nu trebuie interpretat ca argument împotriva creșterilor salariale, importanța acestuia fiind evidențiată în cadrul unor abordări centrate pe problema veniturilor.

Indicatorii ai satisfacției la locul de muncă



Aprecierile pozitive:

- Pe primul loc se situează *grija de care se bucură pacienții*, aceasta înregistrând valori negative nesemnificative. Distribuția răspunsurilor tinde să fie în contradicție cu opinia comună. Ea poate fi însă și rezultatul faptului că grija față de pacienți constituie principalul domeniu de activitate, reflectând în mod simultan și opinia despre obiectul muncii.
- Pe locul al doilea se situează *satisfacția față de conținutul muncii*, urmată de *respectul la locul de muncă*.
- *Tratamentul onest la locul de muncă* înregistrează o valoare semnificativă, tinzând către 50% răspunsuri *mare* și *foarte mare*.

Evaluările negative:

- Nivelul *mic* și *foarte mic* al *satisfacției față de salariu* este indicat de 54,4% dintre respondenți, acesta înregistrând cea mai semnificativă evaluare negativă. Această

variantă înregistrează cel mai ridicat nivel al evaluării negative din cele trei regiuni, sugerând o preocupare semnificativă față de acest aspect.

- *Riscul de greșeli profesionale la locul de muncă* ocupă locul al doilea (52,5%), constituind un veritabil semnal de alarmă în domeniu.
- Locul al treilea este ocupat de *riscul de pierdere a locului de muncă* (50,5%).
- *Riscul de îmbolnăvire profesională* este indicat de cca. 50% dintre subiecți ca fiind *mare și foarte mare*.
- *Oportunitățile (reduse) de dezvoltare a carierei și grija de care (nu) se bucură salariații unității* înregistrează și ele valori negative semnificative.

Informații privind câteva din studiile care includ și cercetări pe această temă pot fi găsite aici: <http://cercetare-sociala.ro/index.php/studii-ghiduri/studii/studii-sectorul-sanitar>

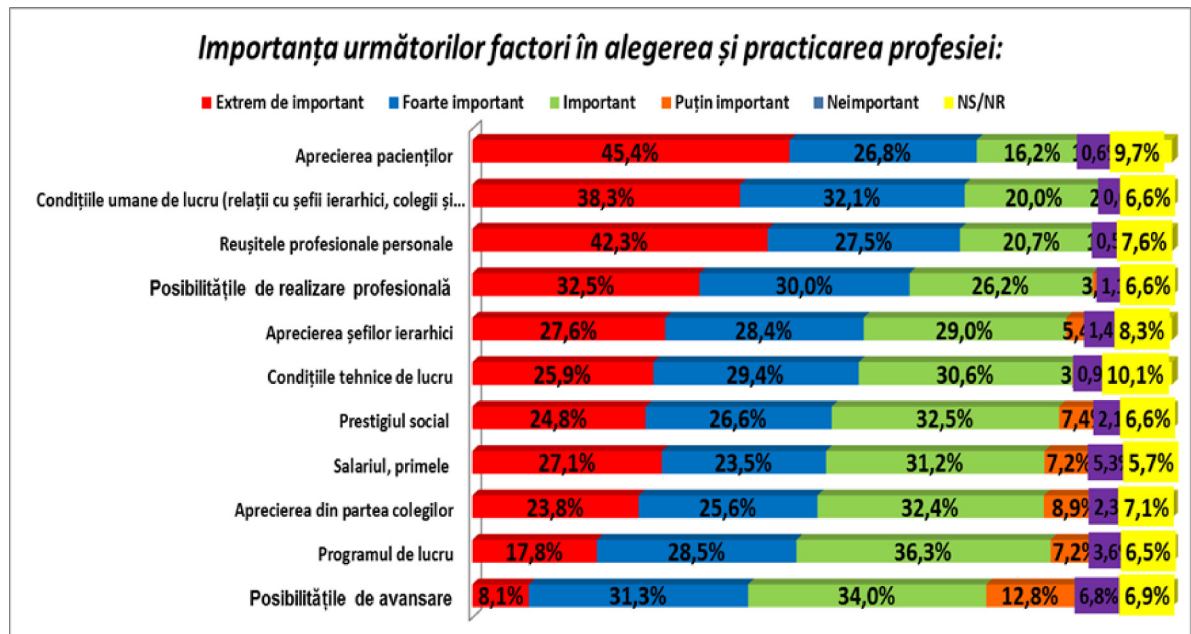
Unul din demersurile importante pe această temă poate fi găsit aici: http://www.solidaritatea-sanitara.ro/attachments/article/19536/Nr_B5_26_01_15_VC_CONAS_Grup_de_lucru_CONAS.pdf

Ultimul studiu din prima serie de cercetări dedicată importanței calității vieții profesionale a lucrătorilor din Sănătate poate fi găsit aici: <http://cercetare-sociala.ro/index.php/studii-ghiduri/studii/item/44-calitatea-vietii-profesionale-si-tendinta-de-migratie-a-personalului-din-sistemul-sanitar>

Un interesant articol pe tema calității vieții în sănătate poate fi găsit aici: <http://www.revistacalitateavietii.ro/2006/CV-1-2-06/7.pdf>

În aceste condiții, identificarea factorilor care influențează calitatea vieții profesionale constituie un demers prealabil esențial pentru orice acțiune în interesul salariaților și al pacienților. Punctul de pornire îl constituie rezultatele cercetărilor pe care le-am desfășurat până acum.

O ierarhie a factorilor care determină calității vieții profesionale



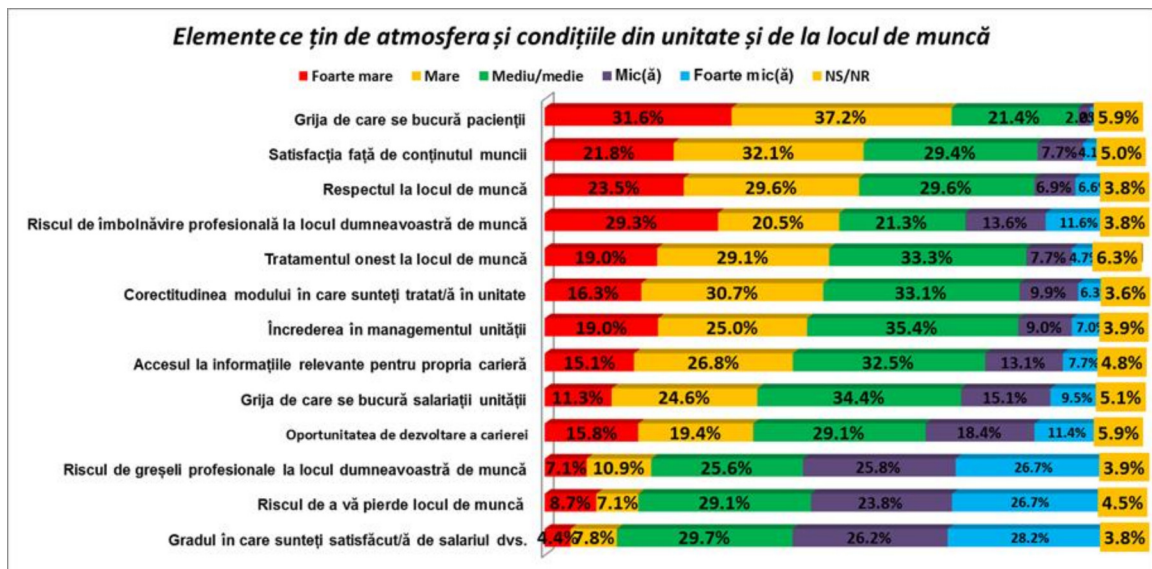
Analiza importanței pe care o au câțiva din factorii calității vieții profesionale relevă următoarele aspecte semnificative:

1. **Aprecierea din partea pacienților** – se situează pe primul loc. Dacă eliminăm posibilitatea unui răspuns indus de situarea în perspectiva așteptărilor pe care le are societatea, suntem în situația unei diferențe radicale față de opinia publică dominantă, care proiectează o imagine negativă în privința preocupărilor salariaților față de pacienți. Dacă fiind importanța de care se bucură, considerăm că *evaluarea din partea pacienților* ar putea să facă parte din procedura de evaluare a salariaților.
2. **Condițiile umane de lucru** – se situează pe locul al doilea. Acest loc în ierarhie poate să dea seama de una din lipsurile semnificative ale sistemului, prețuirea de care se bucură în ochii salariaților putând fi generată de dorința îmbunătățirii lor. Ruperea legăturii prea stricte dintre ierarhia profesională și comportamentul colegial constituie o soluție posibilă.
3. **Reușitele profesionale personale** – sunt situate în primele patru locuri și în studiile comparative. Locul dă seama de importanța pe care o prezintă cariera și performanțele profesionale pentru majoritatea angajaților din acest sector. Traseele profesionale mai lungi (mai ales pentru asistenții medicali), instituirea mecanismelor de recunoaștere a reușitei profesionale și crearea unei legături firești între reușita profesională și retribuție (salarizarea în funcție de competență) constituie câteva din măsurile recomandate.
4. **Posibilitățile de realizare profesională** – ocupă, invariabil, același loc în toate studiile. Principalele lipsuri credem că țin de aspectele organizatorice generale (birocratizare, lipsa accentului pe competență/competențe) și de cele tehnice (absența mijloacelor

materiale necesare). Evident, orice acțiune cu impact semnificativ asupra lipsurilor contribuie la îmbunătățirea situației. O rezolvare mulțumitoare o poate oferi o bună strategie de reformă a sistemului.

5. **Aprecierea șefilor ierarhici** – ocupă locuri comparabile cu cele din alte studii. Poate fi inclusă în contextul general ce dă seama de realizarea profesională, fiindu-i aplicabile și recomandările indicate anterior.
6. **Salariul, primele** – este situat două locuri mai jos în ierarhie față de studiile comparative. Rezultatul este în totală disonanță cu imaginea unor salariați preocupați doar de bani, vehiculată pe mai multe canale media. Faptul că salariul nu ocupă un loc fruntaș în ierarhie nu trebuie interpretat ca argument împotriva creșterilor salariale, importanța acestuia fiind evidențiată în cadrul unor abordări centrate pe problema veniturilor.

Indicatorii ai satisfacției la locul de muncă



Aprecierile pozitive:

- Pe primul loc se situează *grija de care se bucură pacienții*, aceasta înregistrând valori negative nesemnificative. Distribuția răspunsurilor tinde să fie în contradicție cu opinia comună. Ea poate fi însă și rezultatul faptului că grija față de pacienți constituie principalul domeniu de activitate, reflectând în mod simultan și opinia despre obiectul muncii.
- Pe locul al doilea se situează *satisfacția față de conținutul muncii*, urmată de *respectul la locul de muncă*.
- *Tratamentul onest la locul de muncă* înregistrează o valoare semnificativă, tinzând către 50% răspunsuri *mare* și *foarte mare*.

Evaluările negative:

- Nivelul *mic* și *foarte mic* al *satisfacției față de salariu* este indicat de 54,4% dintre respondenți, acesta înregistrând cea mai semnificativă evaluare negativă. Această

variantă înregistrează cel mai ridicat nivel al evaluării negative din cele trei regiuni, sugerând o preocupare semnificativă față de acest aspect.

- *Riscul de greșeli profesionale la locul de muncă* ocupă locul al doilea (52,5%), constituind un veritabil semnal de alarmă în domeniu.
- Locul al treilea este ocupat de *riscul de pierdere a locului de muncă* (50,5%).
- *Riscul de îmbolnăvire profesională* este indicat de cca. 50% dintre subiecți ca fiind *mare și foarte mare*.
- *Oportunitățile (reduse) de dezvoltare a carierei și grija de care (nu) se bucură salariații unității* înregistrează și ele valori negative semnificative.

Informații privind câteva din studiile care includ și cercetări pe această temă pot fi găsite aici: <http://cercetare-sociala.ro/index.php/studii-ghiduri/studii/studii-sectorul-sanitar>

Unul din demersurile importante pe această temă poate fi găsit aici: http://www.solidaritatea-sanitara.ro/attachments/article/19536/Nr_B5_26_01_15_VC_CONAS_Grup_de_lucru_CONAS.pdf

Ultimul studiu din prima serie de cercetări dedicată importanței calității vieții profesionale a lucrătorilor din Sănătate poate fi găsit aici: <http://cercetare-sociala.ro/index.php/studii-ghiduri/studii/item/44-calitatea-vietii-profesionale-si-tendinta-de-migratie-a-personalului-din-sistemul-sanitar>

Un interesant articol pe tema calității vieții în sănătate poate fi găsit aici: <http://www.revistacalitateavietii.ro/2006/CV-1-2-06/7.pdf>

CONCLUZIILE

Studiului privind nevoile specifice de consiliere și orientare profesională ale salariaților din sănătate.

Studiu de caz: regiunea Sud-Est

Prin prezentele concluzii redăm, într-o formulă sintetică, principalele constatări la care am ajuns în urma analizei datelor furnizate de cercetare. Concluziile trebuie interpretate și prin prisma recomandărilor pe care le formulăm. Menționăm faptul că principala noastră preocupare a constituit-o identificarea indicatorilor ce țin de calitatea vieții profesionale și legătura acestora cu formarea profesională continuă.

I. Calitatea vieții profesionale

1. Factorii motivaționali

a. Angajații

În ordinea importanței indicată de respondenți în ceea ce privește **indicatorii calității vieții profesionale** (selecțai sub forma **factorilor motivați**), ierarhizați în funcție de ponderea valorilor pozitive, situația acestora este următoarea:

1. Condițiile umane de lucru (66%)
2. Reușitele profesionale personale (cca. 64%)
3. Aprecierea din partea pacienților (63%)
4. Posibilitățile de realizare profesională (56,2%)
5. Condițiile tehnice de lucru (52,8%)
- 6. Salariul, primele (51,7%)**
7. Aprecierea din partea șefilor ierarhici (51,3%)
8. Prestigiul social (48,8%)
9. Aprecierea din partea colegilor (47,%)
10. Programul de lucru (41,9%)
11. Posibilitățile de avansare (39,8%)

Acest tabloul al factorilor motivaționali confirmă ipotezele noastre, spulberând mitul interesului salariaților predominant legat de salarii, ba chiar și pe acela al situării salariilor pe primul loc în ordinea preferințelor. Datele sugerează necesitatea unei modificări radicale a strategiilor de resurse umane ale tuturor instituțiilor și organizațiilor implicate în activitatea din sectorul sanitar, pornind de la Ministerul Sănătății și unitățile sanitare și mergând până la organismele profesionale și organizațiile sindicale.

b) Angajatorii

Interpretarea de ansamblu a distribuției răspunsurilor în ceea ce privește factorii motivaționali din punctul de vedere al angajatorilor arată următoarea situație:

- „Opțiunile pozitive”:
 - o **Salariul și primele** dețin primul loc, cu un procent de 85%. De departe este factorul motivațional cu valoarea cea mai mare în opțiunile angajatorilor.
 - o Pe locul doi se situează **Condițiile umane de lucru** (66%) urmate îndeaproape de **Condițiile tehnice de lucru** (60%).
- „Opțiunile negative”:
 - o **Posibilitățile de avansare** sunt pe ultimul loc în preferințele angajatorilor (63%). Semnificația acestei situație este fie că lor li se acordă cea mai mică importanță de către angajatori (cea pentru care optăm), fie că este vorba de un cadrul legal ce conduce la trasee profesionale rigide.
 - o Pe penultimul loc se situează **Aprecierea pacienților** (60%) devansată de **Prestigiul social** (41%) și **Aprecierea din partea colegilor** (41%).

După cum putem constata, posibilitățile de avansare nu sunt considerate de angajatori ca având o importanță foarte mare pentru angajați. În aprecierea acestui indicator al calității vieții profesionale este vizibilă o diferență în minus a angajatorilor față de angajați de cca. 10 puncte procentuale, aceasta relevând, iarăși, gradul de necunoaștere a importanței diferiților factori motivaționali. Interpretăm aceste situații atât prin prisma „sărăciei dialogului social” (calității scăzute a acestuia) la nivelul unităților sanitare cât și din perspectiva deficitului de instrumente și tehnici de lucru specifice serviciilor de resurse umane ale unităților.

c) Analiza comparativă angajatori - angajați

Analiza comparativă de ansamblu între opțiunile salariaților și cele ale angajatorilor în ceea ce privește principalii indicatori ai calității vieții profesionale relevă următoarele:

a) Diferențe semnificative:

- **Salariul și primele** se află pe primul loc în opțiunile angajatorilor, în timp ce în cele ale salariaților ocupă abia locul 6. Diferența atât de mare poate fi determinată atât de faptul că asigurarea salariilor ocupă cea mai mare parte a efortului depus de angajatori pentru salariați cât și de situarea la nivelul percepției comune în ceea ce privește doleanțele lucrătorilor din sănătate.
- **Reușitele profesionale personale** se află pe locul al doilea în opțiunile salariaților, în timp ce el ocupă abia locul 6 în cele ale angajatorilor. Diferența reflectă deficiențele existente în cunoașterea aspirațiilor salariaților de către unitățile sanitare.

- *Aprecierea din partea pacienților* se află pe locul 3 în opțiunile salariaților, ocupând abia locul 10 în cele ale angajatorilor (cu completarea că ea înregistrează și singurele procente semnificative pentru valoarea *Neimportant* în opțiunile angajatorilor).

b) Asemănări semnificative

- **Condițiile umane de lucru** ocupă primul loc în opțiunile salariaților și locul doi în cele ale angajatorilor
- **Posibilitățile de realizare profesională** ocupă locul patru atât în opțiunile salariaților cât și în cele ale angajatorilor.
- **Aprecierea șefilor ierarhici** ocupă locul 5 în opțiunile angajatorilor și locul 7 în cele ale salariaților.
- **Programul de lucru** ocupă locul 8 în opțiunile angajatorilor și locul 10 în cele ale salariaților.
- **Aprecierea din partea colegilor** ocupă locul 9 atât în opțiunile salariaților cât și în cele ale angajatorilor.
- **Posibilitățile de avansare** ocupă ultimul loc atât în opțiunile salariaților cât și în cele ale angajatorilor.

Asemănările sugerează existența unui mod comun de ierarhizare a factorilor care contribuie la calitatea vieții profesionale, generând o bază de așezare a unei strategii de creștere a calității vieții profesionale pe aceștia, ce se poate bucura de adeziunea ambelor părți.

Corelația deosebit de semnificativă dintre *lucrul în timpul sărbătorilor legale* și *lucrul în ture*, ca motive de insatisfacție la locul de muncă, indică faptul că programul de lucru gen *foc continuu* contribuie în mod semnificativ la cauzele generale de insatisfacție. Ținând cont de ponderea semnificativă a femeilor, acest program de lucru interferează cu ritmul normal al vieții de familie, conturând viața de familie ca sursă de influență negativă asupra calității vieții profesionale. Putem constata în această situație necesitatea unor măsuri concrete pentru armonizarea vieții profesionale cu viața de familie, care ar contribui semnificativ și la creșterea calității vieții profesionale.

Per ansamblu, analiza comparativă, angajatori – angajați, a importanței unora din indicatorii specifici calității vieții profesionale evidențiază diferențe semnificative în minus în cazul angajatorilor, indicând un anumit grad de ruptură în cunoașterea aspirațiilor propriilor salariați. Diferențele pot fi cauzate atât de lipsa unor instrumente moderne necesare în activitatea de management a resurselor umane (utilizarea metodelor de monitorizare constituie unul din exemple) cât și de alte cauze sistemice, cum ar fi orientarea și nivelul de pregătire în domeniu al managerilor unităților sanitare, calitatea dialogului social de la nivelul unității, contribuția partenerilor social la evidențierea acestor aspecte.

2. Factorii calității vieții profesionale ce țin de atmosfera și condițiile la locul de muncă:

Grija de care se bucură pacienții înregistrează cel mai mare nivel de **apreciere** din partea salariaților, corespunzând idealurilor specifice profesiilor medicale. Chiar dacă nu putem vorbi de

unanimitate, procentul aprecierilor este suficient de mare pentru a sugera faptul că o parte din problemele sistemului ar putea deriva din însăși modul de organizare a acestuia, confirmând astfel câteva din studiile occidentale în domeniu. Nu dorim să disculpăm salariații prin aceste constatări, creșterea nivelului de pregătire al acestora și sporirea gradului de conștientizare rămânând una din direcțiile de acțiune necesare. Observațiile noastre vizează însă introducerea unei a doua direcții de cercetare și acțiune respectiv **rolul erorilor de sistem în apariția disfuncționalităților**.

Pe locul al doilea se situează *riscul de îmbolnăvire profesională la locul de muncă*. Considerăm că există o problemă reală a *riscurilor de îmbolnăvire profesională la locul de muncă*, o mare parte dintre acestea nefiind indexate datorită lipsei unor proceduri riguroase în acest sens.

Insatisfacția față de propriul salariu ocupă primul loc în rândul **evaluărilor negative**, indicând astfel *salariul* drept principalul factor demotivant. Influența sa este vizibilă atât în procesul decizional al migrației cât și în diferite comportamente la locul de muncă, plățile informale fiind unul din exemple. Analiza corelațiilor cu nivelul de salarizare indică posibilitatea existenței unui *număr semnificativ de cazuri de sărăcie salarială în rândul salariaților*, raportat la venitul familiei, mai ales în situațiile în care ambii soți lucrează în sistemul sanitar.

Pe locul al doilea se situează *riscul de greșeli profesionale la locul de muncă*, el fiind determinat de lipsa materialelor și a medicamentelor, de supraîncărcarea cu sarcini de serviciu pe fondul lipsei de personal, de absența unor proceduri terapeutice clare, dar și de un anumit grad de neîncredere în propria competență profesională.

Pe locul al treilea se situează *grija de care se bucură salariații unității*, acesta fiind un factor ce intervine semnificativ în scăderea calității vieții profesionale.

Remarcăm faptul că unul din motivele de insatisfacție profesională îl constituie **absența unei evaluări sistematice, urmată de promovarea personalului**, ceea ce denotă anumite deficiențe în ceea ce privește strategia de resurse umane, caracterizate inclusiv de absența unui traseu profesional corespunzător pentru toate categoriile de personal, o bună parte ajungând la plafonul maxim de evoluție în carieră după numai câțiva ani de activitate în specialitate. Cea mai mare suferință în ceea ce privește blocarea temporară a traseului profesional/limitarea posibilității de evoluției în carieră (subiecții care au răspuns că au fost promovați cu mult timp în urmă) este în rândul asistenților medicali și la *alt personal cu studii superioare*.

Cumularea mai multor factori de insatisfacție a vieții profesionale are ca rezultat lipsa de interes din partea angajaților față de viitorul unității în care lucrează; ea poate indica totodată absența unui management participativ. În același timp însă considerăm că procentul care au răspuns *nu știu* la întrebările privind viitorul unității poate să dea seama și de perioada de incertitudine prin care trecem, fiind unul din efectele deselor restructurări ale sistemului, cele mai apropiate în timp fiind descentralizarea mării majorități a spitalelor și desființarea/comasarea unora din ele. În măsura în care o astfel de ipoteză se verifică, suntem în *situația generării unei puternice incertitudini privind*

siguranța locului de muncă, aceasta putând interveni ca factor stimulat în procesul migrației personalului.

Așa cum anticipăm, *nu se constată o creștere a veniturilor în contextul diminuării personalului din unitățile sanitare.* Putem emite câteva ipoteze care ar putea explica această situație: restricțiile legate de legislația muncii se situează pe primul loc, ele fiind dublate de limitările bugetare ale unităților sanitare; apoi, poate mai important este faptul că nu există posibilitatea introducerii/utilizării unor metode flexibile de recompensare salarială a lucrătorilor din sistemul sanitar, acesta fiind tributar unui sistem rigid, centrat pe vechimea în muncă, indiferent față de performanțele profesionale sau efortul zilnic depus de fiecare salariat.

Una din ipotezele de la care am pornit o constituie ideea că un număr mai mic de salariați (deficitul de personal) face locul de muncă al celor existenți mult mai sigur. Această ipoteză este infirmată de răspunsurile subiecților. Motivul considerăm că îl constituie faptul că *deficitul de personal atrage după sine o scădere atât a calității cât și a cantității serviciilor medicale prestate de secție/unitate.* Scăderea calității serviciilor medicale are ca efect principal (gândit în plan economic) diminuarea adresabilității, deci scăderea cantității serviciilor medicale (potențând reducerea cantității serviciilor medicale determinată de numărul mic de salariați). Un alt efect îl constituie *reducerea performanțelor*, adică reducerea tehnicilor medicale ce pot fi prestate (fiind numeroase cazurile în care un singur salariat poate să execute o anumită tehnică, mai ales în cazul medicilor, uneori și al asistenților medicali; situația este identică însă și în cazul altor categorii de salariați cum ar fi biochimisti, laboranți etc.). Ambele efecte conduc la o diminuare a serviciilor ce pot fi prestate efectiv de spitale raportat la cele contractate cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, adică la o reducere a încasărilor pentru serviciile prestate. Evident, această reducere conduce la diminuarea posibilităților de salarizare și de asigurare a materialelor medicale și a medicamentelor necesare unui bun tratament. Se creează astfel un adevărat cerc vicios, în cadrul căruia efectele devin la rândul lor cauze, în generarea unei deteriorări a situației care poate avea drept rezultat final, în lipsa remedierii ei, scoaterea unor secții și chiar a unor unități sanitare din circuit (mai ales în ipoteza accentuării concurenței în sistem), adică desființarea locurilor de muncă. Situația pare a fi conștientizată în foarte mare măsură de respondenți, existând semnele unei legături firești între *performanță și siguranța locului de muncă.*

Cel mai important efect al scăderii numărului de salariați, determinat de plecarea salariaților din sistem, îl constituie *sporirea sarcinilor de serviciu* fără ca aceasta să fie dublată de o creștere a salariilor, fapt care-i accentuează impactul negativ asupra calității vieții profesionale datorită cumulării mai multor efecte negative și potențării lor reciproce.

În ceea ce privește motivele care ar putea determina salariații să-și schimbe locul de muncă este de reținut în primul rând *dorința unor venituri mai mari*, care indică salariul drept principală motivație a muncii pentru o mare parte din salariați, făcând din el, așa cum era de așteptat, cea mai importantă direcție de acțiune în pentru politica de resurse umane, inclusiv în ceea ce privește motivarea personalului pentru învățarea continuă și perfecționare.

Posibilitățile de avansare profesională, în mare măsură neglijate în cazul majorității profesiiilor ce activează în sistemul sanitar, se dovedesc și ele importanța în sistemul axiologic al salariaților din sănătate.

Aprecierea din partea pacienților se dovedește a fi de departe cea mai importată formă de apreciere pentru salariați. Având în vedere cercetările anterioare și ținând cont de contextul actual am putea spune că oportunitatea acesteia este accentuată de un curent de opinie (format în special în zona media) defavorabil față de salariații din sectorul sanitar, care este resimțit în mod negativ de către salariați. Cel puțin în cazul câtorva din categoriile profesionale (în special *medici și asistente medicale*) importanța aprecierii pacienților în constituirea structurii motivaționale a propriei profesii o considerăm firească, acestea fiind profesii construite pe o mentalitate a binelui social și individual care, indiferent de cât de vitreg sau orientat către pragmatism este momentul actual, își spune cuvântul.

3. Conflictele la locul de muncă

Conflictele cu pacienții sunt cel mult *rare*, situația părând a fi radical diferită față de modalitatea în care este ea reflectată în mass media.

Conflictele cu membrii de familie ai pacienților sunt și ele indicate ca având un nivel redus. Analiza celor cca. 42% dintre respondenți care au indicat anumite grade de frecvență a conflictelor (marea lor majoritate optând pentru *rare*) indică următoarea situație: valori discret mai ridicate în cazul subiecților care au indicat ca factor de stres *condițiile de lucru foarte grele, lucrul în ture, lucrul în timpul sărbătorilor legale, conflictul cu alte persoane, epuizarea la locul de muncă, lipsa timpului pentru familie și persoana proprie, medicii*.

II. Formarea profesională continuă

a) Angajații

În ceea ce privește **motivele care împiedică/îngreunează participarea la activitățile de formare profesională continuă** sunt relevante următoarele răspunsuri:

- **Lipsa timpului necesar (cca. 20%)**. Măsura includerii timpului alocat formării profesionale continue în timpul de lucru (existentă de altfel în prevederile legale) ar putea fi în acest caz eficientă, crescând gradul de participare.

- **Lipsa resurselor financiare (cca. 13% dintre respondenți)**. Măsura finanțării cursurilor de formare profesională continuă (de către angajator, în contextul obligațiilor legale de a asigura formarea propriilor salariați; eventual prin intermediul unor proiecte pe fonduri structurale și, la limită, cu sprijinul organismelor profesionale) poate crește în mod semnificativ ponderea salariaților participanți în mod consecvent la activitățile de formare profesională continuă.

Remarcăm faptul că pentru majoritatea categoriilor profesionale participarea la formare profesională continuă are caracterul unei obligații profesionale, ea condiționând dreptul de exercitare a profesiei (dreptul de liberă practică). Ceea ce înseamnă că în discuție este mai puțin

participarea voluntară la activitățile de formare continuă (care este aplicabilă unui procent redus de salariați), cercetarea fiind concentrată mai curând pe analiza eficienței planurilor și măsurilor de formare profesională continuă raportat la așteptările salariaților. Motiv pentru care considerăm că cercetările ar trebui orientate în viitor și în direcția evaluării eficienței obligației profesionale de formare continuă și a raportului pe care aceasta ar trebui să-l aibă cu stabilirea nivelului de salarizare. În acest sens, ipoteza noastră este că există o puternică corelație între influența formării profesionale continue asupra salariului și dorința de participarea a salariaților la activitățile de formare profesională continuă.

În ceea ce privește **aprecierea salariaților față de diferite tipuri de formare profesională continuă** se observă în special următoarele:

- Temele cu ponderea cea mai mare a aprecierilor *mare și foarte mare* sunt: *importanța competențelor dobândite informal, relevanța cursurilor de formare profesională continuă, importanța evaluării profesionale anuale și relevanța formării inițiale*. **Importanța mare a competențelor dobândite informal** sugerează existența unei adevărate probleme a sistemului de formare existent, acesta neputând asigura întregul cadru necesar pentru formare profesională. Așa cum aminteam anterior, este zona în care modificările structurale ar putea avea cel mai semnificativ impact.
- *Reconversia profesională* nu pare a avea o relevanță deosebită pentru salariații din sectorul sanitar, fapt explicabil prin gradul crescut de specializare (deci prin investiția personală semnificativă) cel puțin în cazul câtorva din categoriile profesionale. De notat faptul că *medicii* sunt categoria profesională cu cea mai mare investiție personală (evidențiată și de durata cea mai mare de formare profesională) dintre toate profesiile existente pe piața muncii, acesta sprijinind o astfel de ipoteză.

Principalele surse de informații profesionale sunt *organismele profesionale* (cca. 19%), un motiv suficient pentru a utiliza și perfecționa aceste tipuri de canale pentru îmbunătățirea gradului de informare. Ele sunt urmate de *Internet* (cca. 18%), gândit mai curând ca un canal de comunicare decât ca o sursă de informare. Ținând cont de tendințele globale în domeniu, considerăm că eforturile trebuie concentrate în mod simultan către sporirea surselor și tipurilor de informații accesibile pe Internet și, în același timp, spre creșterea gradului de pregătire a salariaților pentru a accesa astfel de surse.

b) Angajatorii

Per ansamblu, se remarcă faptul că *nu există un sistemul de motivare a salariaților bine structurat la nivelul angajatorilor*, care să stimuleze formarea profesională continuă a salariaților. Faptul că cca. 58% dintre angajatori nu pot indica motive care împiedică/îngreunează participarea salariaților la activitățile de formare profesională continuă este de natură să întărească imaginea unei dimensiuni a activității neglijată în mare măsură de către angajatori, aceasta desfășurându-se în special prin eforturile angajaților, deseori la distanță de nevoile unității de competențe.

În general, angajatorii consideră importantă evaluarea profesională anuală; însă într-o măsură mult mai mică decât ar fi de așteptat. Această situație este relevantă și de importanța discret mai mare acordată evaluării profesionale anuale de către angajați.

Atât din punctul de vedere al angajatorilor cât și din cel al angajaților putem considera că *nivelul de încredere al salariaților în utilitatea formării profesionale continue* este în general mediu. Remedierea situației o vedem posibilă atât prin intermediul unor acțiuni directe (gen campanii de conștientizare) cât și, mai ales, prin intermediul setului de acțiuni care aduc formarea profesională continuă la valoarea sa reală în ceea ce privește calitatea actului medical și la impactul firesc asupra salariaților, inclusiv din punct de vedere salarial.

Slaba eficiență, calitate și adecvare a cursurilor de formare continuă derulate pare a fi întrucâtva compensată în opinia angajatorilor de *importanța competențelor dobândite informal*, acestea înregistrând opțiunile a cca. 55% dintre respondenți. Acest nivel de apreciere este comparativ cu cel indicat de către angajați. În acest context *este evidentă necesitatea creării unui cadru instituțional de evaluare și certificare a acestor competențe*, ele trebuind să facă parte atât din tabloul general al competențelor existente la nivelul unităților cât și din panelul competențelor profesionale ale salariaților care le dobândesc pe această cale.

Dialogul social

Doar în 42,42% din unitățile sanitare partenerii sociali sunt implicați (din punctul de vedere al unităților) în mod instituțional în activități comune pe tema formării profesionale continue a salariaților. Situația indică lipsa dialogului social în domeniul formării profesionale continue ca o posibilă direcție de acțiune eficientă în vederea unei creșteri a competențelor profesionale.

Diferențele marcante dintre opțiunile salariaților și cele ale angajatorilor indică în primul rând o lipsă de comunicare pe tema formării profesionale continue. Dat fiind faptul că este vorba de factori motivaționali, a căror influență este deosebit de importantă în cadrul activității profesionale, putem constata ruptura existentă între cele „două tabere” în ceea ce privește reprezentarea dorințelor și aspirațiilor salariaților. Considerăm că această ruptură poate fi refăcută doar prin intermediul unei rapide intervenții pe calea câtorva instrumente esențiale: **dialogul social**, prin dezvoltarea unor mecanisme specifice la nivelul unităților, care să acopere atât dimensiunea formării profesionale continue cât și cea a reprezentării la nivelul angajatorilor; **introducerea unor metode moderne de management a resurselor umane** (profesionalizarea serviciului de resurse umane), care să includă metode de cercetare/investigare/monitorizare a aspirațiilor personalului, identificarea factorilor motivaționali etc.; crearea unui cadru legal mult mai flexibil pe zona stimulării personalului; dezvoltarea unei strategii de monitorizare a personalului din sectorul sanitar, dezvoltată la nivel național sub coordonarea Ministerului Sănătății și cu participarea tuturor organizațiilor cu activitate relevantă în domeniu, în special organizațiile profesionale și cele sindicale.

RECOMANDĂRI

Toate recomandările noastre pornesc de la premisa necesității unei strategii în sistemul sanitar centrată pe creșterea calității serviciilor medicale acordate pacienților prin creșterea calității vieții profesionale a angajaților.¹ Dată fiind multitudinea actorilor implicați în desfășurarea activităților de formare profesională continuă în sistemul sanitar recomandările noastre au fost organizate pe mai multe paliere, corespunzătoare competențelor instituționale ale fiecăruia dintre ei, cu menționarea zonelor de intervenție comună.

Unitățile sanitare

Recomandăm implicarea activă a unităților sanitare în formarea continuă a personalului propriu. În acest sens, considerăm că sunt necesare cel puțin următoarele demersuri:

- Identificarea ansamblului competențelor existente la nivelul unității – *tabloul competențelor existente*;
- Stabilirea setului de competențe necesare (raportat la nivelul spitalului, specializările existente, strategia de dezvoltare, standardele de evaluare) – *tabloul competențelor necesare*;
- Identificarea nevoilor de formare profesională la nivelul unităților:
 - 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:
 - 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 tehnice
 - Competențe comune;
 - Strategia trebuie realizată împreună cu partenerii sociali, organismele profesionale. 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.

¹ Prezumând o legătură cauzală între calitatea vieții profesionale a personalului din sistemul sanitar și calitatea serviciilor medicale acordate pacienților.

- Finanțarea cursurilor de formare profesională continuă, acolo unde acestea nu sunt finanțate /furnizate gratuit de organismele profesionale.
 - 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.² 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
 - Pot fi selectați angajații cu experiență și cu bune rezultate profesionale;
 - Necesită pregătirea acestora în domeniul formării;
 - Necesită, de asemenea, modificarea traseelor de carieră în sensul adăugării calității de mentor și introducerii unor forme de recompensă;
 - Introducerea unor proceduri de formare practică, bazate pe standarde de formare și instrumente de evaluare;

Ministerul Sănătății

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. Presupune investiții și proiecte pe fonduri structurale pentru formarea specialiștilor în resurse umane și schimburi de experiență. Ministerul Sănătății trebuie să aibă inițiativa în acest sens, inclusiv prin construirea unui departamente 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 trebuie să facă parte din dialogul social, prin extinderea instrumentelor/instituțiilor de dialog social. Strategia trebuie să includă dezvoltarea consilierii profesionale la nivelul unităților sanitare, în parteneriat cu organismele profesionale și partenerii de dialog social.

Crearea unui cadru de dialog social la nivelul întregului sistem sanitar mult mai cuprinzător, care să conțină prevederi și mecanisme specifice atât activității la nivel de unități sanitare cât și la nivel de județe și regiuni. Una din dimensiunile acestui noi cadru de desfășurare a activității

² Reținem ca exemplu negativ situația unui spital clinic din Cluj unde ne-a fost semnalată atitudinea unui director de îngrijiri care a militat împotriva inițiativei unui sindicat de a autoriza unitatea sanitară la un organism profesional ca furnizor de formare profesională continuă.

partenerilor de dialog social o constituie introducerea unor mecanisme specifice în contractul colectiv de muncă la nivel de grup de unități respectiv la nivel de sector.

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.³

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.

Organismele 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, recomandăm ca organizațiile profesionale să furnizeze într-o pondere mult mai mare cursurile de formare profesională continuă în mod gratuit pentru proprii membri. În acest sens avem în vedere faptul că salariații aparținând profesiilor liberale (medici, asistenți medicali, farmaciști etc.) au deja obligația de a plăti cotizația lunară organismelor profesionale, o parte a acestor bani (care se ridică la sume importante) putând fi alocată în mod firesc către organizarea și finanțarea cursurilor de formare profesională continuă. 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 ar 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 trebuie 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.

³ Considerăm necesară o analiză 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.).

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.

Este necesară o mai mare obiectivitate și transparență 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 trebuie să fie 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

Redefinirea rolului formării profesionale continue în acord cu interesele multiplilor actori și beneficiari: angajați, angajatori, pacienți, cetățeni, organizații, instituții.

Organizațiile sindicale

La nivelul acestor organizații este necesară o mai mare orientare și preocupare pentru intervenția și monitorizarea formării profesionale continue.

Reglementarea formării profesionale continue a salariaților trebuie să aibă cel puțin statutul de anexă la Contractele colective de muncă la nivel de unitate. Pentru reușita acestui demers minim este necesară constituirea unui 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.

Dezvoltarea activităților de cercetare în domeniul formării profesionale continue și calității serviciilor medicale, care să contribuie la creșterea capacității de management a problemelor specifice pe care le au membrii de sindicat.

Implicarea în desfășurarea unor cursuri de formare profesională cu impact asupra calității vieții profesionale și armonizarea vieții profesionale cu viața de familie.

CoNAS

Strategia și acțiunile unităților sanitare în domeniul formării profesionale continue trebuie să facă parte din 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 trebuie să aibă în vedere atât indicatorii calității vieții profesionale⁴ cât și indicatorii calității serviciilor medicale.⁵

Guvernul României

Recomandăm elaborarea unei strategii naționale în domeniu, care să vizeze instituirea formării inițiale centrate pe competențe obiective și creșterea competențelor profesionale, care să includă și dimensiunea formării profesionale continue.

Orientarea fondurilor structurale în acest domeniu constituie un mijloc eficient de susținere financiară a unei asemenea strategii. Pentru a fi eficientă pe termen scurt este necesară reevaluarea Documentelor Cadru de Implementare pentru programele aflate deja în derulare, fiind de un maxim interes pentru sectorul sanitar Programul Operațional Sectorial Dezvoltare Resurse Umane. Considerăm că în condițiile actualelor dificultăți bugetare fondurile structurale pot reprezenta o foarte importantă sursă de finanțare a formării continue și, în același timp, de organizare a activităților de formare necesare, exemplul cel mai elocvent în ceea ce privește posibilitățile în acest sens constituindu-l POSDRU. Pentru a crește eficiența acestei strategii sunt necesare măsurile de identificare a necesarului de formare la nivelul unităților sanitare, centralizarea și publicarea acestora, pentru a putea fi identificate de organizațiile care inițiază sau implementează proiecte în domeniu, precum și transpunerea acestor nevoie în strategiile naționale, respectiv în Documentele Cadru de Implementare a programelor aferente acestor fonduri.

O măsură ce vizează flexibilizarea ofertelor de formare și adaptarea acestora la cerințelor pieței muncii, respectiv la necesarul de competențe pentru sectorul sanitar, o constituie trecerea ANC/CNFPA în subordinea Ministerului Muncii și relansarea Comitetele sectoriale. În acest sens, este necesară înființarea Comitetul sectorial sănătate, acesta urmând a fi responsabil de stabilirea cadrului pentru formarea profesională a adulților, incluzând formarea profesională continuă.

Recomandăm de asemenea modificări legislative în sensul creșterii importanței dialogului social în domeniu formării profesionale continue, incluzând crearea unor noi instituții de dialog social.

Salariații

În contextul creat de intenția Ministerului Sănătății de a trece la salarizarea în funcție de performanță, devine evidentă urgența orientării salariaților către abordarea din punctul de vedere al competențelor a propriei cariere profesionale și a modului curent de exercitare a profesiei. Abordarea propriei cariere profesionale bazată pe competențe și eficiență, materializate prin creșterea calității serviciilor medicale acordate, este unul esențial în acest context. Creșterea nivelului

⁴ 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.

⁵ 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

de accesare a serviciilor de consiliere profesională⁶ face parte și ea din noua orientare ce ar trebui 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 trebuie să fie unul comun, instituții – organizații – salariați, pentru a avea succes.

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 unui noi strategii în domeniul formării profesionale continue.

Domeniul comun de intervenție

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)⁷ 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.

⁶ Evident, în condițiile construcției efective a unui sistem eficient de consiliere.

⁷ 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.

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,⁸ recunoașterea și stimularea (inclusiv materială) profesioniștilor de succes.

Pentru a putea **eficientiza formarea profesională continuă** recomandăm dezvoltarea și implementarea unei strategii de intervenție în dimensiunea motivațională a salariaților, care să includă:

- Recunoașterea eforturilor depuse de salariați în domeniul propriei formări profesionale continue:
 - o Stimularea salarială a:
 - Diferențelor de competență dovedite;
 - Diferențelor de calitate a serviciilor medicale;
 - o 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.⁹

Atât din punctul de vedere al angajatorilor cât și din cel al angajaților putem considera că nivelul de încredere al salariaților în utilitatea formării profesionale continue este în general mediu. Remedierea situației o vedem posibilă atât prin intermediul unor acțiuni directe (gen campanii de conștientizare) cât și, mai ales, prin intermediul setului de acțiuni care aduc formarea profesională continuă la valoarea sa reală în ceea ce privește calitatea actului medical și la impactul firesc asupra salariaților, inclusiv din punct de vedere salarial.

Colectivul de cercetare:

Coordonator cercetare: Lect. univ. dr. Viorel Rotilă

Asistenți cercetare: Vasile Andrieș

Georgiana Ciobanu

Lidia Celmare

Lect. univ. drd. Traian Palade

⁸ Spre exemplu, cea mai mare parte a timpului alocat formării profesionale continue ar trebui să fie inclus în timpul de lucru.

⁹ În această direcție considerăm că se impune desfășurarea unor eforturi semnificative 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 acestora în ansamblul factorilor motivaționali, care contribuie totodată în mod semnificativ la creșterea calității vieții profesionale.



STUDIU PRIVIND SISTEMUL DE DESPĂGUBIRE A PACIENȚILOR PREJUDICIAȚI APLICABIL ÎN ROMÂNIA.
O analiză critică a proiectului de lege privind răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorilor

ROTILĂ Viorel



SODALITAS 2013



Colecția

SOCIOLOGIE MEDICALĂ

**EDITURA SODALITAS
2013**



Prezentarea autorului

Doctor în filosofie al Universității „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. Lect. univ. dr. la Universitatea „Dunărea de Jos” Galați.

Manager al mai multor proiecte POS DRU de succes, toate incluzând cercetări pe tema consilierii, informării și formării profesionale, migrației, condițiilor de muncă și impactul legislației asupra lucrătorilor.

Autor a numeroase studii de cercetare în domeniul sociologiei medicale (câteva exemple: *Impactul Directivei nr. 24/2011 asupra sistemului sanitar din România, Studiul privind nevoile specifice de consiliere și orientare profesională ale salariaților din sănătate, Studiu asupra timpului de muncă în sectorul sanitar din România. Analiza de caz: gărzile medicilor*) și a coordonat studii pe domeniul calității vieții profesionale, migrația salariaților din sănătate și în domeniul analizei pieții muncii (majoritatea pot fi găsite pe <http://www.cercetare-sociala.ro>). Autorul *Studiului asupra principalelor probleme ale POS DRU și soluțiile posibile de eficientizare a acestuia* „Poziția beneficiarului”. Coordonatorul a 5 cercetări privind problema șomajului (3 aflate în derulare).

Director al Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”.

Autor al următoarelor cărți: *Tragicul în filosofia existențialistă franceză* (teza de doctorat); *Heidegger și rostirea ființei; Din alchimia unei existențe*, „Citește-mă pe mine!” *Jurnal de idei; Omul societății de consum. În căutarea unei noi ideologii*.

Autor al blogului: <http://viorel-rotila.ro>

Copyright © 2013

Toate drepturile sunt rezervate Editurii SODALITAS

Printed in Romania

***Studiu privind sistemul de despăgubire a
pacienților prejudiciați aplicabil în
România.***

***O analiză critică a proiectului de lege
privind răspunderea civilă a personalului
medical și a furnizorilor***

Autor: ROTILĂ Viorel

**Str. Domnească, nr. 66, Galați
Telefon: 0336.106.365
Fax: 0336:109.281
Email: contact@cercetare-sociala.ro
www.cercetare-sociala.ro**

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României (în curs de solicitare)

ROTILĂ, VIOREL

Studiu privind sistemul de malpraxis aplicabil în România. O analiză critică a proiectului de lege privind răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorilor/ Rotilă Viorel; - Galați : Sodalitas, 2013

Bibliogr.

ISBN 978-606-93503-3-1

Copyright © 2013

Toate drepturile sunt rezervate Editurii Sodalitas

Printed in Romania

Cuprins

Introducere.....	8
Câteva definiții.....	9
Cadrul juridic aplicabil și principiile ce pot governa un sistem de despăgubire a pacienților în caz de prejudiciu/sistem de malpraxis	10
Modele de organizare a sistemelor de despăgubire a pacienților în caz de prejudiciu.....	10
Natura obligației față de pacient ca temei al răspunderii civile. Obligația de diligență vs. obligația de rezultat	12
Acordul medical.....	14
Obligația pacientului de a respecta prescripțiile medicale	15
Condițiile juridice pentru existența malpraxisului	15
Sistem litigios de despăgubire în caz de malpraxis sau sistem administrativ de rezolvarea a cazurilor de prejudiciu adus pacienților?	17
Sistemul despăgubirii pacienților pentru prejudiciu constituie soluția optimă	18
Câteva clarificări conceptuale	19
Estimarea impactului unui sistem malpraxis. Abordare generală	20
Costurile introducerii noii „legi a malpraxisului”	20
Impactul asupra personalului medical și instituțiilor/organizațiilor din sănătate	21
Accentuarea deficitului de personal.....	21
Medicina defensivă	23
Scăderea calității vieții profesionale	24
Factori de influență în funcționarea sistemului	25
Organismele profesionale	25
Experții.....	26
Siguranța pacienților	27
<i>Errare humanum est</i> . Prevenirea erorilor depinde de designul sistemului	29
Calitatea serviciilor medicale	30
Despăgubirile acordate pacienților prejudiciați	32
Prejudiciul. Scurtă analiză	32
Sistemul malpraxis.....	34
Sistemul despăgubiri pacienților pentru prejudicii	35

Culpa sistemului vs. culpa profesioniștilor	35
O analiză critică a proiectului de lege privind Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice	38
Definiția malpraxis-ului	38
Neglijența personalului vs. despăgubirea pacienților	39
Culpa profesionistului vs. culpa sistemului	40
Responsabilitatea medicului versus responsabilitatea personalului medical.....	40
Câteva probleme juridice	41
Acordul informat în condițiile de incapacitate a pacientului	41
Discernământului minorului în contextul „legii malpraxis-ului”	41
Cui profită noul sistem al răspunderii civile?	44
Unele soluții de atenuare a impactului sistemului malpraxis	45
Libertatea spitalelor în domeniul asigurărilor de malpraxis	45
Câteva strategii de sprijin a personalului medical în cazul sistemului malpraxis.....	45
Cercetarea ca strategie de acțiune bazată pe dovezi.....	46
Câteva concluzii	47
<i>De lege ferenda</i> . Câteva prevederi necesare pentru introducerea sistemului despăgubirii pacienților pentru prejudicii.....	50
Definiție	50
Sistemul general de asigurări/Sistemul de despăgubire în caz de prejudicii	50
Criteriile de despăgubire	50
Criteriile de despăgubire	51
Crearea unei instituții specializate	52
Organizarea procedurală.....	52
Crearea unui corp disciplinar.....	52
Îmbunătățirea procedurilor medicale	53
Bibliografie	55

Introducere

Evenimentele adverse ce puteau fi prevenite, cunoscute public sub forma cazurilor de malpraxis, au un impact economic semnificativ la nivel național, prin intermediul pierderilor de venituri, pierderi în ceea ce privește muncile casnice, incapacități, costuri pentru bugetul social și costuri de sănătate. În sănătate aceste costuri se adaugă pierderilor determinate de costurile inoportune. Efectul general al evenimentelor adverse ce puteau fi prevenite îl constituie îngrijirile medicale nesigure. Sunt câteva din argumentele care motivează preocuparea noastră pentru această temă, lansând totodată o parte din direcțiile de abordare a acestei probleme delicate pentru lumea medicală și starea de sănătate a pacienților.

Calitatea României de stat membru al Uniunii Europene atrage după sine obligații ce includ și aspectele privitoare la protecția pacienților în caz de prejudiciu. În acest sens, Directiva nr. 24/2011 constituie principalul act care stabilește principiile obligatorii în domeniu. Intenția Directivei este de a crea *mecanismele de intervenție în cazul unui prejudiciu rezultat în urma asistenței medicale, respectiv mecanisme pentru protecția pacienților și pentru repararea daunelor în cazul unui prejudiciu și că aceste mecanisme sunt adecvate naturii și amplitudinii riscului*. Din această perspectivă putem observa că în mod impropriu se vorbește de o *lege a malpraxis-ului* sau de o *lege a răspunderii civile a personalului medical și a furnizorilor*, titlul mai potrivit fiind **legea despăgubirii pacienților în caz de prejudiciu**.¹

Legea malpraxis-ului/legea despăgubiri pacienților în caz de prejudiciu trebuie să fie sincronizată cu o serie întreagă 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,² 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.

Una din întrebările fundamentale ce stă la baza unei noi lege: Este necesară legătura dintre cazurile de prejudicii aduse pacienților și sancționarea personalului? De răspunsul la ea depinde construcția noului sistem (bazat pe malpraxis sau pe despăgubirea în caz de prejudiciu), respectiv stabilirea obiectivelor acestuia.

Sugerăm astfel că principalul obiectiv al unei construcții instituționale în acest domeniu îl constituie *despăgubirea pacienților prejudiciați*. Contrar credințelor comune, *inhibarea neglijenței furnizorilor* constituie un obiectiv secundar. Din acest motiv, o problemă fundamentală pentru designul oricărui

¹ Având în vedere consacrarea termenului *malpraxis* și a formulei *legea malpraxis-ului* vom utiliza în continuare, alternativ, cele două definiții, clarificările conceptuale existente pe parcursul studiului venind să arate domeniul relativ limitat al cazurilor de malpraxis raportat la întinderea *prejudiciilor pacienților*.

² Absența unor eforturi în acest sens dăunează în special personalului medical, acesta căzând 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.

sistem de sănătate o reprezintă alegerea între a se concentra pe primul obiectiv sau a le combina pe ambele.

Având în vedere cunoștințele despre sistem, unele furnizate chiar de experiențe personale, am tinde să optăm pentru combinarea celor două obiective, generând astfel și un necesar factor inhibitor pentru neglijență alături de crearea unui mecanism eficient de despăgubire. Cu toate acestea, avem în vedere faptul că inhibiția neglijenței poate fi realizată și pe cale administrativă, eliminând astfel costurile suplimentare pe care le generează un sistem orientat pe rezolvarea cazurilor de malpraxis în instanță, având ca acuzați și profesioniștii responsabili (sau în special profesioniștii). Dacă problema costurilor se dovedește a fi deosebit de importantă, riscând să genereze semnificative efecte negative, atunci este de dorit asigurarea unui efect inhibitor pe cale administrativă.

Includerea dimensiunii inhibitorii a neglijenței are un efect curios, conducând mai curând la generarea unor „standarde de neglijență”³ decât a unora de comportament. Chiar dacă această tendință este constatată mai degrabă în sistemele juridice de tip *common law*, unde regula precedentului ajunge să *facă drept*, cel puțin la modul implicit, faptul că România este situată simultan în două spații juridice diferite, respectiv cel național și cel creat de apartenența la Uniunea Europeană, naște îndoieli privind aplicarea sigură a unor reglementări și tarife stabilite pe cale legală, riscând să deschidă o adevărată „Cutie a Pandorei” în ceea ce privește efectele sistemului de malpraxis.

Principiile care guvernează *sistemul despăgubirilor în caz de prejudiciu* au o influență semnificativă asupra funcționării sistemului sanitar, stabilind în fapt o bună parte din regulile și mecanismele acestuia din urmă.

Funcționarea eficientă a unuia sau altuia din cele două modele de despăgubire depinde într-o măsură considerabilă de capacitatea sistemului de a stabili standarde de îngrijire și de a desfășura studii clinice pentru îmbunătățirea acestora standarde.⁴

Un nivel rezonabil de estimare oficială a impactului fiecăruia din modele este dificil de realizat datorită lipsei cercetărilor relevante în domeniu. Situația este determinată și de interesul foarte scăzut pentru sociologia medicală, atât la nivel oficial cât și în ceea ce privește cercetarea medicală. Pe baza studiilor și cercetărilor desfășurate de noi pe tema diferitelor probleme ale sistemului sanitar încercăm totuși în prezentul studiu o estimare a impactului unei noi legi, sugerând totodată modelele optime care ar acoperi o plajă cât mai largă de interese și ar avea o probabilitate mult mai mare de funcționare eficientă.

Câteva definiții

Malpraxis – orice deviere de la standardele de îngrijiri medicale acceptate, care determină prejudicii unui pacient.

Evenimentele adverse – incidente medicale - evenimente medicale nedorite care nu sunt determinate de neglijență.

Eveniment medical nefericit – consecința severă a unui tratament aplicat corect, care intervine rar (nu mai mult de 1% din cazuri). Exemple: reacții alergice la medicamente, complicații chirurgicale neobișnuite în urma tratamentului.

Siguranța pacienților – se referă la un set de reguli, practici și sisteme orientate către prevenția prejudiciilor medicale.

³ Prejudiciul care nu s-ar fi întâmplat în situația în care pacientul ar fi fost tratat de cei mai buni profesioniști.

⁴ Putem considera că abordarea generală în acest sens stă sub semnul medicinei bazate pe dovezi.

Cadrul juridic aplicabil și principiile ce pot governa un sistem de despăgubire a pacienților în caz de prejudiciu/sistem de malpraxis

Modele de organizare a sistemelor de despăgubire a pacienților în caz de prejudiciu

Într-o abordare generală putem considera că la nivel mondial sunt consacrate două mari principii pe care se întemeiază un astfel de sistem, în funcție de ele acesta căpătându-și definiția:

- Sistemele bazat pe *neglijența* personalului medical/furnizorilor. Sunt sistemele în care utilizarea termenului *malpraxis* este adecvată, ele fiind în bună măsură asociate cu soluționarea cererilor de despăgubire în instanță.
- Sistemele bazate pe *despăgubirea pacienților în caz de prejudiciu*, cunoscute și sub denumirea „No-fault”. Aceste sisteme nu leagă despăgubirea pacienților de existența malpraxis-ului.⁵ Din perspectiva procedurilor, ele sunt asociate în mare parte cu soluționarea solicitărilor de despăgubiri în fața unor „curți de sănătate”/instanțe administrative, instanțele judiciare jucând doar rolul de instanțelor de apel.

Dintr-o altă perspectivă, ce ia în considerare mai multe criterii de definire în mod simultan, sistemul malpraxis-ului/despăgubirii pacienților în caz de prejudiciu poate fi organizat după câteva modele recunoscute la nivel internațional:⁶

- a) **Sistemele bazate pe rezolvarea în instanță a litigiilor.** Neglijența (culpa) personalului este stabilită de instanță, aceasta sprijinindu-se pe mărturiile experților și pe regula precedentului (în special în statele cu sisteme juridice de tip *common law*). Modelul este bazat pe *neglijență*, despăgubirile fiind acordate doar în cazurile în care aceasta poate fi demonstrată. Sistemul este funcțional doar în asociere cu libertatea de decizie a personalului medical (în special a medicilor).⁷
- b) **Sistemele bazate pe ghidurile clinice și pe protocoalele de practică medicală.**⁸ Ghidurile furnizează baza de referință pentru existența sau absența culpei furnizorului; personalul medical care respectă prevederile protocoalelor de practică este prezumat ca non-neglijent. Respectarea protocoalelor constituie astfel o modalitate de apărare a personalului medical față de acuzațiile de malpraxis, însă aduce cu sine și posibilitatea de a fi acuzat de nerespectarea acestora de către reclamanți. Contestatarilor protocoalelor de practică acuză îngrădirea libertății medicilor și faptul că acestea sunt centrate în special pe reducerea costurilor.
- c) **Răspunderea spitalelor** – descrie o gamă largă de sisteme în cadrul cărora spitalele suportă cel puțin o anumită parte din răspunderea de malpraxis care este atribuită în mod tradițional doctorilor. Una din modalități o constituie asigurarea propriilor salariați de către spital. În acest

⁵ Ele pot însă include și o abordare de tip *malpraxis*, fără însă ca aceasta să constituie elementul definitoriu.

⁶ Modelul de sistematizare este preluat după Daniel P. Kessler, *Evaluating the Medical Malpractice System and Option to Reform*, J Econ Prospect. 2011 Spring; 25 (2): 93-110; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3195420/>, fiind completat cu propriile observații. Menționăm că este vorba de prezentarea unor modele ce au accente diferite, respectiv criterii de definire diferite.

⁷ Ceea ce înseamnă că în sistemele de sănătate bazate pe o puternică structură ierarhică intra- și interprofesională, în care decizia medicală aparține deseori fie unui colectiv fie, mai curând, șefului ierarhic, acest model are o aplicabilitate destul de limitată.

⁸ Introducerea ghidurilor și a protocoalelor de practică necesită un efort de standardizare a procedurilor de practică și tratament din partea profesioniștilor din diferitele specialități. Ele ar putea juca în instanță cel puțin rolul „mărturiilor colective ale specialiștilor dintr-un domeniu”, furnizând totodată punct de reper stabile în deciziile profesionale.

model organizațiile care asumă costurile răspunderii servesc ca intermediari între personalul medical și societățile de asigurări. Cel mai importat lucru însă îl constituie faptul că, în condițiile în care erorile de sistem au o pondere foarte mare în apariția cazurilor de malpraxis, preluarea responsabilității de către spitale conduce la o îmbunătățire a calității serviciilor medicale.⁹ Totodată, nu trebuie neglijat nici avantajul pe care-l oferă o asigurare de asemenea amploare în negocierea cu firmele de asigurări.¹⁰

- d) **Rezolvarea în mod alternativ a disputelor** – presupune rezolvarea disputelor/reclamațiilor de malpraxis prin intermediul unei terțe instituții, alta decât instanța (ex. medierea, comisii de specialitate). Are avantajul unei rezolvări mai rapide a disputelor, cu costuri adiționale mult mai mici, și generând un feedback mult mai amplu. Criticii argumentează că acest sistem poate fi defavorabil pacienților prejudiciați, firmele de arbitraj și/sau mediere fiind mult mai probabil să favorizeze furnizorii de servicii medicale, la care se adaugă lipsa căilor de apel.
- e) **Sistemul bazat pe compensarea administrativă.** Poate lua două forme:
- „**curțile de sănătate**” – funcționează cu judecători special pregătiți pentru judecarea unor astfel de cazuri;
 - **Sistemul „No-fault” (fără vinovăție)** – presupune existența unui corp administrativ care să rezolve pretențiile celor prejudiciați. Printre avantaje se numără faptul că tinde să compenseze un grup mai mare de pacienți (însă cu scăderea sumelor acordate pentru compensare), și, de asemenea, tinde să reducă compensările excesive și cele insuficiente. Cele mai importante dezavantaje vizează faptul că creșterea numărului de cazuri compensate poate conduce la creșterea cheltuielilor, la care se adaugă reducerea stimulării precauției însoțită de creșterea numărului de vătămări medicale.

Cele două formule pot fi combinate, ambele bazându-se însă pe sistemul *prejudiciului evitabil*, raportat la standarde existente în domeniu. Literatura de specialitate¹¹ indică trei state care se bazează pe acest sistem, Suedia, Danemarca și Noua Zeelandă, arătând și câteva condiții esențiale pentru funcționarea lui:

- Utilizarea unor experți neutri;
- Efortul de investigare aferent compensărilor este transferat către autorități disciplinare;
- Existența unui sistem juridic național care să permită o astfel de abordare.

⁹ Mergând pe teoria că asumarea responsabilității de către cel culpabil (în cazul acesta sistemul) poate conduce la un feedback adecvat, cu un semnificativ impact pozitiv în îndreptarea erorilor.

¹⁰ Practica arată că încheierea polițelor în mod individual, de către fiecare din salariați, conduce la plata unor sume mult mai mari decât dacă aceste asigurări ar fi fost negociate global.

¹¹ Kachalia, et al., *Avoidability and Medical Injury Compensation*, Social Science and Medicine, Volume 66, Issue 2, January 2008, Pages 387-402 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.020>).

Natura juridică a obligației față de pacient ca temei al răspunderii civile. Obligația de diligență vs. obligația de rezultat

Regula în materia obligațiilor personalului medical o constituie obligația de diligență. Literatura de specialitate din România, care s-a orientat în funcție de prevederile legale de până în acest moment, consideră că obligația de diligență se raportează la *nivelul personal al cunoștințelor de specialitate* și la *nivelul obiectiv al științei de la acea dată*,¹² cu câteva excepții în care intervine obligația de rezultat (exemplul autorului: operațiile estetice, anumite manopere medicale). După cum putem observa, raportarea este la variabile subiective, fapt care îngreunează semnificativ stabilirea cazurilor de malpraxis. Proiectul noii legi a malpraxis-ului (iulie 2013) introduce exclusivitatea obligației de diligență în cazul medicilor și se raportează la *standardele profesionale de pregătire și pricepere acceptate de comunitatea medicală*, fără a indica însă care sunt sursele pentru identificarea nivelului de referință. Evident, într-o astfel de situație sarcina stabilirii standardelor revine experților, aceștia fiind însă lipsiți la rândul lor de un nivel de referință. În ceea ce privește exclusivitatea obligației de diligență în cazul medicului se ivesc câteva probleme:

- Stabilirea criteriilor pentru excluderea altor categorii de personal medical de la principiul obligației de rezultat;
- Identificarea excepțiilor de la obligația de diligență;

Enumerarea tipurilor de obligații față de pacient poate lămurii într-o măsură considerabilă natura obligației generale față de pacient:¹³

¹² Gabriel Adrian Năsui, *Malpraxisul medical. Particularitățile răspunderii civile medicale*, rezumatul tezei de doctorat, Universitatea de Vest din Timișoara, Facultatea de Drept și Științe Administrative, p. 2.

¹³ Preluăm schița generală a obligațiilor față de pacient prezentată de Gabriel Adrian Năsui, *Malpraxis-ul medical. Particularitățile răspunderii civile medicale*, rezumatul tezei de doctorat, Universitatea de Vest din Timișoara, Facultatea de Drept și Științe Administrative, pp. 3-7, căreia îi aducem completări în speranța închegării unui tablou cât mai complet a acestora. Menționăm însă că nu suntem de acord cu o mare parte din interpretările acestor obligații ca obligații de rezultat la care recurge autorul. Spre exemplu:

- *obligația de securitate* – nu poate fi considerată obligație de rezultat. Critica exemplelor la care recurge autorul este edificatoare:
 - o În *cazul infecțiilor nosocomiale*, indicate de autor ca exemplu al obligației de rezultat, literatura de specialitate indică limitele controlului în astfel de situații, unele derivând din limitele medicinei.
 - o În *cazul obligației de supraveghere a pacientului* asistăm la o puternică afectare a capacității unităților sanitare publice de a o onora în urma blocării angajărilor în sistem, respectiv datorită deficitului de personal. Tragicul eveniment de la Maternitatea Giulești este un bun exemplu în acest sens, inclusiv în ceea ce privește interpretarea eronată a cauzalității de către Procuratură, care fie trebuia să cerceteze și pe cei care au determinat deficitul de personal ce a creat una din condițiile pentru efectele nefericite ale incidentului (Guvernul României și ministrul Sănătății) fie nu a invocat culpa sistemului, constituindu-l parte civilă în ceea ce privește despăgubirile civile. În acest caz este evidentă și inadaptarea legii penale la realitățile sistemului.
- *Obligația de informare și consimțământ* nu este nici ea o obligație de rezultat, nivelul de informare fiind dependent atât de informațiile oferite de personalul medical cât și de capacitatea de înțelegere a pacientului. Având în vedere faptul că nu putem lua în calcul o standardizare a capacității de înțelegere a pacientului, care ar permite verificarea rezultatului informării de către personalul medical, este vorba în mod clar de o obligație de diligență. Dacă în domeniul consimțământului informat am accepta existența unei obligații de rezultat atunci principiul ar fi aplicabil și sistemului de învățământ, profesorii fiind nevoiți să garanteze performanța elevilor. De altfel, situația ar fi aplicabilă și sectorului sanitar, având în vedere faptul că proiectul de lege definește malpraxis-ul raportându-se la *standardele de pregătire și pricepere* ca punct de reper esențial în vedere raportării,

- *Obligația de îngrijire.* Debutază odată cu acceptarea unei persoane ca pacient;¹⁴ fac excepție situațiile de urgență.
- *Obligația de securitate.* Vizează asigurarea integrității corporale și protecția pacientului împotriva afecțiunilor dobândite în cursul spitalizării; fac excepție atât afecțiunile inerente celei/celor de bază cât și manevrele medicale cu caracter invaziv sau mutilant adiacente intervențiilor, acceptate de către pacient. La rândul lor, efectele secundare ale medicației indică o problemă în ceea ce privește stabilirea responsabilității.
- *Obligația de informare și consimțământ* (consimțământul informat).
- Obligația de confidențialitate.¹⁵

Obligația de rezultat poate fi luată în considerare doar în situațiile în care rezultatul poate fi garantat, fiind excluse riscurile. Din această perspectivă, având în vedere faptul că este vorba atât de variabilitatea factorului uman cât și de limitele medicinei, este discutabilă excluderea oricăror riscuri, mai ales în cazurile în care este evident cel puțin un grad minim de probabilitate al acestora.

În ceea ce privește riscurile care fac inaplicabilă obligația de rezultat, în afara variabilității oferită de terenul biologic și psihologic, de comportamentul pacientului și de faptul că medicina nu este totuși o știință exactă, ea confruntându-se cu multe limite, trebuie luat în considerare și *culpa sistemului*, care subsumează o serie de situații ce pornesc de la eroarea umană firească și merg până la evenimentele adverse, deseori aflate în afara controlului uman (raportat la modul de organizare și posibilitățile tehnice de la un moment dat).

Concluzie: obligația de rezultat nu este operabilă în practica medicală în ceea ce privește sistemul malpraxis-ului, fiind aplicabilă doar obligația de diligență. Pentru a crește însă gradul de obiectivitate al acesteia, raportarea trebuie să se facă însă la standarde de tratament și proceduri obligatorii, care să apere interesele pacienților.

fapt care deschide discuția despre culpa unităților de învățământ medical, acestea putând fi acuzate că atestă respectarea acestor standarde.

Obligația de informare are două componente esențiale:

- o „Publicitatea serviciilor medicale” – se referă la informațiile medicale cu caracter public la care are dreptul pacientul. Legea 95/2006, Contractul cadru de furnizare a serviciilor medicale în sectorul public și Normele la Contractul cadru constituie exemple relevante.
- o Informare făcută de personalul medical pacientului.

Atât așteptările pacientului cât și consimțământul acestuia depind de cele două componente. În practică se întâlnește destul de des situația incapacității unităților sanitare de a asigura calitatea și cantitatea serviciilor medicale la nivelul la care prevederile legale îl îndreptățesc pe pacient. Motiv pentru care informarea făcută de personalul medical include deseori atât comunicarea procedurilor ce nu pot fi efectuate din lipsă de resurse cât și oferirea alternativelor, care includ varianta achiziționării de către pacient a diferitelor materiale sanitare și medicamente. Din această perspectivă este evidentă apariția cel puțin a două categorii de probleme:

- o Poate fi considerată o astfel de informare drept onorare a obligației de informare? Avem în vedere în special faptul că ea capătă și un aspect negativ, de „informare asupra imposibilității de a respecta prevederile legale”.
- o În situația materialelor și medicamentelor achiziționate de către pacient care este procedura de instituire a responsabilității furnizorilor de medicamente și materiale sanitare?

¹⁴ Raportat la proiectul de lege a malpraxis-ului, considerăm că este dificil de stabilit modalitatea de acceptare a unei persoane ca pacient de către alt personal medical decât medicul.

¹⁵ În continuare autorul indică următoarele obligații, pe care nu am considerat necesar să le enumerăm separat:

- Obligația de respectare a vieții private – este limitată și adiacentă obligației de îngrijire, fiind una din condițiile acesteia;
- Obligația de nediscriminare – este parte integrantă a condițiilor de acceptare a unei persoane ca pacient, deci a obligației de îngrijire.

Acordul medical

Acordul medical reprezintă, în principiu, regula în domeniul relației medic-pacient (respectiv personal medical – pacient). Din punct de vedere juridic el este considerat în literatura de specialitate un act: **sinalagmatic** (are obligații reciproce), **consensual** (ambele părți își exprimă acordul în mod expres sau implicit), **oneros** (serviciul medical reprezintă prestația personalului iar onorariul/taxa/salariul pot fi considerate în principiu forme de plată), **intuitu personae** (încheiat luând în considerare calitățile personale ale medicului/personalului medical; motiv pentru care prestația celui ales nu poate fi înlocuită de prestația altei persoane fără acordul pacientului) și **cu executare succesivă**. Numeroasele excepții de la una sau alta din caracteristicile regulate ale actului juridic considerăm că creează condițiile pentru a considera acordul medical drept un act juridic special. În acest sens, indicăm câteva din dificultățile abordării acordului medical în modalitatea clasică a actelor juridice civile:

	Dificultăți
Caracterul sinalagmatic	<ul style="list-style-type: none">- Întinderea obligațiilor personalului medical nu este cunoscută la momentul acceptării pacientului.- În bună măsură situația este aplicabilă și pacientului, nici obligațiile acestuia nefiind cunoscute de la început.¹⁶
Caracterul consensual	<ul style="list-style-type: none">- Nu se aplică în forma clasică pentru personalul medical angajat în unitățile sanitare deoarece:<ul style="list-style-type: none">o Obligațiile de serviciu intervin inclusiv în cazul medicului în acceptarea/respingerea pacientului. Situația este evidentă în special în unitățile sanitare publice.¹⁷o Pentru alte categorii de personal medical decât medicul este vorba în mod impropriu de acceptarea pacientului.¹⁸De aici derivă una din dificultățile majore pentru stabilirea culpei în cazurile de malpraxis.- Nu se aplică în unele situații de urgență, când acordul este prezumat.

¹⁶ Obligația pacientului de a respecta prescripțiile medicale, și ea parte a „relației contractuale”, nu-și poate avea întinderea cunoscută de la debutul relației.

¹⁷ Avem în vedere că nu pot fi luate în considerare criteriile de refuz a unui pacient într-o unitate publică de către un medic angajat al acesteia în condițiile în care sunt îndeplinite condițiile legale și de specialitate. Motiv pentru care putem vorbi de „o obligație de acord” existentă într-un astfel de caz. Considerăm că în aceste situații analiza culpei în cazul acuzațiilor de malpraxis îmbracă un caracter particular, necesitând o abordare diferențiată, care să țină cont de întregul context. Avem în vedere faptul că „acceptarea pacientului” în astfel de cazuri este făcută de unitatea sanitară. Argumentul este cu atât mai puternic dacă ținem cont de următoarele elemente:

- Pacientul are în vedere atât medicul cât și unitatea sanitară în ansamblul ei, respectiv relația convențională este între pacient și medic-unitate sanitară. Deoarece este vorba de o convenție între trei părți, în mod firesc răspunderea trebuie să aibă aceeași distribuție.
- În contextul modului de organizare a sistemului de asigurări sociale de sănătate, libertatea pacientului de alegere a medicului/personalului medical este puternic îngrădită de regulile de funcționare ale acestui sistem, alegerea fiind guvernată de principiul arondării teritoriale. În acest sens, este elocvent exemplul situațiilor în care într-un anumit județ există o singură unitate sanitară ce are un singur medic de-o anumită specialitate, atât pacientului cât și medicului fiindu-le anulată libera opțiune.

¹⁸ Spre exemplu, o asistentă medicală angajată într-o unitate sanitară nu poate respinge un pacient, pe care-l are în îngrijire ca o consecință a acceptării acestuia de către unul din medicii angajați pe secție. Pacientul devine „al său” în virtutea obligațiilor de serviciu/repartizării sarcinilor de serviciu, și nu a liberei decizii. Altfel spus, relația personal medical – pacient este angajată în baza acordului medicului.

	Având în vedere impactul asupra stabilirii culpei în caz de malpraxis, adăugăm faptul că este un contract multilateral, punându-se astfel problema modalității de exprimare a lui de fiecare parte.
Caracterul oneros	<ul style="list-style-type: none"> - Pentru sistemul public în mod impropriu se poate vorbi de un caracter oneros. Chiar dacă luăm în considerare <i>plata pentru altul</i> realizată de Casă, rămâne totuși problema nivelului de decontare, deseori cu mult sub prețul de cost, și absența libertății părților în stabilirea prin consens a „prețului”.¹⁹ - Dacă acceptăm decontarea de către Casă ca dând seama de „plata din partea pacientului”, rămâne totuși problema „distanței dintre cel care plătește și cel care beneficiază de plată”. - Plățile informale ridică o adevărată problemă.
Caracterul <i>personae</i>	<i>intuitu</i> - Este puternic afectat de rolul de „mediator” al acestei relații pe care-l joacă unitățile sanitare și de raporturile angajator-angajat care se interpun acestei relații.

Obligația pacientului de a respecta prescripțiile medicale

Obligația pacientului de a respecta prescripțiile medicale face parte și ea din obligațiile asumate de părți. În mod firesc, neonorarea acestei obligații de către pacient, inclusiv în situația în care se află internat într-o unitate sanitară, poate exonera personalul medical de răspundere.²⁰

Situația juridică a neonorării acestei obligații este dependentă de momentul descoperirii acesteia de către personalul medical și de impactul ei asupra efectelor diagnosticului și tratamentului.

Din aceste considerente, considerăm necesară definirea juridică a unui tip special de contract între pacient și furnizorii de servicii medicale, care să țină cont atât de situația în fapt a acestei relații cât și de contextul juridic național și european, aducându-se astfel clarificările necesare pentru funcționarea unui sistem de malpraxis sau de despăgubire a pacienților în caz de prejudiciu.

Condițiile juridice pentru existența malpraxis-ului

Abordăm condițiile juridice pentru existența malpraxis-ului din dorința unei clarificări conceptuale, ca demers prealabil obligatoriu pentru orice analiză a sistemului responsabilității civile. Ideea de bază o constituie diferența semnificativă care există între situațiile în care pacienții sunt prejudiciați și cazurile de malpraxis, malpraxis-ul fiind de fapt implicat doar într-o parte din cazurile de prejudicii. Studiile tind

¹⁹ Chiar dacă vom considera plățile informale ca fiind *onorariu*, respectiv „o modalitate de întregire a prețului”, multiplele variabile care intervin în modelarea acestui proces tind să anuleze relevanța unei astfel de interpretări.

²⁰ Unitățile sanitare trebuie să includă în procedurile lor interne monitorizarea respectării acestei obligații de către pacient prin intermediul unor mecanisme specifice și să informeze pacientul în mod expres asupra ei. Suplimentar, în situațiile de perseverență în această atitudine, care au efecte semnificative asupra stării de sănătate sau asupra eficienței procedurilor medicale, considerăm că este indicată și schimbarea statutului de asigurat, prin introducerea unor sancțiuni financiare din partea asiguratorului.

să situeze cazurile de prejudicii care nu implică neglijența (nu constituie situații de malpraxis) în jurul a 80-85% din totalul cazurilor de prejudicii.²¹

Pentru existența unui caz de malpraxis este necesară îndeplinirea următoarelor condiții:²²

- **Existența unei obligații de îngrijire.** În lipsa acesteia, suntem în alte situații juridice decât cea de malpraxis. Viciile obligațiilor de îngrijire devin probleme în existența/dovedirea unei situații de malpraxis.²³
- **Existența unor standarde de îngrijire.** Din acest punct de vedere proiectul de lege „păcătuiește” prin absența unui nivel de referință. Altfel spus, o lege a malpraxis-ului va fi funcțională doar din momentul în care se poate vorbi de existența unor standarde de diagnostic și tratament. Avem în vedere faptul că standardele de îngrijire nu pot face trimitere la „standardele de pregătire și pricepere acceptate de comunitatea medicală”, ci la comportamentul de îngrijire acceptat ca standard, acesta pretându-se la un grad de obiectivitate mult mai ridicat. Din această perspectivă, standardul de îngrijire poate fi definit în termenii **îngrijirilor pe care un profesionist rezonabil le-ar fi acordat în circumstanțe similare.**²⁴
- **Stabilirea existenței unei încălcări a îndatoririlor.** Încălcarea îndatoririlor față de pacient poate fi surveni doar în cazul în care există o definiție clară a îndatoririlor, accesibilă atât personalului medical cât și pacienților.
- **Stabilirea faptului că încălcarea îndatoririlor a cauzat o vătămare.** Simpla încălcare a îndatoririlor, fără existența unei vătămări, nu ține de domeniul malpraxis-ului. De asemenea, încălcarea îndatoririlor trebuie să constituie cauza evidentă a vătămării reclamată de pacient.
- **Stabilirea existenței prejudiciului.** Pentru a putea fi vorba de malpraxis nu este suficientă existența unei vătămări, fiind necesară și existența unui prejudiciu. Prejudiciul poate fi economic, cum ar fi cheltuielile medicale, pierderi ale venitului, cheltuieli de judecată, sau ne-economic (moral), cum ar fi durerea și suferința psihică sau emoțională.

²¹ Cu mențiunea că statisticile de acest gen se raportează la totalitatea situațiilor în care pacienții sunt prejudiciați, raportat în general la *regula celui mai bun specialist*, adică la standarde înalte de calitate a serviciilor medicale. Evident că stabilirea standardelor de calitate la un nivel mediu (uneori poate chiar scăzut), dublată de construirea unui sistem exclusiv pe *neglijență* modifică în mod semnificativ această distribuție, tinzând să rateze total cazurile de prejudicii care nu constituie malpraxis.

²² Pașii procedurali sunt preluați din: Teresa, Nabowa, *How to Define Medical Malpractice*, <http://www.wikihow.com/Define-Medical-Malpractice>. La forma inițială am adăugat completările pe care le-am considerat necesare.

²³ În acest sens, trimitem la problemele juridice pe care le indicăm în secțiunea *Acordul medical*.

²⁴ Ne referim aici la o alternativă de definiție a malpraxis-ului în proiectul legii specifice. Menționăm însă că opțiunea noastră este în mod clar pentru *standardul celui mai bun specialist*.

Sistem litigios de despăgubire în caz de malpraxis sau sistem administrativ de rezolvarea a cazurilor de prejudiciu adus pacienților?²⁵

Deoarece experiența perioadei anterioare indică funcționarea deficitară a unui sistem centrat pe constatarea din partea organismelor profesionale a cazurilor de malpraxis (Colegiul Medicilor fiind principala instituție implicată²⁶) este evidentă atât nevoie unor experți independenți cât și necesitatea introducerii unei proceduri în fața instanțelor, care să anuleze neîncrederea sădită în rândul populației de aceste deficiențe. În același timp însă, o procedură desfășurată exclusiv sau preponderent prin intermediul Justiției ridică atât problema inechității, determinată de limitarea accesului la instanță datorită costurilor aferente, cât și lipsa unui corp de experți independenți, care să medieze accesul instanțelor la înțelegerea problemelor medicale.

Avantajele sistemului litigios (rezolvării cazurilor de malpraxis în instanță)

Principalul avantaj este cel legat de accesul la instanțe și procedurile acestora, inclusiv cele privitoare la căile de apel. Suplimentar, raportat la actualele condiții (absența unui corp de experți obiectivi, lipsa procedurilor etc.), hotărârile instanțelor în ceea ce privește cererile de despăgubiri în caz de prejudiciu poate reprezenta o garanție de obiectivitate.

Dezavantajele sistemului litigios

Studiile occidentale în domeniu indică existența unor costuri foarte mari cu funcționarea unui astfel de sistem, suportate în special de personalul medical, dublate de o pondere relativ scăzută a sumelor plătite ca despăgubire pacienților vătămați.

Studiile arată, de asemenea, caracterul inechitabil din punct de vedere social al acestui sistem, în condițiile în care „doar o mică proporție din pacienții le căror prejudicii au fost cauzate de neglijență de fapt sfârșesc prin a completa o plângere pentru malpraxis”,²⁷ situația fiind folosită ca argument pentru schimbarea sistemului bazat pe litigii. Creșterea nivelului despăgubirilor într-un astfel de sistem dă naștere unui adevărat cerc vicios: determină o deteriorare a relației dintre furnizorii de servicii medicale și pacienți, determinând la rândul ei o creștere a numărului de plângeri pentru malpraxis. Suplimentar, acest obstacol în calea comunicării se dovedește a fi și o barieră în calea îmbunătățirii calității serviciilor medicale.

Având în vedere faptul că proiectul de lege a malpraxis-ului consideră că aceste cazuri sunt de competența instanțelor civile, este clar faptul că trebuie luate în considerare atât cheltuielile administrative aferente proceselor²⁸ cât și costurile cu avocații și experții. Această inegalitatea tinde să

²⁵ Sistemul nelitigios dă seama de „compensarea fără vină” (*No-fault compensation*).

²⁶ În condițiile în care susținerea financiară a funcționării Colegiului Medicilor este asigurată prin plata (obligatorie) a cotizației de către fiecare medic cu drept de practică, este ușor de înțeles tendința acestuia de a se orienta mai curând către apărarea intereselor imediate ale medicilor decât către o analiză obiectivă a spețelor deduse cercetării. Chiar și nefireasca implicare a acestui organism în activități de tip sindical, cum ar fi solicitarea creșterilor salariale, este explicabilă din perspectiva impactului financiar asupra propriului buget, respectiv a creșterii nivelului cotizațiilor în contextul creșterii salariilor.

²⁷ *Medical Malpractice: The Role of Patient Safety Initiatives*, CRS Report for Congress, pp. 2-3.

²⁸ Potrivit art. 2 alin. 1 din Legea nr. 146 din 24/07/1997, privind taxele judiciare de timbru, acțiunile și cererile evaluabile în bani, introduse la instanțele judecătorești, se taxează astfel:

- a) până la valoarea de 50 lei - 6 lei;
- b) între 51 lei și 500 lei - 6 lei + 10% pentru ce depășește 50 lei;
- c) între 501 lei și 5.000 lei - 51 lei + 8% pentru ce depășește 500 lei;
- d) între 5.001 lei și 25.000 lei - 411 lei + 6% pentru ce depășește 5.000 lei;

se adaugă celor deja existente în sistemul sanitar (inegalitatea accesului la serviciile medicale determinată de venit, zonă geografică, hazard), diluându-i astfel și mai mult dimensiunea socială.

Dintr-o altă perspectivă, considerăm că este recomandat un nivel ridicat de prudență odată cu construirea unui nou sistem, acesta trebuind să fie caracterizat de o pondere relativ redusă a situațiilor care ajung în fața instanțelor, în paralel cu creșterea ponderii sistemelor administrative de compensare. Evident, pentru ca o astfel de variantă să fie funcțională este necesară crearea unui corp de experți, independent de organismele profesionale, capabil să analizeze în mod obiectiv acest tip de situații și să ofere soluțiile adecvate. Adoptarea unui model centrat pe despăgubirea administrativă ar accentua rolul de feedback al cazurilor de malpraxis în reorganizarea sistemului, conducând la o continuă îmbunătățire a lui în interesul tuturor părților. Suplimentar, funcționarea unui astfel de model necesită recunoașterea ponderii erorilor de sistem și asumarea acestora.²⁹

„Compensarea administrativă fără vinovat” (fără identificarea vinovăției – No-Fault compensation)

Un astfel de sistem se bazează pe certitudinea existenței prejudiciului, fără a căuta să identifice vinovății. Motivele instituirii unui astfel de sistem sunt date de ponderea semnificativă a culpei sistemului și de dificultățile deosebit de mari de a discerne între culpa întregului sistem, culpa unității și culpa salariatului. Acest sistem are câteva avantaje majore:

- Sistem unitar de compensare pentru tipuri similare de prejudicii;
- Rezolvarea rapidă a cazurilor³⁰ (inclusiv pentru faptul că nu este irosit timpul pentru căutarea vinovatului și dovedirea vinovăției);
- Sistemul este centrat pe descoperirea/demonstrarea existenței prejudiciului pacientului și furnizarea compensațiilor.

Asumând ponderea ridicată a cuplei sistemului, un astfel de model se bazează pe mai multe nivele de finanțare: contribuția națională, contribuția unității și, într-o pondere mult mai mică, contribuția salariaților (eventual prin intermediul asigurărilor pe model malpraxis).

Sistemul despăgubirii pacienților pentru prejudiciu constituie soluția optimă

Având în vedere faptul că acest sistem este aplicat și de țările scandinave, alegerea lui s-ar putea dovedi sincronă cu alegerea unui sistem social, considerând astfel că există o puternică legătură între *sistemul despăgubirilor pentru prejudicii* și opțiunea pentru un stat social. Din această perspectivă, definirea statului român ca stat social de către Constituție indică sistemul despăgubirilor administrative ca unul mult mai indicat decât cel delictual (litigios).

În principiu, considerăm că soluția unui sistem mixt, centrat pe despăgubirile administrative, se poate dovedi cea mai eficientă. Un astfel de sistem presupune ca apelurile la instanță să fie rare iar la rândul lor

e) între 25.001 lei și 50.000 lei - 1.611 lei + 4% pentru ce depășește 25.000 lei;

f) între 50.001 lei și 250.000 lei - 2.611 lei + 2% pentru ce depășește 50.000 lei;

g) peste 250.000 lei - 6.611 lei + 1% pentru ce depășește 250.000 lei.

²⁹ Un astfel de sistem presupune capacitatea unităților sanitare de a plăti daune. Acesta însă este dependentă de nivelul încasărilor pentru serviciile medicale, fiind necesar ca acestea să acopere costurile reale pentru serviciile medicale și să permită crearea unor resurse financiare suplimentare pentru despăgubiri (altfel spus, costul despăgubirilor trebuie să se regăsească în nivelul de decontare/plată a serviciilor medicale).

³⁰ Spre exemplu în Noua Zeelandă cazurile sunt rezolvate într-un termen de maxim 9 luni.

instanțele (via experți) să fie legate de precedentele judecate. O problemă ar reprezenta-o efectele Directivei nr. 24/2011, care leagă într-o oarecare măsură instanțele de precedentele Curții de Justiție a Uniunii Europene.

O altă problemă o constituie situația „incidentelor medicale”, definite ca evenimente medicale nedorite care nu sunt determinate de neglijență. Spre exemplu, Noua Zeelandă, unde funcționează modelul *No-fault compensation*, consideră eligibile pentru despăgubire atât cazurile de *neglijență medicală* cât și pe cele de *incidente medicale nedorite*.

În măsura în care costurile despăgubirilor administrative sunt asumate de sistem putem vorbi de posibilitatea unei recunoașteri proporționale a culpei acestuia.

Câteva clarificări conceptuale

Diferența dintre *îngrijirile excelente* și *îngrijirile acceptabile* - definește standardele aplicabile îngrijirilor pacienților. Într-o abordare generală, putem considera că *îngrijirile acceptabile* constituie punctul de referință pentru sistemul malpraxis, în timp ce *îngrijirile excelente* constituie standardul pentru sistemul despăgubirilor în caz de prejudiciu.

Diferența dintre *despăgubirea pacienților în cazul existenței prejudiciului* și *despăgubirea pacienților în cazul demonstrării neglijenței*. În cadrul sistemului de despăgubire a pacienților în caz de prejudiciu existența prejudiciului (demonstrată prin raportarea la *regula celui mai bun specialist*, respectiv la îngrijirile excelente) este suficientă pentru antrenarea despăgubirilor. În cazul sistemului malpraxis recunoașterea prejudiciului este condiționată de existența erorii profesionale, raportată la standardele minime de îngrijire. Suplimentar, gestul salariaților de a se apăra este în opoziție cu încercarea pacienților de-a fi despăgubiți.

Existența sau absența efectului de pedepsire a neglijenței. Sistemele malpraxis sunt centrate pe sancționarea salariaților (în special financiar) în cazul neglijenței care cauzează prejudicii, în timp ce în sistemele de despăgubire a pacienților în caz de prejudicii sancționarea este opțională și limitată la cazurile de culpă certă.

Estimarea impactului unui sistem malpraxis

Pentru a estima impactul unui nou „sistem al malpraxis-ului” este necesară raportarea la un proiect de lege anume, ale cărui coordonate sunt capabile să furnizeze suficiente variabile certe. În bună măsură, estimarea impactului la care recurgem are ca punct de raportare *proiectul legii responsabilității civile...* elaborat de Ministerul Sănătății, luând însă în considerare și „efectele nevăzute” ale acestuia. Chiar dacă acesta va suferi unele modificări, problema o constituie principiile pe care acesta este așezat, din ele derivând cea mai mare parte a consecințelor.

Costurile introducerii noii „legi a malpraxis-ului”

Introducerea unui sistem funcțional de malpraxis presupune în mod inevitabil o creștere semnificativă a costurilor serviciilor medicale. Amplitudinea acestei creșteri depinde însă de modul în care este gândit sistemul, putând chiar atinge cote de nesuportat, care pot determina disfuncționalități majore în cadrul acestuia. Pericolul cel mai mare în acest sens considerăm că-l reprezintă nașterea medicinei defensive, cu un semnificativ impact negativ pentru actualul sistem sanitar. Din această perspectivă, problema costurilor și a nivelului de suportabilitate are o importanță majoră pentru gândirea noului sistem, formulele preluate direct din statele occidentale riscând să fie falimentare.

Analiza situației din S.U.A.³¹, unde cheltuielile cu despăgubirea pacienților vătămați și costurile administrative reprezintă cca. 1% din totalul cheltuielilor pentru sănătate, la care se adaugă efectele medicinei defensive estimate la cca. 3% din aceleași cheltuieli, ne poate conduce la concluzia că o creștere a cheltuielilor pentru sănătate poate fi considerată sustenabilă. Problema o reprezintă însă suma concretă a acestor cheltuieli și semnificația pe care ea o are raportat la posibilitățile financiare ale României. Defalcarea acestor cheltuieli pe cap de cetățean³² de indică suma de cca. 200 dolari pe an. În condițiile în care în România cheltuielile pentru sănătate pentru un cetățean sunt estimate la cca. 220 euro/an³³ putem lesne să observăm că aplicarea unui sistem similar ar necesita o creștere cu cca. 75% a cheltuielilor pentru sănătate pentru a suporta funcționarea unui astfel de sistem.³⁴

Funcționarea actualului model de asigurări de malpraxis în România a indicat faptul că distorsiunile pot fi mult mai mari, relevându-se faptul că acesta s-a transferat într-o afacere foarte profitabilă, cheltuielile aferente despăgubirii pacienților fiind, în anul 2012, de doar 5% din totalul sumelor încasate de societățile de asigurări.³⁵

Mai mult decât atât, chiar și o bună estimare a nivelului suportabilității costurilor în contextul identificării unor surse efective de finanțare nu are în mod obligatoriu drept consecință o creștere a resurselor alocate sistemului, o bună parte din acestea riscând să reprezinte de fapt costuri legate de funcționarea sistemului răspunderii civile, în special cu societățile de asigurări de malpraxis și cu avocații

³¹ Datele sunt preluate din Daniel P. Kessler, *Evaluating the Medical Malpractice System and Option to Reform*, J Econ Prospect. 2011 Spring; 25 (2): 93-110; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3195420/>.

³² Este vorba doar de o extrapolare care să permită o analiză comparativă. Situația concretă este una mult mai complexă, faptul că nu toți cetățenii S.U.A. beneficiază de servicii de sănătate riscând să crească sumele defalcate pe cap de cetățean, dacă-i luăm în considerare doar pe cei asigurați.

³³ Acest calcul ia în considerare doar cheltuielile publice pentru sănătate.

³⁴ Fără ca sumele alocate suplimentar să aducă creșteri semnificative ale calității serviciilor medicale, respectiv valoare adăugată în ceea ce privește ansamblul serviciilor medicale furnizate populației.

³⁵ A se vedea Anexa nr. 1.

implicați în procesele de malpraxis.³⁶ În mod cert liberalizarea masivă a acestui sistem va avea drept consecință o creștere majoră a costurilor fără o sporire proporțională a beneficiilor pentru pacienți.

Una din problemele esențiale în ceea ce privește costurile o reprezintă sursa de finanțarea a acestora; cu alte cuvinte, cine suportă aceste costuri. În oricare din variante costurile vor trebui suportate într-o măsură considerabilă de către pacienți, respectiv de către cetățenii asigurați la sistemului asigurărilor sociale de sănătate (raportându-ne la actuala formă de organizare a sistemului sanitar). Chiar și varianta sugerată de proiectul de lege propus de Ministerul Sănătății, care pune cea mai mare parte din aceste costuri în sarcina personalului medical, va conduce la costuri semnificative pentru pacienți, fie sub forma costurilor financiare fie sub cea a scăderii semnificative a calității și cantității serviciilor medicale furnizate populației.

Amplitudinea efortului financiar depinde într-o măsură considerabilă de nivelul despăgubirilor ce vor fi practicate.³⁷ În principiu putem considera că un grad ridicat de control în acest sens, în care nivelul despăgubirilor este plafonat pe cale instituțională, ar putea limita impactul, aceasta fiind și intenția proiectului de lege. Trebuie însă avut în vedere impactul Directivei nr. 24/2011 în domeniu, care poate să conducă la caducitatea unor prevederi legale în domeniul plafonării nivelului despăgubirilor, introducând nivelele de despăgubire practicate la nivelul U.E.³⁸

Presiunea din partea sistemului de malpraxis (mai crescută în cazul sistemelor litigioase) încurajează o mai rapidă a răspândirii noilor tehnologii care cresc gradul de certitudine al diagnosticului și al tratamentului, determinând astfel o creștere continuă a cheltuielilor de sănătate.³⁹

Impactul asupra personalului medical și instituțiilor/organizațiilor din sănătate

„Presiunea inutilă”⁴⁰ exercitată asupra salariaților pe calea acuzațiilor de malpraxis, mai ales în situațiile în care acestea sunt nefondate, poate avea câteva efecte negative semnificative:

- Accentuarea deficitului de personal
- Atitudinea defensivă (medicina defensivă)
- Scăderea calității vieții profesionale
- Creșterea tendinței de migrație.

Accentuarea deficitului de personal

Nivelul actual de supra-încărcare cu sarcini de serviciu și cu munca în mod regulat peste timpul normal de lucru nu este coerent cu sistemul bazat pe *neglijență* ca factor principal în construcția sistemului răspunderii civile.

Reacția salariaților va fi una de auto-protecție (firească în acest context), bazată pe refuzul sarcinilor suplimentare sau a celor în afara atribuțiilor proprii, refuzul timpului de muncă suplimentar (mai ales a

³⁶ Faptul că cca. 55% din sumele cheltuite în cazurile de malpraxis în SUA îl reprezintă cheltuielile cu avocații și costurile administrative constituie un exemplu grăitor al direcțiilor de alocare a resurselor.

³⁷ Alte variabile: nivelul profitului firmelor de asigurări, numărul cazurilor de malpraxis pentru care se acordă daune, raportul dintre *incidentele medicale* și *cazurile de malpraxis* etc.

³⁸ În acest sens un rol important îl au hotărârile Curții de Justiție a Uniunii Europene, care pot conduce treptat la stabilirea unor „nivele europene de despăgubire” cel puțin în anumite tipuri de spețe. Participă de asemenea la acest proces Curtea Europeană a Drepturilor Omului.

³⁹ Această orientare ar putea însă include și o creștere a preocupării pentru siguranța pacientului.

⁴⁰ *Presiunea inutilă* este generată de introducerea unei legi inadecvată realităților sistemului, ce tinde să facă din personalul medical principalul vinovat pentru toate disfuncționalitățile sistemului sanitar.

celui neplătit), creșterea gradului de precauție respectiv creșterea bugetului de timp alocat fiecărui pacient etc., conducând la o creștere a deficitului de personal. În felul acesta, o lege nepotrivită a malpraxis-ului riscă să accentueze deja trendul negativ în care se situează sistemul.

Raportându-ne la formă actuală a proiectului de lege, estimăm un semnificativ impact negativ asupra personalului medical determinat de amplificarea litigiilor conexe malpraxis-ului, care se va adăuga unor factori stresanți deja existenți. Unul din efectele directe îl va constitui accentuarea tendinței de migrație în special la nivelul specialiștilor, atât către statele occidentale cât și către sectorul public.

În acest sens, trebuie reținute două dimensiuni ale litigiilor legate de malpraxis:

a. Nivelul firesc al litigiilor, estimat după modelele occidentale.⁴¹ În principiu, pune o presiune medie asupra personalului.

b. Nivelul excesiv de litigii – constituie o adevărată problemă, cu atât mai mult cu cât probabilitatea ivirii lui este mai mare; poate fi determinat de:

- **Absența unei pregătiri prealabile la nivelul:**

- **Profesioniștilor din sistem;**

- **Unităților sanitare** - absența procedurilor și a resurselor pentru aplicarea procedurilor eficiente;

- **Populației:**

- Mult prea orientată către descoperirea erorilor salariaților;
- Mentalitatea formată în urma mediatizării excesive a exemplurilor negative;
- Incapabilă de a face diferențele necesare între:
 - Evenimentele adverse și cazurile de malpraxis;
 - Incapacitățile structurale ale sistemului și culpa salariaților;⁴²
 - Culpa sistemului și culpa salariaților.

- **Organismelor profesionale:**

- Nu s-au dovedit până în acest moment capabile de clarificări publice ale cazurilor soldate cu acuzații de malpraxis;
- Nu au reușit să inspire populației încrederea necesară într-o bună reglare internă a cazurilor malpraxis;
- S-au concentrat pe apărarea publică a intereselor membrilor (Colegiul Medicilor - implicarea în acțiuni sindicale de tipul revendicărilor salariale) alterând imaginea unei intervenții obiective în interesul pacienților și al bunilor profesioniști.

- **Absența instituțiilor specializate și a experților necesari.**

- Lipsa standardelor și procedurilor de tratament, care nu oferă personalului medical puncte clare de reper care să ghideze comportamentul profesional corect.
- Absența unui sistem național de raportare a erorilor medicale.
- Distanța enormă dintre organizarea formală și modalitățile informale de desfășurare a activităților profesionale:

⁴¹ Cu precizarea că este vorba doar de o încercare de standardizare, deoarece nu există un model unitar la nivelul statelor occidentale datorită diferențelor de organizare a sistemelor de sănătate, deosebirilor în ceea ce privește sistemele juridice generale ale statelor și diferențelor de mentalitate, ultimele constituind și ele o variabilă semnificativă.

⁴² Distanța enormă dintre afirmațiile politice - incluzând prevederile legale - și posibilitățile concrete ale sistemului a condus la ivirea unei neîncrederi generale în sistemul sanitar la nivelul populației.

- Atribuțiile reale (reflectate prin gesturile profesionale executate) sunt diferite de cele consemnate în documentele oficiale. Exemplul cel mai elocvent îl constituie situația asistenților medicali care sunt presați să practice în mod cotidian gesturi profesionale cu mult peste nivelul de competență recunoscut în documentele oficiale.⁴³
- Diferența dintre competențele recunoscute instituțional și competențele informale.
- Existența unor poli informali de influență în desfășurarea activităților profesionale.
- **Deficiențele sistemice** - personalul medical nu poate dezvolta în toate cazurile un comportament terapeutic corect și datorită faptului că trebuie „să se descurce”, practicând diagnosticul și tratamentul pacienților în condiții de lipsuri majore de resurse. Altfel spus, organizarea de ansamblu a sistemului are un impact semnificativ asupra cazurilor de malpraxis.

Medicina defensivă

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.

Apariția *medicinii defensive* reprezintă riscul sistemic cel mai importat, având în vedere faptul că ea acționează în mod simultan în trei direcții diferite:

- Personalul medical, limitându-i libera decizie profesională, bazată pe interesul pacientului;
- Pacienții, prin reducerea calității și cantității serviciilor medicale și prin creșterea costurilor îngrijirilor;
- Sistemului în ansamblul său, datorită creșterii cheltuielilor pentru sănătate dublată de scăderea cantității de servicii medicale.

În acest sens, avem în vedere cele două forme ale *medicinii defensive*:⁴⁴

- *Pozitivă*, care presupune furnizarea unor servicii medicale „neproductive”, ineficiente și uneori chiar periculoase;
- *Negativă*, care presupune ne-efectuarea unor servicii medicale care ar putea fi benefice. Ea include de asemenea decizia personalului medical de renunța la profesie sau de a pleca în alte state.

Creșterea numărului de proceduri aferente unui serviciu medical pe fondul *medicinii defensive* riscă să potențeze efectul negativ al *cererii induse de servicii medicale* dezvoltată pe fondul funcționării deficitare a sistemului DRG⁴⁵, crescând procentul serviciilor medicale/procedurilor ce contribuie într-o

⁴³ Acest exemplu reflectă nivelul de închistare al sistemului, incapabil de a se adapta instituțional la realitățile activității practice. Situația poate fi rezolvată prin extinderea traseului de carieră al asistenților medicali, respectiv prin introducerea acestor competențe în posibilitățile de dezvoltare profesională și prin crearea sistemului necesar pentru examinarea și certificarea lor. Altfel spus, activitatea curentă demonstrează un semnificativ transfer de atribuții de la medic la asistentă (aceasta la rândul ei transferând unele din atribuțiile sale infirmierei) care necesită oficializare. Un astfel de demers ar lărgi aria competențelor comune celor două categorii profesionale, oficializând și prinzând în formule reglementate atribuții exercitate în mod constant în ultimele 2-3 decenii, eliminând astfel o întregă zonă incertă din perspectiva responsabilității în caz de malpraxis.

⁴⁴ Conform Daniel P. Kessler, Evaluating the Medical Malpractice System and Option to Reform, J Econ Prospect. 2011 Spring; 25 (2): 93-110.

⁴⁵ *Cererea indusă de servicii medicale* se dezvoltă în special datorită următoarelor cauze:

- Rambursarea costurilor medicale sub nivelul de piață al costurilor – aceasta este cauza cea mai importantă;

mică măsură sau deloc la sănătatea pacienților, respectiv acționând negativ asupra raportului cost-eficiență.

Inducerea unui comportament profesional ce afectează major raportul cost-eficiență, ca parte a medicinei defensive, având drept principală caracteristică *precauția excesivă*. Ea poate fi determinată atât de crearea unui mediu agresiv asupra personalului medical în ceea ce privește asigurările de malpraxis dublat de incertitudinea în ceea ce privește standardele legale de îngrijire.

Cumularea mai multor efecte negative poate conduce la o creștere semnificativă a costurilor serviciilor medicale cu mult peste nivelul consecutiv introducerii unui sistem eficient.

Scăderea calității vieții profesionale

Designul nepotrivit al legii malpraxis-ului, respectiv generarea unei „mentalități procesomane” poate conduce și la amplificarea costurilor non-financiare pe care trebuie suportate de personalul medical, cum ar fi:

- Timpul alocat reclamațiilor;
- Stres-ul asociat acestora;
- Afectarea reputației.

Numărul reclamațiilor pe care le are un salariat poate interfera în mod semnificativ cu calitatea sa de angajat. Impactul este cu atât mai mare în varianta introducerii salarizării în funcție de performanță.⁴⁶ Situația este evident dezavantajoasă pentru personalul medical în condițiile în care:

- Numărul reclamațiilor nu este întotdeauna corelat cu numărul erorilor profesionale⁴⁷;
- Erorile de sistem tind să fie atribuite salariaților, riscând să conducă la o situație paradoxală: cu cât o unitate sanitară funcționează mai slab cu atât mai multe erori tind să fie puse pe seama salariaților. Modul de funcționare a unității (numărul erorilor de sistem din acea unitate) constituie deseori o variabilă independentă de voința și putința personalului medical.

Din această perspectivă, este necesară în mod evident introducerea unor prevederi cu caracter de protecție pentru salariați, respectiv abordarea în mod independent a calității de salariat de situațiile de malpraxis, mai ales în situațiile în care salariatul asumă în mod individual costurile asigurării. Lucrurile devin însă mai complicate în situația în care spitalul cel puțin participă la plata asigurărilor, dacă nu chiar suportă costurile integrale pentru acestea, într-o astfel de situație un grad de interferență este inevitabil.

Transferul obligațiilor de plată în sarcina salariaților

-
- Absența unui nivel înalt de standardizare terapeutică;
 - Control deficitar din partea organismelor abilitate (Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Școala Națională de Management, ultima responsabilă de validarea cazurilor în sistemul DRG).

⁴⁶ Cu toate acestea, salarizarea în funcție de performanță ar putea contrabalansa într-o măsură considerabilă efectele unui *sistem de malpraxis*, generând o corelație între riscurile asumate și câștiguri. Estimăm că „egalitarismul salarial” practicat în prezent va contribui la accentuarea efectelor negative, în special a medicinei defensive.

⁴⁷ Anticiparea unui câștig substanțial, o anume practică a instanțelor într-un anumit domeniu etc. constituie variabile cu o contribuție semnificativă în apariția reclamațiilor.

Lipsa recunoașterii erorilor de sistem are drept principal efect transferul acestora în sarcina salariaților, la nivel financiar ea reflectându-se în deplasarea majorității costurilor aferente despăgubirilor pe seama personalului medical.⁴⁸

Introducerea noului cadru de răspundere civilă în actualul context de funcționare a sistemului sanitar conduce inevitabil la împovărarea personalului medical cu costurile despăgubirilor, deoarece:

- Unitățile sanitare nu au resursele necesare plății la un nivel semnificativ a unei părți din costurile asigurării pentru personalul medical propriu;⁴⁹
- Ansamblul răspunderii civile este centrat pe prezumția de culpă a personalului medical, ratând culpa sistemului.

Impactul negativ asupra salariaților generat de suportarea costurilor funcționării unui sistem de malpraxis este accentuat de ponderea pe care o vor reprezenta cheltuielile cu asigurările raportat la veniturile realizate. Altfel spus, nivelul salarizării constituie o variabilă foarte importantă în designul unui nou sistem.

Factori ce influențează funcționarea sistemului

Organismele profesionale

Organismele profesionale fac parte și ele din variabilele care influențează alegerea și funcționarea unui sistem de malpraxis/despăgubire a pacienților pentru prejudicii. Principala problemă o constituie locul pe care acestea trebuie să-l ocupe într-un astfel de sistem, alegerea făcându-se, în linii mari, între calitatea de organizații ce apără interesele salariaților și cea de girante în fața cetățenilor pentru respectarea standardelor profesionale.

Raportându-ne la situația actuală putem constata faptul că legiuitorul a gândit pentru acestea mai curând un rol de girant al respectării standardelor profesionale,⁵⁰ acordându-le inclusiv atribuții semnificative în constatarea cazurilor de malpraxis și sancționarea (profesională) a celor culpabili. În realitate însă, aceste organizații tind mai curând către statutul de apărători ai propriilor membri, deciziile lor fiind influențate în mod semnificativ de statutul de susținători din punct de vedere financiar pe care îl au membrii față de ele. Neîncrederea publică în obiectivitatea acestora este accentuată de pozițiile publice de apărători ai salariaților pe care le ia Colegiul Medicilor în ultima perioadă, manifestându-se zgomotos și participând la forme de protest pe tema salariilor medicilor.⁵¹ Din aceste motive analiza sistemului de malpraxis aplicabil conduce inevitabil și la clarificarea statutului acestor

⁴⁸ În primă instanță putem considera că aceste costuri vor fi acoperite de asigurările de malpraxis. Însă analiza de ansamblu indică faptul că societățile de asigurări vor transfera automat costurile despăgubirilor plătite (la care se adaugă profitul acestora) către personalul medical, prin creșterea costurilor asigurării.

⁴⁹ Luăm în considerare soluția propusă de proiectul de lege.

⁵⁰ Fără însă ca acestea să fie ușor de identificat.

⁵¹ În acest context, poate fi luată în discuție posibilitate ca astfel de manifestări să fie rezultatul unei mentalități organizaționale, trădând rolul de apărare a intereselor propriilor membri pentru organizații care au de fapt rostul legal de a veghea la respectarea deontologiei profesionale. Pe fond problema ține doar de definirea exactă a rolului unor astfel de organizații și a atribuțiilor corespunzătoare. Comportamente similare pot fi găsite și în Occident, exemplul cel mai elocvent fiind cel al [Royale College of Nursing](#) din Mare Britanie. Cu mențiunea însă că este vorba de o construcție instituțională de-o asemenea natură, bazată pe identitate între misiunea stabilită și rolul concret exercitat.

organizații, inclusiv în ceea ce privește posibilitatea ca ele să devină „furnizoare de experți” în domeniul constatării respectării/încălțării standardelor profesionale.

Opțiunea pentru o definiție a malpraxis-ului centrată pe „comportament profesional neglijent ... inferior unor standarde profesionale de pregătire și pricepere”⁵² antrenează în mod obligatoriu necesitatea existenței unor instituții competente să constate comportamentul profesional neglijent, să stabilească standardele de pricepere ale profesioniștilor, să fie capabile în a raporta comportamentul unui profesionist la standarde.⁵³ În principiu, organismele profesionale sunt cele mai apropiate de acest profil. Pentru a se așeza însă pe un astfel de rol deosebit de important sunt necesare modificări semnificative ale rolului și modului de funcționare a acestora, inclusiv în ceea ce privește relațiile cu membrii lor. Din modificările necesare într-o astfel de variantă face parte și introducerea autonomiei financiare a acestora, singura capabilă să susțină nivelul de obiectivitate necesar pentru un asemenea rol.

Alegerea unui sistem de malpraxis centrat pe modelul administrativ, respectiv introducerea sistemului despăgubirilor în caz de prejudiciu, presupune însă crearea unui corp independent de experți, separat de organismele profesionale, excluzând posibilitatea unor atribuții semnificate ale acestora în domeniu.⁵⁴

Experții

Una din condițiile esențiale pentru o bună lege a malpraxis-ului/despăgubirii pacienților în caz de prejudiciu o constituie existența unui corp independent de experți, capabil să depună mărturii obiective și relevante privind cazurile de malpraxis/prejudiciu. Analiza condițiilor de crearea a corpului de experți poate conduce la identificarea câtorva pericole majore:

- Riscul ca experții să apere, direct sau indirect, 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

⁵² Formulă la care recurge proiectul de lege a malpraxis-ului.

⁵³ Aceste instituții vor reprezenta adevărați poli de putere ai lumii medicale. Considerând că acești poli de putere au intervenit și în stabilirea proiectului noii legi, asistăm de fapt la o încercare de conservare a puterii. Dacă mergem pe această logică, putem identifica două centre de putere esențiale: universitățile/facultățile de medicină și organismele profesionale.

⁵⁴ Cu un grad de probabilitate relativ mare putem considera că experții vor fi recrutați în special din mediul universitar. În condițiile în care, în mod tradițional, în medicina românească universitarii sunt apreciați ca fiind situați la nivelul maxim al competenței, această opțiune este firească, ea fiind valabilă inclusiv în situația introducerii sistemului despăgubirii pacienților pentru prejudicii. Ceea ce înseamnă că obiectivitatea experților va depinde într-o oarecare măsură de structurile ierarhice specifice mediului universitar medical și de ansamblul relațiilor formale și informale ce guvernează acest palier al profesioniștilor din medicină. Sugerăm pe această cale necesitatea unor modificări structurale pentru a putea vorbi cu îndreptățire despre posibilitatea ivirii unor experți independenți, aceștia constituind de fapt o cheie de boltă în funcționarea ambelor sisteme.

întregului corp profesional).⁵⁵ 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). Această soluție o considerăm cea mai potrivită.
 - 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.
- Absența unor puncte de referință clare, respectiv lipsa unor standarde la care să poată fi raportate cazurile deduse cercetării. Această deficiență majoră a întregului sistem sanitar aduce cu sine necesitatea unei munci de creație în domeniu pentru construirea/identificarea nivelelor de referință, care presupune colaborarea cu comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății, cu facultățile/universitățile de medicină,⁵⁶ cu specialiștii organismelor profesionale.

În mod tradițional, rolul de expert îl joacă în special medicii anatomo-patologi și medicii legiști. Însă aceștia pot indica doar cauza decesului, nu și modul în care ar fi trebuit tratat pacientul. Mai mult decât atât, dacă avem în vedere definiția malpraxis-ului din proiectul de lege, care indică drept punct de referință respectarea standardelor profesionale, este evidentă diversificarea tabloului expertizei necesare, respectiv nevoia unei specializări în domeniu.

Corpul experților este util ambelor tipuri de sisteme. În sistemul malpraxis specialiștii companiilor de asigurări (de preferat publice) stabilesc în primă instanță dacă este sau nu vorba de un prejudiciu. Ei apelează la profesioniștii cu cel mai înalt nivel de specializare în domeniul medical pentru expertiză. Decizia bazată pe comparația cu ce ar fi făcut cel mai bun specialist în domeniu în cazul respectiv este unul din punctele esențiale în funcționarea rapidă și eficientă a sistemului.

Siguranța pacienților

Toate *evenimentele adverse*, inclusiv cele ce constituie malpraxis, trebuie analizate din perspectiva posibilității de-a fi evitate în viitor,⁵⁷ procedurile specifice *evenimentelor adverse evitabile* făcând parte din strategia privitoare la siguranța pacienților.

În România nu există o cultură a raportării cazurilor de prejudicii, incluzând malpraxis-ul. Cazurile mediatizate reprezintă doar vârful icebergului numit *prejudicii aduse pacienților*, ce include și cazurile de malpraxis.

Pentru a înțelege amploarea fenomenului și gravitatea situației considerăm că o scurtă prezentare a unor estimări ale incidenței erorilor medicale este deosebit de relevantă. Deoarece, așa cum menționam anterior, nu avem date credibile pentru sistemul sanitar românesc, recurgem la preluarea unor date din sistemele occidentale, în special din cel al Statelor Unite ale Americii, și la aplicarea lor la situația din România, pentru a schița un posibil tablou.

⁵⁵ Raportându-ne la studiile occidentale în domeniu, considerăm că un număr mare de erori medicale ce pot fi considerate malpraxis aparține unui număr mic de medici, aceștia din urmă putând fi îndepărtați din sistem în condițiile existenței unor organisme profesionale funcționale.

⁵⁶ Un nivel relevant de expertiză în domeniu îl au comisiile de specialitate din cadrul ARACIS.

⁵⁷ Acest mecanism presupune introducerea la nivel instituțional a unei forme de învățare din experiență. De asemenea, el necesită existența unei proceduri funcționale de înregistrare a evenimentelor adverse.

Studiile desfășurate în S.U.A. situează ponderea erorilor în tratarea pacienților spitalizați la nivelul a cca. 3% din pacienți. Dacă am considera că acest procent este valabil și în cazul României am ajunge la 11275 cazuri de erori medicale pentru anul 2012.⁵⁸

Estimările din studiile desfășurate în S.U.A. situează decesele din erori medicale peste nivelul deceselor din accidente rutiere. Dacă extrapolăm această statistică la cazul României ar rezulta că este vorba de peste 3256 persoane decedate datorită erorilor medicale într-un an.⁵⁹ Dacă luăm în considerare estimările privind numărul de decese din totalul cazurilor de eroare în S.U.A, care se situează la nivelul a cca. 6,6%, și-l raportăm la estimările pentru România ajungem la un număr de 744 decese. În ambele abordări numărul este suficient de important pentru a indica importanța ce trebuie acordată siguranței pacienților.

Întrebarea fundamentală pentru legea malpraxis-ului/despăgubirii pacienților pentru prejudicii: Va îmbunătăți noul sistem siguranța pacienților? În principiu, putem considera că efectul punitiv al sistemului malpraxis are o acțiune inhibitoare asupra riscului erorilor medicale. Dacă atingerea unor rezultate relevante are drept consecință nu numai precauția necesară, ci și un grad de exagerare al acesteia, atunci creșterea siguranței riscă să fie dublată de scăderea cantității⁶⁰ și, mai ales, a calității serviciilor medicale. Posibilitatea unui astfel de lanț cauza este suficientă pentru a muta preocupările principale pentru siguranța pacientului în zona procedurilor specifice, menținând astfel relevanța sistemului de despăgubire a pacientului pentru prejudicii.⁶¹

Așadar, un proiect centrat pe răspunderea civilă a personalului medical în cazurile de malpraxis nu contribuie în mod obligatoriu la creșterea siguranței pacienților. Chiar dacă putem estima un impact al creșterii responsabilității financiare a personalului medical, reacțiile acestuia nu vor avea neapărat ca efect o creștere a siguranței pacienților, ci mai curând o creștere a îngrijorării pentru propria siguranță, una din direcțiile de dezvoltare cu un grad înalt de probabilitate constituind-o medicina defensivă. Suplimentar, în condițiile în care profesioniștii își acoperă singuri costurile de încadrarea în sistemul malpraxis, o parte din ei vor fi tentați mai curând de o creștere a gradului de libertate decizională decât de supunerea la proceduri, afectând și pe această cale siguranța pacienților.

Chiar și în cazul unui model ideal, în care obligațiile aferente responsabilității civile vor avea un rol inhibitor asupra erorilor profesionale⁶², în condițiile în care studiile occidentale arată faptul că cca. 80% din cazurile de malpraxis nu sunt determinate de neglijență, ci sunt erori de sistem este evident faptul că problema creșterii siguranței pacienților rămâne nerezolvată.⁶³

⁵⁸ Deoarece există diferențe semnificative între cele două sisteme, cifrele au doar rol orientativ. Cu precizarea că sunt posibile atât variații în minus cât și în plus.

⁵⁹ Raportarea am făcut-o la numărul de decese din România în anul 2011. Evident, cifra are doar rolul de-a atrage atenția, ea nefiind certă datorită numărului mare de variabile (exemplul cel mai elocvent constituindu-l diferențele în ceea ce privește siguranța rutieră între S.U.A. și România).

⁶⁰ Scăderea cantității serviciilor medicale este efectul medicinei defensive.

⁶¹ Procedurile de siguranță și calitate pot avea o pondere însemnată în prevenirea prejudiciilor, ce „scapă” acestora urmând a beneficia de despăgubire.

⁶² Estimare cu care nu suntem de acord, deoarece ea nu ține cont de influența pe care o au alte variabile importante asupra acestui comportament, cum ar fi: procedurile și protocoalele, resursele disponibile, formele de recompensă, calitatea vieții profesionale în ansamblul ei.

⁶³ Chiar dacă proiectul de lege propus de actuala conducere a Ministerului Sănătății deplasează o mare parte a răspunderii către personalul medical, tinzând să-l încarce în bună măsură cu vinovățiile sistemului, problema siguranței pacienților rămâne nerezolvată.

Cercetătorii preocupați de siguranța pacienților au observat că efectul de feedback al proceselor de malpraxis ca amenințarea pentru personalul medical este unul limitat.⁶⁴ Suplimentar, construcția unui sistem ce are ca efect creșterea nivelului conflictualității dintre pacienți și personalul medical conduce în cele din urmă la o scădere a calității serviciilor medicale.

În cadrul sistemelor avansate, eforturile în direcția siguranței pacienților sunt orientate către prevenirea *evenimentelor (reacțiilor) adverse*, incluzând creșterea disciplinei activității personalului medical.

Pentru a putea vorbi în mod îndreptățit de posibilitatea creșterii siguranței pacienților în contextul malpraxis-ului este esențială crearea unui întreg sistem de prevenție a erorilor medicale: „Construirea siguranței în cadrul proceselor de îngrijire este o cale mult mai eficientă decât blamarea profesioniștilor. ... când survine o eroare blamarea profesioniștilor contribuie într-o foarte mică măsură la a face sistemul mai sigur și pentru a preveni repetarea aceeași erori de altă persoană.”⁶⁵ Siguranța pacienților necesită un anumit grad de centralizare, determinat de necesitatea aplicării unor proceduri unitare la nivel național.

Finanțarea diferită în funcție de gradul de siguranță și calitate al serviciilor medicale asigurate de un furnizor, poate fi considerată parte a unei strategii în domeniu. În acest sens, considerăm necesară constituirea unui sistem de clasificare a siguranței și calității, ce poate fi conturat pe structura procedurilor de acreditare. Una din soluțiile la îndemână este transformare nucleelor de calitate din unitățile sanitare în centre de calitate și siguranță a serviciilor medicale, interconectate la nivel național, acestea având un semnificativ rol de input asupra managementului unității.

În concluzie, nu există certitudinea că atitudinea represivă asupra personalului va crește siguranța serviciilor medicale, soluțiile optime în acest sens ținând mai curând de o strategie centrată pe introducerea unui ansamblu de proceduri cu caracter preventiv.⁶⁶

Errare humanum est. Prevenirea erorilor depinde de designul sistemului

Introducerea realizată prin utilizarea formulei lui Seneca⁶⁷ are scopul de-a atrage atenția asupra cauzalității erorilor în sistemul medical și căilor cele mai potrivite de prevenire a lor, având în vedere dimensiunea de prevenție pe care trebuie s-o asigure un sistem de malpraxis/despăgubiri în caz de prejudiciu. Dorim astfel să evidențiem faptul că rolul pedepsei în prevenirea erorilor, argumentat de susținătorii sistemului malpraxis-ului, poate fi lesne preluat și chiar depășit de *prevenirea erorilor*, strategie de acțiune pentru siguranța pacienților bazată pe importanța sistemului în generarea prejudiciilor.

Raportul *To Err is Human: Building a Safer Health System* (1999),⁶⁸ unul din documentele cele mai importante care determină un nou mod de abordare a malpraxis-ului, atrage atenția asupra nevoii de a renunța la modelul bazat pe învinuirea furnizorilor de servicii și orientarea către prevenirea erorilor prin

⁶⁴ L.L. Leape et al., “Promoting Patient Safety by Preventing Medical Error,” *Journal of the American Medical Association*, vol. 280, no. 16, p. 1445, apud *Medical Malpractice: The Role of Patient Safety Initiatives*, CRS Report for Congress, <http://www.law.umaryland.edu/marshall/crsreports/crsdocuments/rl3209201242005.pdf>, p. 3.

⁶⁵ Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, *To Err is Human: Building a Safer Health System*.

⁶⁶ Lipsa procedurilor necesare dă seama și de amploare pe care o are *culpa sistemului* în generarea prejudiciilor pacienților, respectiv a cazurilor de malpraxis.

⁶⁷ Lucius Annaeus Seneca. Menționăm că parafrazăm formula completă, „Errare humanum est, sed perseverare diabolicum”, pentru a ilustra un punct de vedere și, totodată, ca formă de legătură cu titlul studiului care a atras atenția asupra acestui aspect: *To Err is Human: Building a Safer Health System*.

⁶⁸ Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Institute of Medicine, NATIONAL ACADEMY PRESS Washington, D.C. 1999.

construirea unui sistem de sănătate mult mai sigur. Raportul arată faptul că erorile medicale sunt în general rezultatul mai multor variabile, învinovățirea unei singure personale neintervenind în mod semnificativ pentru ale modifica, ceea ce conduce la menținerea probabilității ca acea eroare să survină în mod repetat. Raportul recomandă abordările sistemice, menite să conducă la modificarea condițiilor de sistem care contribuie în mod esențial la generarea erorilor. Ca o consecință a acestui raport, strategiile orientate către reducerea erorilor medicale prin intermediul prevenției și designului sistemului au devenit una din căile de abordare prioritare în problematica malpraxis-ului.

Raportul pornește de la ideea că erorile pot fi prevenite prin construirea unui sistem în cadrul cărui a proceda greșit este greu, fiind mult mai ușor pentru personalul medical și furnizori să facă bine. Evident, o astfel de abordare țintește nivelul maxim posibil pentru o societate, pentru un furnizor și pentru profesioniști de a evita răul și a face binele, pornind astfel de la premisa că modul actual de organizare este departe de a atinge acest standard.

Riscul de erori este direct proporțional cu complexitatea sistemului, crescând odată cu aceasta. Deoarece sistemele sanitare devin din ce în ce mai complexe datorită noilor inovații tehnice, a noilor proceduri și noilor medicamente, există riscul ca erorile să se înmulțească.

O cultură a acuzațiilor aduse profesioniștilor din sănătate (la dezvoltarea căreia asistăm în ultimii ani în România) nu face decât să rateze necesitatea unei continue îmbunătățiri a procedurilor și orientarea cercetărilor și a strategiilor de management sanitar în această direcție.

Variabilitatea practicilor și procedurilor existente în unitățile sanitare din țară are drept consecință diferențe semnificative în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale și siguranța pacienților. Din acest motiv este necesar un grad mult mai mare de standardizare a procedurilor de diagnostic și tratament, ca parte a strategiei de creștere a calității.

Unitățile sanitare trebuie să aibă mecanisme de control și evitare a erorilor medicale, care să includă feedback-ul din practica curentă. Toate acestea trebuie să facă parte din condițiile esențiale de funcționare a unităților sanitare, făcând obiectul procedurilor de acreditare a spitalelor desfășurate de Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor. Introducerea unor proceduri eficiente poate avea ca efect o creștere a încrederii populației în serviciile medicale, aceasta putând avea la rândul ei un impact pozitiv asupra sănătății pacienților. Exemplele de eficiență a procedurilor în materie de siguranță pot fi luate din alte domenii de activitate, cel mai cunoscut fiind cel al aviației.

Utilizarea cercetărilor de sociologie medicală poate avea un impact pozitiv asupra creșterii siguranței pacienților, în special prin adaptarea procedurilor la realități.

Pentru crearea unei strategii în domeniu și transpunerea ei în practică considerăm necesară înființarea unei Comisii la nivelul guvernului, care să întrunească reprezentanții organizațiilor cu activitate relevantă în domeniu, dublată de înființarea unui Centru pentru siguranța pacienților și calitatea serviciilor medicale, aflat în directă subordonare a Guvernului sau parte a CoNAS.

Calitatea serviciilor medicale

Deoarece prejudiciile aduse pacienților constituie o variabilă importantă a calității serviciilor medicale, tinzând să atingă în importanță preocupările pentru siguranța serviciilor medicale, abordăm problema calității din perspectiva sistemului malpraxis/de despăgubire a pacienților în caz de prejudicii. De altfel, din perspectiva unei abordări integratoare considerăm că siguranța și calitatea serviciilor medicale necesită o abordare integrată, ele având foarte multe domenii comune.

Calitatea serviciilor medicale constituie una din variabilele foarte importate în stabilirea sistemului de malpraxis aplicabil. Raportându-ne la paradigma *sistem litigios vs. sistem administrativ* putem observa că ambele sisteme pot avea un impact negativ în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale:

- *sistemul litigios* poate conduce la o creștere foarte mare a cheltuielilor aferente funcționării sale și la medicina defensivă, irosind astfel resurse utile ce afectează cantitatea și calitatea serviciilor medicale ce pot fi furnizate;
- *sistemul administrativ* riscă să anuleze necesarul efect inhibitor asupra neglijenței, determinând astfel o scădere a calității serviciilor medicale.

Ceea ce înseamnă că oricare ar fi alegerea este necesară construcția unor mecanisme compensatorii ale acestor efecte negative, costul și eficiența acestora atârând semnificativ în balanța deciziei.

Dacă în cazul *siguranței serviciilor medicale* sistemul malpraxis are un evident efect inhibitor, cel puțin la prima vedere,⁶⁹ nu același lucru se întâmplă cu calitatea serviciilor medicale, acțiunea stimulatorie a sistemului malpraxis în domeniul calității tinzând către zero (putând fi luate în considerare chiar efecte negative).⁷⁰

În schimb, sistemul despăgubirii pacienților pentru prejudicii asumă de la bun început un standard înalt al serviciilor medicale,⁷¹ orice serviciu medical furnizat sub acest standard fiind prezumat ca aducător de prejudicii. Din acest motiv, avantajele pe care sistemul despăgubirii pacienților în caz de prejudicii depășesc cu mult dezavantajele acestuia, făcându-l de preferat sistemului malpraxis.

⁶⁹ Așa cum am arătat în secțiunea *Siguranța pacientului*.

⁷⁰ Evidența ne-o furnizează standardele de calitate avute în vedere de sistemul malpraxis, care au caracter minimal. Demonstrarea respectării standardelor profesionale este suficientă pentru ca pacientul să nu fie îndreptățit la despăgubire, chiar dacă este vorba de situarea în imediata vecinătate a valorilor minime ale acestora standarde. Altfel spus, standardele profesionale ocupă o arie largă, fiind situate între un nivel minim (gestul profesional cel mai slab, dar care poate fi totuși considerat corect din punctul de vedere al standardului) și altul maxim. Cum sistemul malpraxis admite existența prejudiciului doar în cazul scăderii sub nivelul minim, este evident faptul că el nu exercită o acțiune stimulatorie asupra calității serviciilor medicale.

⁷¹ Faptul că *sistemul despăgubirii pacienților pentru prejudicii* se bazează pe *regula celui mai bun specialist* constituie un argument suficient.

Despăgubirile acordate pacienților prejudiciați

Prejudiciul. Scurtă analiză

Prevederile vechiului Cod Civil împărțeau prejudiciile în două mari categorii:

- a) prejudiciile patrimoniale (materiale).
- b) Prejudiciile nepatrimoniale (morale). Ex. durerile fizice sau psihice, atingerile aduse fizionomiei, atingerea adusă demnității unei persoane.

Ambele tipuri de prejudicii pot fi clasificate la rândul lor ca:

- Prejudicii actuale
 - Pierderea efectiv suferită (*damnum emergens*)
 - Beneficiile nerealizate (*lucrum cessans*)
- Prejudicii viitoare (un exemplu: *pierderea șansei*⁷²)

Doctrina elaborată raportat la prevederile Noului Cod Civil consacră următoarele categorii de prejudicii:

- a) **„Prejudiciile patrimoniale** sunt cele care au o valoare economică și pot fi evaluate în bani și care rezultă din încălcarea drepturilor și intereselor economice.
- b) **Prejudiciile corporale** sunt cele cauzate prin încălcarea drepturilor personale nepatrimoniale, cum ar fi dreptul la viață, dreptul la sănătate, dreptul la integritate corporală și, în general, acele drepturi care definesc personalitatea persoanei fizice.

⁷² Precizările pe tema pierderii șansei au la bază articolul lui Sache Neculaescu, *Pierderea șansei – prejudiciu reparabil*, Revista Studii de Drept Românesc, Editura Academiei, anul 21 (56), 2009, vol. 4, pp. 323 – 335, <http://www.rsdr.ro/art-4-4-2009.pdf>

Pentru o bună înțelegere a conceptului cităm *in exteso* (p. 326) definirea și exemplul dat pentru înțelegerea formei pe care acesta o poate lua în lumea medicală:

„Această ultimă categorie are o evoluție spectaculoasă în jurisprudența ultimilor ani.

Doctrina distinge între: prejudiciul suferit ca urmare a pierderii șansei de a se însănațoși sau de a supraviețui. Această șansă trebuie să reprezinte un efect virtual al accidentului și nu doar o simplă eventualitate. Astfel, o speță din jurisprudența franceză privește cazul chirurgului care, pentru o operație estetică asupra unei paciente, a anesteziat-o local, provocându-i o sincopă cardiacă și decesul. I s-a imputat medicului pierderea șansei de supraviețuire a victimei, prin aceea că n-a apelat la un anestezist și că n-a luat măsurile de tratament specifice accidentului convulsiv; – prejudiciul suferit ca urmare a nașterii unui copil cu handicap, efect al tratamentului medical inadecvat acordat mamei de către medic pe timpul sarcinii. Nașterea unui copil handicapat reprezintă subiectul unei nesfârșite dispute, atât în lumea juridică cât și în cea medicală, discuția purtându-se, atât pe argumente juridice cât și pe considerente de ordin etic pe care le suscită, atât „șansa de a nu avea copii” cât mai ales „șansa de a nu se naște”, exprimări care, prin ele însele, trezesc reacții dintre cele mai diverse, uneori chiar ostile.

În Franța, cauza Perruche constituie precedentul cel mai important care a influențat o întreagă evoluție, atât doctrinară cât și jurisprudențială în această materie. Însărcinată în luna a 4-a, Josette Perruche a descoperit că prezintă simptome de rubeolă, fiind decisă să întrerupă sarcina pentru a nu da naștere unui copil cu un posibil handicap. În urma unor teste de specialitate, medicul a asigurat-o pe viitoarea mamă că afecțiunea nu va afecta nașterea fătului. La 14 ianuarie 1983, micuțul Nicolas a venit pe lume suferind de sindromul Gregg, un ansamblu de probleme și anomalii grave care grupează tulburări neurologice, surzenie, leziuni oculare (chiar orbire), cardiopatie și defecte motorii, făcând necesară asistența permanentă a unei terțe persoane. Soții Perruche au formulat două acțiuni: prima numită *wrongful birth*, prin care au cerut indemnizarea pentru nașterea unui copil nedorit datorită handicapului, acțiune care a fost admisă cu motivarea că „erorile medicale le-au indus credința greșită că mama este imunizată și copilul se va naște normal” și alta *wrongful life (loos of expectation of life)* în numele copilului, admisă și ea, motivându-se că „din moment ce greșelile comise de doctor și de laborator în executarea contractelor încheiate cu doamna Perruche au împiedicat-o pe aceasta să-și exercite dreptul de a întrerupe sarcina pentru a evita nașterea unui copil cu handicap, acesta din urmă poate pretinde repararea prejudiciului rezultat din handicap și cauzat de erorile reținute mai sus”.

- c) **Prejudiciile morale** sau daunele morale sunt cele cauzate prin atingerile aduse personalității afective sau sociale a unei persoane, cum ar fi moartea unei rude apropiate, atingerile aduse vieții private sau intime, atentatele la onoarea, demnitatea și cinstea victimei etc.”⁷³

În principiu, putem considera că această clasificare are o utilitate sporită în domeniul malpraxis-ului.

În practică însă este deseori dificil de separat prejudiciile în funcție aceste tipuri, problemele cele mai mari ridicându-le *prejudiciile viitoare*.⁷⁴ Cel mai bun exemplu îl constituie *pierderea șansei*,⁷⁵ ce poate fi definită ca „pierderea șansei capătă relevanță juridică doar când este urmarea unei conduite culpabile a altuia, prin care se intervine într-o evoluție sau procedură și astfel se irosește posibilitatea producerii unui eveniment favorabil așteptat de victimă, concretizat, fie într-un câștig, fie în evitarea unei pierderi, prin fapte precum: ... fapta medicului de a nu-și fi îndeplinit obligațiile de îngrijire a pacientului, cauzându-i sau favorizându-i decesul sau o infirmitate”.⁷⁶

Prejudiciile viitoare sunt stipulate de prevederile noului Cod Civil, inclusiv sub forma pierderii șansei,⁷⁷ făcând astfel relevantă jurisprudența altor state și, mai ales, doctrina dezvoltată pe această temă.

Dacă luăm în considerare că prejudiciile patrimoniale sunt, de regulă, de competența instanțelor civile, trebuie să avem în vedere faptul că evoluția extrem de rapidă a medicinei poate conduce la un decalaj între aceasta și prevederile legale, generând goluri juridice greu de „umplut” cu legislație adecvată într-un timp util. Combinată cu absența regulii precedentului, aceasta poate conduce în unele spețe fie la incapacitatea de a judeca fie (dacă luăm în considerare sancționarea denegării de dreptate) la hotărâri inadecvate spețelor. Problema plafonării despăgubirilor nepatrimoniale se pune însă atât în cazul sistemului malpraxis (pe modelul propus de proiectul de lege a malpraxis-ului) cât și, mai ales, în cazul

⁷³ Ioan CIOCHINĂ-BARBU, *O nouă viziune asupra prejudiciului ca element al răspunderii civile delictuale*, http://www.ugb.ro/Juridica/Issue12013/1_O_noua_viziune_asupra_prejudiciului.Ciochina.RO.pdf

⁷⁴ „Exemplul cel mai la îndemână este cel al daunelor corporale, unde invaliditatea produce în timp efecte certe, Un asemenea prejudiciu este cert doar în principiu, pentru că sunt și elemente aleatorii pe care judecătorul nu le cunoaște, cum este cazul longevității victimei, evoluției stării sale de invaliditate care se poate, fie agrava, fie ameliora.”, Ibidem, p. 328.

⁷⁵ O abordare similară a *pierderii șansei* întâlnim la Gabriel Adrian Năsui, *Malpraxisul medical. Particularitățile răspunderii civile medicale*:

„Dacă nu se poate stabili că îngrijire administrate la timp ar fi vindecat pacientul, întârzierea generatoare de greșeală nu poate fi indemnizată decât cu titlu de pierdere a unei șanse. Este vorba despre pierderea unei șanse de a scăpa de un rău care amenință. Există pierderea șansei de supraviețuire sau de vindecare atunci când pacientul avea șanse să fie vindecat de o patologie pe care medicul într-o manieră greșită nu a diagnosticat-o sau deși a diagnosticat-o a prescris un tratament neadecvat. Pierderea de șansă nu este un prejudiciu decât atunci când șansele pierdute erau reale și serioase. Șansele pierdute trebuie apreciate în mod concret în funcție de gravitatea stării pacientului și de urmările care decurg din această stare.¹⁸ Pierderea șansei de a fi îngrijit cu eficacitate nu constituie numai un prejudiciu moral ci și un prejudiciu material rezultând direct din actul medical defectuos. Pierderea de șansă suferită de victimă poate fi legată de un defect de informare prealabilă sau de o greșeală tehnică a practicianului sau a instituției de sănătate.”

⁷⁶ Ioan CIOCHINĂ-BARBU, *O nouă viziune asupra prejudiciului ca element al răspunderii civile delictuale*, pp. 323 – 324.

⁷⁷ *Repararea prejudiciului în cazul răspunderii delictuale: Art. 1385 - Întinderea reparației:*

(1) *Prejudiciul se repară integral, dacă prin lege nu se prevede altfel.*

(2) Se vor putea acorda despăgubiri și pentru un prejudiciu viitor dacă producerea lui este neîndoielnică.

(3) *Despăgubirea trebuie să cuprindă pierderea suferită de cel prejudiciat, câștigul pe care în condiții obișnuite el ar fi putut să îl realizeze și de care a fost lipsit, precum și cheltuielile pe care le-a făcut pentru evitarea sau limitarea prejudiciului.*

(4) Dacă fapta ilicită a determinat și pierderea șansei de a obține un avantaj sau de a evita o pagubă, reparația va fi proporțională cu probabilitatea obținerii avantajului ori, după caz, a evitării pagubei, ținând cont de împrejurări și de situația concretă a victimei. (s. n.)

sistemului despăgubirii pacienților în caz de prejudicii, în cazul ultimului plafonarea despăgubirilor nepatrimoniale ținând de esența sa.

De lege ferenda, considerăm că este necesară crearea unui tip juridic special de prejudiciu, respectiv **prejudiciul medical**,⁷⁸ adaptat condițiilor specifice acestui domeniu. De asemenea, având în vedere rapiditatea progresului medicinei și prezența spațiului juridic al U.E., trebuie luată în considerare creșterea ponderii precedentului în judecarea spețelor, inclusiv prin raportarea la hotărârile Curții de Justiție a Uniunii Europene.

Sistemul malpraxis

Sistemul malpraxis are la bază, în principiu, libertatea judecătorului de a stabili nivelul despăgubirilor pentru toate categoriile de prejudicii. El poate include o fază de negociere între părți (incluzând și asiguratorul) și chiar una de mediere, caracterizată de libertatea părților de a se înțelege în privința cuantumului despăgubirilor.⁷⁹ Libertatea stabilirii cuantumului despăgubirilor combinată cu o practică a instanțelor orientată către despăgubiri generoase poate conduce la costuri deosebit de mari implicate de funcționarea unui astfel de sistem. Costurile aferente soluționării pretențiilor în instanță, dublate de atitudinea de apărare din partea medicilor/personalului medical conduc la existența unui număr mic de pacienți care beneficiază de despăgubiri.

Proiectul de lege a malpraxis-ului preia, suplimentar, un mecanism existent în *sistemul despăgubirii pacienților pentru prejudicii*, respectiv *plafonarea nivelului despăgubirilor*, aplicând-o însă numai la prejudiciile nepatrimoniale/morale.

Nivelul despăgubirilor constituie una din cele mai importate variabile care influențează presiunea exercitată de sistemul malpraxis-ului asupra sistemului. În acest sens, unele studii arată faptul că plafonarea nivelului despăgubirilor poate avea un efect benefic asupra funcționării sistemului în ansamblul său. Cu toate acestea, există și studii care apreciază drept minime efectele limitării; spre exemplu, studiul *Avoidability and Medical Injury Compensation*⁸⁰ arată că măsurile de reformă tradiționale ale sistemului delictual, cum ar fi limitarea despăgubirilor pentru prejudicii non-economice, nu rezolvă problemele, neavând efecte semnificative asupra creșterii siguranței pacienților. Altfel spus, este posibil să limiteze costurile, fără a îmbunătăți procedurile centrate pe siguranța pacienților.

Una din problemele esențiale pe care o întâmpină încercarea de plafonarea a nivelului despăgubirilor o reprezintă situarea României în două spații juridice suprapuse: cel național și cel al Uniunii Europene. Din acest motiv, orice încercare națională de a plafona nivelul despăgubirilor trebuie să ia în considerare impactul legislației europene în domeniu. În acest sens două elemente sunt deosebit de importante: impactul Directivei nr. 24/2011 în domeniu și hotărârile Curții de Justiție a Uniunii Europene.

În același timp însă, plafonarea despăgubirilor morale intră în contradicție cu prevederile Noului Cod Civil, care nu limitează astfel de situații.⁸¹ Chiar dacă admitem varianta derogării prin lege specială

⁷⁸ Conceptul prejudiciu medical ar putea fi introdus în prevederea specială, respectiv legea malpraxis-ului/despăgubirii pacienților pentru prejudicii, și dezvoltat în cadrul practicii și a doctrinei.

⁷⁹ Este vorba de o libertate parțială, asupra căreia își exercită presiunea practica instanțelor.

⁸⁰ Kachalia, et al., *Avoidability and Medical Injury Compensation*, Social Science and Medicine, Volume 66, Issue 2, January 2008, Pages 387-402 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.020>).

⁸¹ Art. 1391- Repararea prejudiciului nepatrimonial:

(1) În caz de vătămare a integrității corporale sau a sănătății, poate fi acordată și o despăgubire pentru restrângerea posibilităților de viață familială și socială.

(„legea malpraxis-ului”) de la aceste prevederi, se ivește problema unor situații identice tratate în mod diferit. Astfel, presupunând că vorbim de același rezultat (pagubă) ca urmarea a două tipuri diferite de acțiune civilă delictuală, una survenită în cadrul furnizării serviciilor medicale și cea de-a doua în cadrul unor activități ce intră sub prevederile codului civil din punct de vedere al dreptului la despăgubire (ele putând fi încadrate, din punctul de vedere al faptei, spre exemplu, și în prevederile codului penal sau al celui rutier), plafonarea despăgubirilor pentru cazurile de malpraxis riscă să aibă drept rezultat un tratament juridic diferit în ceea ce privește nivelul despăgubirilor, ceea ce reprezintă o încălcare a principiilor de drept.⁸²

Sistemul despăgubiri pacienților pentru prejudicii

Sistemul despăgubirii pacienților pentru prejudicii are drept caracteristici esențiale în acest domeniu plafonarea nivelului despăgubirilor și rezolvarea cererilor predominant în cadrul unor proceduri administrative (organizate pe mai multe grade),⁸³ dublate de creșterea semnificativă a numărului de pacienți ce beneficiază de despăgubiri.⁸⁴

Sursele de finanțare a despăgubirilor pot fi dezvoltate în variante mixte, respectiv fond special în cadrul finanțării sănătății și sisteme de asigurări de practică medicală, ambele beneficiind de surse multiple de finanțare: bugetul de stat/bugetul asigurărilor sociale de sănătate,⁸⁵ bugetele spitalelor, plățile/primele plătite de profesioniști, furnizorii de medicamente și materiale sanitare, asiguratorii privați de sănătate.⁸⁶

Unele țări au dezvoltat practici speciale în ceea ce privește surse de finanțare a despăgubirilor. Spre exemplu, în Noua Zeelandă prejudiciile create de *evenimentele nedorite evitabile* sunt despăgubite din fondul de accidente de muncă, fiind asemănat cu acestea (victimele fiind pacienții prejudiciați).

Culpa sistemului vs. culpa profesioniștilor

Alegerea unuia din cele două mari modele/sisteme, respectiv *sistemul malpraxis* și *sistemul despăgubirii pacienților pentru prejudicii* este puternic influențată de perspectiva pe care societatea și profesioniștii (medici, juriști, manageri) o au asupra cauzalității prejudiciilor, respectiv asupra culpei implicate în generarea prejudiciului. Paradigma de analiză a cauzalității poate fi gândită⁸⁷ sub forma: *culpa*

(2) *Instanța judecătorească va putea, de asemenea, să acorde despăgubiri ascendenților, descendenților, fraților, surorilor și soțului, pentru durerea încercată prin moartea victimei, precum și oricărei alte persoane care, la rândul ei, ar putea dovedi existența unui asemenea prejudiciu.*

(3) *Dreptul la despăgubire pentru atingerile aduse drepturilor inerente personalității oricărui subiect de drept va putea fi cedat numai în cazul când a fost stabilit printr-o tranzacție sau printr-o hotărâre judecătorească definitivă.*

(4) *Dreptul la despăgubire, recunoscut potrivit dispozițiilor prezentului articol, nu trece la moștenitori. Aceștia îl pot însă exercita, dacă acțiunea a fost pornită de defunct.*

(5) *Dispozițiile art. 253-256 rămân aplicabile.*

⁸² În această ipoteză am presupus o similitudine în ceea ce privește tipul vinovăției.

⁸³ Instanțele sunt folosite drept cale de recurs. Însă și ele trebuie să respecte plafoanele stabilite în ceea ce privește despăgubirile.

⁸⁴ Ultima fiind în special o consecință a raportării la standardul maxim de îngrijire, respectiv la *regula celui mai bun specialist*.

⁸⁵ Mergând pe principiul garantării de către stat a unui anumit standard al serviciilor medicale.

⁸⁶ Aceștia garantând, asemenea statului, pentru calitatea serviciilor medicale din pachetul asigurării.

⁸⁷ Este vorba de o simplificare a cauzalității, mergând pe ideea cauzei dominante, deoarece nici una din cele două cauze nu poate fi întâlnită „în stare pură”. Altfel spus, existența culpei sistemului nu exclude o anumită incidență a culpei profesioniștilor, iar culpa profesioniștilor nu exclude prezența culpei sistemului.

profioniștilor vs. culpa sistemului. Sistemele malpraxis sunt axate pe culpa profioniștilor, în timp ce sistemele de despăgubire a pacienților pentru prejudicii sunt axate pe culpa sistemului.

Accentul pe una sau alta dintre cele două abordări suferă o influență semnificativă din partea valorilor politice dominante, specifice unei societăți. Astfel, societățile axate pe valori liberale sunt orientate către *culpa profioniștilor* (libertatea sporită a acestora este dublată de un spor de responsabilizare), în timp ce societățile în care sunt dominante valorile social-democrate sunt marcate de preferința către culpa sistemului (corelativă intervenției sporite a statului în multe aspecte ale vieții sociale).

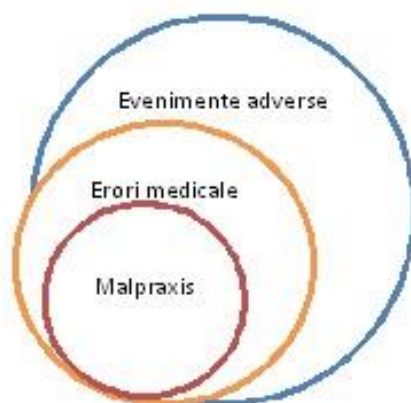
În practică însă influența politicului asupra modului de desfășurare a activității într-o unitate sanitară este mult mai redusă, problema „distribuției culpei” fiind dependentă într-o măsură considerabilă de modul de organizare al unității, dublat de relațiile și regulile existente în cadrul structurilor profesionale și de performanțele organizării sistemelor. Ceea ce înseamnă că analiza modului de distribuție a responsabilității în ivirea evenimentelor medicale adverse suportă un grad relativ crescut de obiectivitate.

Pentru o mai mare claritate considerăm necesare câteva precizări conceptuale:

Toate evenimentele adverse derivă din proceduri medicale, însă nu toate evenimentele adverse constituie erori. Altfel spus, toate evenimentele adverse sunt nedorite, însă nu toate sunt evitabile.

Toate erorile medicale survin datorită furnizorilor de servicii medicale, însă nu toate erorile sunt cauzate de personalul medical.

Nu toate erorile medicale determină evenimente adverse. Ceea ce înseamnă că nu toate erorile personalului medical au drept consecință evenimente adverse.



În forma actuală de organizare a sistemului, 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”.⁸⁸ În astfel de situații neglijența constă în eșecul furnizării unui standard de îngrijire. Doar cca. 27% din efectele adverse în medicină sunt datorate neglijenței.⁸⁹

Culpa sistemului este datorată în bună măsură erorilor umane firești, care nu pot fi evitate în condițiile date. 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. Câteva măsuri care pot conduce la reducerea unor astfel de cazuri:

- Introducerea unor formule de recunoaștere a erorilor sistemului;
- Informatizarea sistemului de administrare a medicației;
- Introducerea brățarilor de identificare pentru a evita confundarea unui pacient cu altul;
- Introducerea formelor de audit al organizării sistemului medical;⁹⁰
- 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.

Decizia în privința tipului de culpă pe care-l prezumăm dominant influențează într-o măsură semnificativă atât soarta personalului medical cât și pe cea a pacienților. Din punctul nostru de vedere sistemul malpraxis are nivelul cel mai mare de influență negativă asupra celor două categorii. Dacă efectele acestuia asupra profesioniștilor au fost discutate deja (culpabilizare, stres, medicină defensivă etc.) cele asupra pacienților necesită încă explicații.

În cazul sistemului malpraxis, în principiu, prejudiciul despăgubit este proporțional cu vina dovedită a salariaților. Ceea ce înseamnă că despăgubirea pacienților nu de desfășoară în funcție de prejudiciul pe care aceștia îl suferă, ci în funcție de posibilitatea de a dovedi culpa profesioniștilor. Ceea ce înseamnă că nu toate prejudiciile vor fi despăgubite.⁹¹

⁸⁸ 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).

⁸⁹ Ibidem, citând un studiu al Harvard Public Health. Alte studii situează însă acest procent între 15% și 20%.

⁹⁰ La momentul actual acesta intră parțial în atribuțiile Comisiei Naționale de Acreditare a Spitalelor.

⁹¹ Problema se pune de fapt în termenii ponderii prejudiciilor despăgubite, aceasta fiind mult mai scăzută în cazul sistemului malpraxis decât în cazul sistemului de despăgubire a pacienților pentru prejudicii.

O analiză critică a proiectului de lege privind Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice⁹²

Definiția malpraxis-ului

Definiția cu care operează proiectul de lege indică centrarea culpei medicale pe personalul medical, ratând vina sistemului, respectiv culpa persoanelor juridice. Definirea malpraxis-ului ca „un comportament profesional...” indică faptul că subiectul îl constituie doar comportamentul profesioniștilor, adică al personalului medical. Raportarea la „standardele profesionale de pregătire și pricepere...” accentuează sentimentul exclusivității responsabilității personalului medical. Totodată, această ultimă formulă constituie o raportare la ceva subiectiv, menținând controlul organismelor profesionale asupra cazurilor de malpraxis⁹³, acestea fiind de fapt abilitatea să stabilească „standardele profesionale”. Această definiție riscă să mențină gradul relativ crescut de dependență al profesioniștilor de „feudalii sistemului” (formulă des utilizată în cercetările de specialitate care abordează sistemele medicale din Europa de Est), nefiind astfel coerentă cu gradul foarte mare de libertate pe care-l presupune un sistem malpraxis.

Introducerea formulei „suferința ce putea fi evitată” în definirea prejudiciului creează numeroase probleme de interpretare deoarece:

- Efectuarea actului medical este deseori asociată cu forme de suferință. Ceea ce conduce la posibilitatea ca majoritatea actelor medicale să cadă sub incidența unei astfel de interpretări. Suplimentar, la ora actuală sistemul sanitar românesc nu are implementată o procedură esențială pentru una din dimensiunile importante ale suferinței: durerea (terapia durerii).
- Include raportarea la un aspect subiectiv, greu evidențiable și, deci demonstrabil, ce depinde în bună măsură de aprecierea subiectivă a pacientului și de modul în care judecătorul (sau cel chemat să se pronunțe în astfel de cazuri) înțelege și empatizează cu această suferință (de asemenea o raportare subiectivă).
- Pacienții au un grad diferit de toleranță a durerii, fapt care conduce la imposibilitatea unei standardizări în domeniul domeniu, inclusiv în ceea ce privește durerile (respectiv suferințele) considerate necesare și cele care putea fi evitate. Putem chiar considera că există diferențe semnificative între *suferința produsă* de actul medical/personalul medical și *suferința resimțită de pacient*, care nu permite introducerea unor standarde comportamentale din partea personalului medical, pe fondul imposibilității predicției.
- Abordarea tehnică a actului medical depinde de capacitățile tehnice ale personalului, de alte caracteristici ale acestuia (dispoziție, hazard etc.), de contextul în care actul medical este efectuat (urgență, presiune morală, uneori chiar presiune fizică) și de dispozitivele existente într-un

⁹² Pentru a ușura înțelegerea, utilizăm formula „proiect de lege”, prin care desemnăm de fapt proiectul de modificare a Titlului XV din Legea 95/2006 cu titlul: *Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice*.

⁹³ În special controlul exercitat de Colegiul Medicilor, experiența indicând o slăbiciune în domeniu din partea Ordinului Asistenților Medicali în condițiile în care asistenții medicali ajung deseori să joace rolul „acarului Păun” în cazurile de malpraxis complexe.

moment sau altul. Ceea ce conduce la diferențe semnificative din punctul de vedere al suferinței produse pacientului.

- Alegerea unei proceduri de diagnostic sau tratament din mai multe posibile include și efectele diferite în planul suferinței. În condițiile în care suferința constituie un criteriu de judecată este posibil ca ea să devină în unele cazuri principalul criteriu de decizie, în defavoarea interesului de sănătate al pacientului (starea de bine actuală *versus* starea de sănătate viitoare). În acest sens, faptul că uneori pacienții tind să refuze un act medical care le servește interesele de sănătate de teama durerii/suferinței ce însoțește actul medical este bine cunoscut în lumea medicală.
- Mai mult decât toate, absența unor standarde în domeniul relației dintre actul medical și suferința ce poate fi evitată constituie un impediment major pentru introducerea acestui criteriu.

Având în vedere aceste observații malpraxis-ul ar putea fi definit ca fiind *tratamentul sub nivelul standardelor de practică* sau, de preferat, *sub nivelul standardelor de tratament*.

Neglijența personalului vs. despăgubirea pacienților

Prima observație pe care-o facem este mai curând una administrativă: proiectul de lege nu este conform intențiilor și prevederilor Directivei nr. 24/2011. Astfel, intenția Directivei este de a crea *mecanismele de intervenție în cazul unui prejudiciu rezultat în urma asistenței medicale*, respectiv mecanisme pentru protecția pacienților și pentru repararea daunelor în cazul unui prejudiciu și că aceste mecanisme sunt adecvate naturii și amplitudinii riscului. Ori, după cum putem constata, proiectul de lege este constituit pe principiul neglijenței în loc să fie așezat pe principiul despăgubirii în caz de prejudiciu.⁹⁴ Principalul dezavantaj este cel pentru pacienți, care sunt astfel în imposibilitate de a fi despăgubiți pentru o serie întreagă de prejudicii și, în caz de neînțelegere la prima procedură administrativă, sunt nevoiți să parcurgă întregul parcurs în fața instanțelor, cu durată și costuri foarte mari.

Dacă avem în vedere intenția proiectului de lege de a plafona nivelul despăgubirilor pentru prejudiciile nepatrimoniale, constatăm că de fapt suntem în prezența unui model pseudo-administrativ, unul ce preia din sistemul despăgubirii pacienților pentru prejudicii un scurt parcurs administrativ și limitarea despăgubirilor, pe care încearcă s-o introducă într-un sistem bazat pe neglijență.

Proiectul de lege se concentrează pe *neglijența personalului și a furnizorilor*, ratând dimensiuni esențiale pentru pacienți și salariați: orientare către despăgubirea tuturor pacienților prejudiciați, nerecunoașterea ponderii culpei sistemului, costurile aferente funcționării unui astfel de model. De altfel, după cum se poate vedea și din titlu, el vizează stabilirea răspunderii civile a personalului medical și furnizorilor și nu crearea unui cadru adecvat ca toți cei prejudiciați să fie despăgubiți. Proiectul de lege a malpraxis-ului înlătură în bună măsură prezumția de nevinovăție a personalului medical, căile de acțiune fiind gândite ca și cum în fiecare caz de apariție a unui prejudiciu este determinat de personalul medical (în special) sau de furnizori. La rândul lui, personalul medical se poate apăra invocând respectarea standardelor de comportament profesional, încercând pe această cale să transfere asupra pacienților o parte din povara aruncată în mod injust, *ab inițio*, asupra lui. Din această perspectivă, considerăm că proiectul de lege este construit în dauna personalului medical și a pacienților, respectiv în avantajul sistemului, care nu asumă nicio responsabilitate pentru prejudiții.

⁹⁴ Întrebarea care se poate pune: Ce tip de protecție a pacienților în caz de prejudiciu, respectiv ce sistem de despăgubire are în vedere Directiva nr. 24/2011? Interpretăm aici formulările directivei, înțelegând astfel că ea sugerează necesitatea unui sistem de despăgubire a pacienților în caz de prejudicii.

Culpa profesionistului vs. culpa sistemului

Principala deficiență o constituie centrarea lui pe ideea culpei salariaților, răspunderea unității și a sistemului având un caracter secundar. În situația disculpării justificată a salariatului datorită condițiilor improprie (lipsa medicamentelor, a materialelor etc.) se pune întrebarea cine plătește pentru suferința pacienților? Observăm astfel că proiectul de lege vizează de fapt doar instituirea responsabilității civile a salariaților, nu despăgubirea pacienților pentru erorile cărora le cad victime.

Proiectul de lege a malpraxis-ului creează o disjuncție între drepturi și responsabilități. Astfel, deși statul asumă sarcina organizării sistemului public și social de sănătate, obligând cetățenii (și firmele) să plătească cotizații, fiind responsabil astfel pentru funcționarea sistemului, pasează responsabilitatea pentru plata daunelor în cazul prejudiciilor suferite de un pacient în seama personalului medical și, într-o mai mică măsură, pe seama unităților sanitare și a diferiților furnizori. Problema în acest sens o constituie faptul că nu există studii relevante, care să stabilească raportul dintre *culpa sistemului* și *neglijență* în cazurile de malpraxis,⁹⁵ culpa sistemului lipsind din întreaga ecuație.

Proiectul de lege se rezumă 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 improprie 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. Absența culpei sistemului este relativ 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 culpei salariaților, considerându-i singurii posibili vinovați. Într-o anumită măsură, culpa sistemului este înlocuită parțial de culpa furnizorilor de servicii medicale.

Responsabilitatea medicului versus responsabilitatea personalului medical

Pasibil de malpraxis este medicul sau personalul medical? Proiectul de lege are o serie întreagă de ambiguități în acest sens. În opinia noastră sistemul trebuie construit în funcție de actuala structură a responsabilităților (reale) din sănătate.

Practica statelor occidentale este variată în acest sens, însă ea tinde să concentreze răspunderea pentru actul medical pe seama medicului. Spre exemplu, în cazul S.U.A., abordarea în acest domeniu variază de la stat la stat, fiind des întâlnită și plata asigurărilor asistentelor medicale și a altor categorii de personal medical de către spital.

Formele de răspundere solidară în situații în care competențele celor implicați nu justifică acest lucru reprezintă o altă problemă de soluționat în cadrul acestui proiect. Este în special cazul asistenților medicali care au statutul de salariați, libertatea acestora de exercitare a profesiei fiind cu mult depășită de amplexarea subordonării ierarhice ce derivă din calitatea lor de salariați, inclusiv în 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.

⁹⁵ De altfel, datorită modului deficitar de constatare a cazurilor de malpraxis existent până acum și absenței unor standarde de raportare, desfășurarea unor asemenea studii nu este posibilă.

Nivelul răspunderii este în principiu cel stabilit prin intermediul legii malpraxis-ului. În același timp însă, răspunderea trebuie să fie proporțională cu atribuțiile. Raportat la acest principiu putem constata tendința de a încărca alte categorii de personal medical decât medicul, în special categoria asistentelor medicale, cu mai multă responsabilitate civilă decât cea corespunzătoare atribuțiilor profesionale.

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.

Câteva probleme juridice

Acordul informat în condițiile de incapacitate a pacientului

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”.⁹⁶ Această prezumție trebuie însă completată cu un instrument modern de intervenție, pe model occidental, respectiv *Instrucțiunile de sănătate*⁹⁷ pe care orice cetățean le poate da, împuternicind o persoană să decidă în locul său în situațiile medicale în care va fi lipsit de capacitatea de decizie.

Suplimentar, dovedirea gradului de rudenie poate fi deosebit de dificilă, mai ales în situații de urgență, proiectul de lege fiind insuficient și din acest punct de vedere, aplicarea lui având nevoie de un sistem informatic complex, care include accesul la informații privind gradele de rudenie.

Discernământului minorului în contextul „legii malpraxis-ului”

Problema discernământului⁹⁸ minorului în cadrul dezbaterilor (care ar trebui să existe) pe tema unei noi legi a malpraxis-ului constituie un simbol al modului în care riscăm să ratăm modernizarea cadrului legislativ, arătând ruptura care există la ora actuală între teorie și practică, între teoreticienii bioeticii și creatorii textului de lege. Deși s-au publicat câteva articole pe tema consimțământului informat scrise de autori români, ba chiar există și o Revistă de Bioetică, destul de bine cotate în sistemul de indexare al literaturii științifice (este indexată ISI), cu toate acestea dezbaterile publice pe această temă sunt cvasi-absente. Altfel spus, teoreticienii noștri nu sunt preocupați de tema adaptării proiectului de lege la principiile bioeticii, lipsind proiectele de lege concurente izvorâte din laboratoarele centrelor de cercetare. Dacă această ruptură între teorie și practică este caracteristică întregului domeniu al sănătății, atunci lucrurile sunt cu atât mai urgente.

⁹⁶ Aceasta constituie o preluarea a principiilor Dreptului succesoral românesc, care protejează interesul rezervatarilor în dauna testamentului. Protecția garantată de Codul civil unor categorii de rude raportat la bunurile patrimoniale riscă de altfel să influențeze negativ și deciziile în ceea ce privește pacientul, aceste rude fiind în conflict de interese atunci când sunt mănate de dorința de a moșteni cât mai repede. Motiv pentru care „decizia medicală pe principii succesoriale” trebuie contrabalansată de posibilitatea cetățeanului de a indica în chip expres, atunci când consideră că este cazul, persoana sau instituția care este abilitată să decidă în locul său.

⁹⁷ Instituția poate avea orice altă denumire care este considerată mai importantă, cu condiția conservării esenței sale: capacitatea fiecăruia dintre cetățeni de a stabili persoana care poate decide în interesul lor atunci când ei sunt incapabili de a lua vreo decizie. Ea există în S.U.A sub numele *Health Care Directive* ([un exemplu pentru Minnesota poate fi găsit la adresa http://www.cehd.umn.edu/fsos/projects/mnhcd.asp](http://www.cehd.umn.edu/fsos/projects/mnhcd.asp)).

⁹⁸ Abordată simplist, problema sună în felul următor: în accepțiunea proiectului de lege (și prevederilor legale actuale) vârsta este singura care stabilește discernământul medical.

Proiectul de lege abordează global problema minorului, prezumându-l va fiind lipsit de discernământ sub vârsta de 18 ani. Din această perspectivă, proiectul nu corelează cu alte prevederi legale, evidentă fiind situația discernământului minorului în Noul Cod Civil. Astfel, art. 1366⁹⁹, introduce prezumția discernământului minorului peste 14 ani, acesta răspunzând civil pentru prejudiciile cauzate, cu excepția situației în care dovedește că a fost lipsit de discernământ la data săvârșirii faptei. Având în vedere faptul că proiectul introduce o rezolvare predominant litigioasă a sesizărilor privind ivirea unui prejudiciu, competente fiind instanțele civile, considerăm necesară corelarea problemei discernământului cu prevederile Codului Civil.

Proiectul de lege nu distinge, de asemenea, între cele două categorii de minori: minorul sub 16 ani și minorul peste 16 ani, aceștia având în drept regimuri juridice diferite. Spre exemplu, răspunderea penală este diferită în cazul celor două categorii (de fapt trei, deoarece în dreptul penal este luat în considerare și pragul de 14 ani) pe motiv de diferență de discernământ. Or, în discuție este tocmai capacitatea legală de discernământ diferită în cadrul celor două categorii de vârstă. Excepția creată în situațiile ce țin de sfera sexuală și reproductivă (art. 648, lit. b) este insuficientă.

Din această perspectivă, un exemplu de incoerență la care poate conduce o prevedere legală incorectă îl putem observa în cazul minorei de peste 16 ani, care se poate căsători și, în consecință, poate avea copii chiar la o vârstă minoră. Exemplul poate fi completat de situația minorelor care ajung mame, chiar fără să fie căsătorite. În aceste ipoteze se ajunge la situația în care minora are drept de decizie în ceea ce privește copilul (cu atât mai evident dacă este vorba de o mamă singură), dar nu are drept de decizie în ceea ce privește propria persoană. Or, cel puțin persoana de gen feminin ce are peste 16 ani (între 16 și 18 ani) dobândește capacitate deplină de exercițiu în ceea ce privește drepturile sale civile. Un alt exemplu de situație absurdă poate fi dat tot în cazul persoanei de gen feminin ce are între 16 și 18 ani și este căsătorită: în condițiile în care legea prevede faptul că pentru minori este necesar acordul părinților fără a distinge între diferitele situații, soțul suferă o „decădere în drepturi”, neputând participa la consimțământul informat.¹⁰⁰ Altfel spus, pentru toate cazurile medicale în care este implicată soția sa minoră, aceasta va avea nevoie de consimțământul părinților ei. Pornind de aici pot fi imaginate diferite spețe, toate riscând soluții aberante.

În concluzie, aplicarea unui tratament nediferențiat între diferitele categorii de minori, respectiv luarea în considerare doar a vârstei pentru stabilirea „minoratului medical”, este eronată, riscând să instituie două categorii diferite de discernământ: discernământul legal și discernământul medical. În literatura de specialitate situația este cunoscută ca diferența dintre *majoratul legal*¹⁰¹ și *majoratul medical*; cu precizarea că ea tratează exact genul opus de cazuri, respectiv situația statelor în care *majoratul medical* survine la o vârstă mai mică decât *majoratul legal*.

Având în vedere intrarea în vigoare a Directivei nr. 24/2011 și insistența acesteia asupra existenței unui sistem funcțional de asigurări de malpraxis, problema consimțământului minorului trebuie analizată în

⁹⁹ *Răspunderea pentru fapta proprie: Art. 1366 - Răspunderea minorului și a celui pus sub interdicție judecătorească*

(1) *Minorul care nu a împlinit vârsta de 14 ani sau persoana pusă sub interdicție judecătorească nu răspunde de prejudiciul cauzat, dacă nu se dovedește discernământul său la data săvârșirii faptei.*

(2) *Minorul care a împlinit vârsta de 14 ani răspunde de prejudiciul cauzat, în afară de cazul în care dovedește că a fost lipsit de discernământ la data săvârșirii faptei.*

¹⁰⁰ Spre exemplu, în statul New York prevederea este următoarea: *Any person who has been married or who has borne a child may give effective consent for medical, dental, health and hospital services for his or her child.* (*Public Health Law § 2504, conform <https://www.health.ny.gov/professionals/ems/policy/99-09.htm>*)

¹⁰¹ Formula corectă credem că este *majoratul civil*, deoarece și cazurile de *majorat medical* fac parte din sistemul legal.

contextul legislației statelor membre U.E., fiind necesar un grad ridicat de armonizare. Indicăm drept caz extrem situația din Danemarca, unde minorul peste 15 ani este considerat capabil să-și dea consimțământul informat.¹⁰² Dacă însă copilul nu este capabil să înțeleagă consecințele deciziei sale atunci trebuie solicitat consimțământul părinților sau reprezentantului legal.

Convenția Europeană pentru Drepturile Omului și Biomedicină,¹⁰³ aparținând Consiliului Europei¹⁰⁴ prevede la art. 6, alin. 2 că acolo unde minorul nu are capacitatea conform legii aplicabile, decide altcineva în locul său, însă opinia minorului va fi luată în considerare proporțional cu vârsta și gradul său de maturitate.¹⁰⁵ Ceea ce indică faptul că tratarea abruptă a problemei, prin intermediul stabilirii unei limite rigide de vârstă, este cu atât mai problematică. De altfel, prevederea este similară celei din art. 264 Cod Civil, care prevede dreptul copilului care a împlinit vârsta de 10 ani de a fi ascultat, ba chiar obligația ca el să fie ascultat în cazul procedurilor administrative și judiciare și de a i se explica proporțional cu capacitatea lui de înțelegere și de a i se cere consimțământul. Dacă privim cu atenție prevederile acestui articol putem considera că sunt aplicabile în drept prevederi similare celor din Convenție, fiind necesară armonizarea proiectului de lege a malpraxis-ului cu acestea.

Problema pe care o ridicăm nu constituie doar un exercițiu de interpretare juridică, ci încercăm să atragem atenția asupra cazurilor în care părinții, din neștiință, incapacitate de fapt sau alte motive, nu acționează în interesul minorului, proiectul de lege ratând și astfel de nuanțe.¹⁰⁶ În acest sens trebuie interpretat și *principiul interesului superior al copilului* prevăzut de art. 263 din Noul Cod civil, care include faptul că părinții sunt obligați să acționeze în interesul minorului chiar și în situațiile medicale. Proiectul de lege nu prevede nici ce se întâmplă în situația în care părinții minorului nu cad de acord asupra aceleiași decizii,¹⁰⁷ punând astfel practicienii din sistem în dificultate.

Având în vedere toate acestea, considerăm că prevederile legale privitoare la malpraxis trebuie să fie armonizate atât cu cadrul juridic intern cât și cu cel internațional.¹⁰⁸ În acest sens, credem că se impun următoarele măsuri:

- Abordarea juridică a situației trebuie să se facă în funcție de *discernământ* și nu de vârstă. Relevantă în acest caz este prezumția discernământului minorului peste 14 ani introdusă de Noul Cod Civil în materia răspunderii civile delictuale.¹⁰⁹
- Legea trebuie să introducă diferența dintre *majoratul legal* și *majoratul medical*.
- Opinia minorului trebuie luată în considerare proporțional cu vârsta și gradul său de maturitate;
- Pentru situațiile de suspiciune de decizie împotriva interesului minorului trebuie să existe o procedură care să transfere decizia unei alte persoane.¹¹⁰

¹⁰² Patients' Rights in the European Union, p. 10,

http://www.eu-patient.eu/Documents/Projects/Valueplus/Patients_Rights.pdf

¹⁰³ <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm>

¹⁰⁴ Convenția nu a fost ratificată încă și de România. Statele membre UE care au semnat-o sunt: Cipru, Cehia, Danemarca, Estonia, Grecia, Ungaria, Lituania, Portugalia, Slovacia, Slovenia și Spania.

¹⁰⁵ O excelentă analiză a problemei consimțământului informat al minorului poate fi găsită în articolul *Minors and Informed Consent: A Comparative Approach*, autori Loes Stultiëns, Tom Goffin, Pascal Borry, Kris Dierickx, Herman Nys (<https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/40142/2/IT013-2007-European-Journal-of-Health-Law.pdf>).

¹⁰⁶ Spre exemplu, în situația în care un copil se prezintă la spital maltratată de propriul părinte nu mai poate fi operată prezumția că acel părinte acționează în interesul medical al minorului.

¹⁰⁷ Este drept, problema trebuia reglementată în Codul civil.

¹⁰⁸ Inclusiv anticipativ, dacă este cazul de situații importante.

¹⁰⁹ Considerăm inadmisibilă soluția la care se ajunge prin forma actuală a proiectului de lege: prezumția de discernământ operează doar împotriva minorului, nu și în favoarea lui.

¹¹⁰ Bioeticianul unității sanitare ar putea constitui una din soluțiile oportune.

Cui profită noul sistem al răspunderii civile?¹¹¹

Părerea comună tinde să sugereze că el va profita în primul rând pacienților, deschizându-le posibilitatea unor firești despăgubiri. Din punctul nostru de vedere acest sistem va profita în cea mai mică măsură exact subiecților principali: salariații și pacienții.

Sistemul este dezavantajos pentru salariați. Astfel cum va fi construit, precum și ca un efect al aplicării Directivei UE nr. 24/2011, sistemul de asigurări de malpraxis va genera suplimentarea semnificativă a cheltuielilor profesionale obligatorii ale salariaților din sistemul sanitar, printr-o primă de asigurare substanțial mai mare față de cea plătită în prezent, ceea ce înseamnă implicit o reducere a veniturilor salariaților. Din acest punct de vedere, procentul de acoperire a primei de asigurare de către unitatea sanitară, pe care Ministerul Sănătății și l-a asumat în această lege, ar trebui să acopere cel puțin nivelul cu care va crește costul asigurării de malpraxis.¹¹² Apare, de asemenea, un risc disproporționat față de câștig în exercitarea profesiei, cu un puternic efect inhibitor asupra intrărilor în sistem. Suplimentar, efectul inhibitor va acționa și asupra comportamentului profesional, dând naștere medicinei defensive, el fiind puternic potențat de condițiile improprie de exercitare a profesiei. Însă dezavantajul principal derivă din menținerea mentalității publice orientate împotriva personalului medical, acesta fiind considerat responsabil pentru toate viciile și nereușitele sistemului.

Sistemul este dezavantajos pentru pacienți. Până acum a funcționat un sistem similar, pacienții beneficiind sub formă de despăgubiri doar de 5% din sumele colectate de companiile care au operat pe zona asigurărilor de malpraxis. Presupusa optimizare a acestui model ar putea conduce la acordarea despăgubirilor până la maxim 40% din sumele colectate; însă aceasta este o anticipare optimistă. Pacienții pierd din start datorită modului în care este construit sistemul, respectiv pe baza principiului neglijenței. Altfel spus, dacă nu vor putea demonstra neglijența vor rămâne doar cu prejudiciul. În spațiul imens dintre neglijență și prejudiciul evitabil (pe care am încercat să-l definim sub forma *culpei sistemului*) nu va exista nimic de despăgubit.¹¹³ Mai mult decât atât, însăși definirea prejudiciului este dezavantajoasă pacienților: există prejudiciu doar în măsura în care personalul medical nu a coborât sub baremul minim al comportamentului profesional (și acesta destul de fluctuant, dependent de instituții/organizații care reprezintă mai curând interesele profesioniștilor aflați la vârful ierarhiei). Așadar, existența prejudiciului nu va fi raportată la un standard de tratament, pe care sistemul îl garantează personalului, ci la un nivel minim al comportamentului profesional corect.

Presupunând că nu ne înșelăm în această analiză, rămâne să ne întrebăm atunci cui profită acest sistem.¹¹⁴

Experiența ultimilor ani ne indică societățile de asigurări drept principalii câștigători. Chiar dacă vom asista la o îmbunătățire a procedurilor, acestea vor ieși în continuare în câștig, transferând riscul

¹¹¹ De răspunsurile la această întrebare depinde evidențierea polilor de interese care fac demersuri pentru adoptarea acestui model.

¹¹² Evident, transferul unei părți din obligațiile de plată ale salariaților către unitățile sanitare riscă să rămână fără un efect semnificativ dacă nu este dublat de o creștere a nivelului de finanțare a acestora. Introducerea unui nou sistem de malpraxis trebuie să fie dublată de creșterea veniturilor celor care vor suporta costurile de funcționare ale acestuia.

¹¹³ Destul de probabil că va lipsi chiar și recunoașterea prejudiciului, acestea cazuri fiind „împinse” către zona efectelor adverse inevitabile.

¹¹⁴ Dacă Ministerul Sănătății ar fi acceptat regulile de transparență în elaborarea acestui act normativ, făcând publice toate solicitările celor care au intervenit, am fi putut observa o mare parte din polii de interes.

pierderilor financiare asupra asiguraților prin creșterea costului asigurărilor. Mai mult decât atât, experiența statelor occidentale indică intrarea pe piață a altor amatori de profit, care vor participa la diluarea sumelor plătite ca despăgubiri pacienților (și, implicit, la creșterea sumelor pe care trebuie să le plătească salariații societăților de asigurări). Centrarea lui pe aspectul litigios dublată de o analiză comparativă a sistemelor occidentale indică riscul ca introducerea unui astfel de sistem să profite de fapt celor care se vor implica în soluționarea acestor litigii, în special a avocaților specializați în domeniu, costurile urmând de fapt să fie suportate de personalul medical, de unitățile sanitare dar și de pacienții atrași de posibilitatea unei compensări sau chiar a unui câștig.¹¹⁵ Din punct de vedere financiar la o analiză globală s-ar putea ajunge la situația în care costurile suportate de pacienții-reclamantți să fie mai mari decât câștigurile obținute în urma litigiilor. Dacă pe traseul acestor litigii se interpun o serie de taxe, atunci statul va fi și el în tabăra câștigătorilor. Să ne amintim că în cazul sistemului despăgubirii pacienților pentru prejudicii statul este unul din garanții calității și cantității serviciilor medicale pentru a zări una din diferențele radicale dintre cele două sisteme!¹¹⁶

Unele soluții de atenuare a impactului sistemului malpraxis

Libertatea spitalelor în domeniul asigurărilor de malpraxis

Având în vedere principiile autonomiei manageriale și intenția ca activitatea spitalelor publice să se desfășoare într-o măsură mult mai mare în contextul unei piețe libere, considerăm oportune câteva grade de libertate în domeniul politicii privind malpraxis-ul a unităților sanitare. Această libertate poate include, spre exemplu:

- Stabilirea unor nivele minime pentru plafoanele maxime ale asigurărilor pentru diferitele categorii de salariați;
- Condiționarea accesului la anumite funcții și grade profesionale de un nivel minim al asigurării;
- Asumarea plății asigurărilor pentru anumite categorii de personal medical, în tot sau în parte;
- Propria politică în ceea ce privește procedurile aplicabile cu impact semnificativ asupra asigurărilor de malpraxis.

Câteva strategii de sprijin a personalului medical în cazul sistemului malpraxis

Avem în vedere câteva strategii de întâmpinare pentru fiecare risc estimat. Astfel:

- Acoperirea riscurilor financiare aferente cazurilor de malpraxis – asigurare;
- Timpul pierdut din cauza reclamațiilor – dezvoltarea unei rețele de sprijin/reprezentare, cu specialiști în domeniul malpraxis-ului;¹¹⁷
- Impactul costurilor asigurărilor medicale – negocierea globală, respectiv prin intermediul unor organizații care reprezintă cât mai mulți salariați.¹¹⁸

¹¹⁵ În cazul pacienților, este evident că ei vor suporta toate costurile aferente proceselor pe care nu reușesc să le câștige.

¹¹⁶ Alături de profiturile financiare ar trebui să analizăm și pe cele în termeni de *putere*, respectiv *autoritate*. Pe primul loc în acest sens se situează organismele profesionale (în special Colegiul Medicilor) și poliile de interes reprezentanți de universitățile/facultățile de medicină.

¹¹⁷ Un astfel de serviciu ar putea fi desfășurat în cadrul organizațiilor sindicale, ca parte integrantă a apărării propriilor membri. Ele ar avea astfel avantajul constituirii unei rețele naționale care să conducă la transfer rapid de experiență și reducerea semnificativă a costurilor suportate de personalul medical.

Cercetarea ca strategie de acțiune bazată pe dovezi

Sunt posibile trei direcții de orientare a cercetărilor:

- Cercetarea opiniei personalului medical privitor la rolul sistemului de malpraxis în determinarea tratamentului medical;
- Cercetarea efectelor despăgubirilor pentru prejudicii asupra frecvenței reclamațiilor, plăților către reclamanți, nivelului despăgubirilor, plăților făcute de furnizorii de pentru a se apăra de responsabilitățile legale;¹¹⁹
- Cuantificarea modului în care deciziile în ceea ce privește tratamentul și rezultatele în ceea ce privește sănătatea pacientului răspund presiunii exercitată de malpraxis.

În derularea cercetărilor, factorii particulari existenți la nivel național, regional, comunitar, profesional etc. pot influența în mod semnificativ efectele noului sistem de malpraxis. Din acest motiv sunt dificil de estimat toate efectele, o soluție oportună putând-o constitui introducerea unor studii pilot.

¹¹⁸ La acest capitol sunt de asemenea calificate organizațiile sindicale, ele putând obține reduceri semnificative ale costurilor asigurărilor plătite în mod individual; cu condiția existenței unui sistem central de colectare a sumelor aferente asigurărilor de la membrii de sindicat și deținerii informațiilor relevante pentru asigurator pentru fiecare membru de sindicat (informațiile necesare stabilirii riscurilor).

¹¹⁹ În S.U.A. aceste cercetări indică atât faptul că pierderile economice, mai curând decât vina, constituie în mod clar cea mai importantă caracteristică a reclamațiilor în determinarea probabilității și mărimii recompenselor cât și faptul că reducerea nivelului recompenselor are ca efect reducerea presiunii malpraxis-ului.

Câteva concluzii

Alegerea unuia sau altuia din cele două mari sisteme pe care le-am analizat în prezentul studiu, 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.

Am indicat în cuprinsul studiului 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. După cum am încercat să arătăm în alte studii, 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 de Ministerul Sănătății o constituie faptul că are ca standard *neglijența*, complicată suplimentar cu *inadecvarea și incompetența*.¹²⁰ Alegerea acestui model are o serie întregă 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

¹²⁰ Din această perspectivă observăm inutila menționare a *inadecvării și incompetenței* care se dovedesc greu de demonstrat și, suplimentar, ele ar putea fi absorbite în conceptul general al *neglijenței*.

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.¹²¹ 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 scurtează „zidul național de apărare” impunând aplicarea unor principii europene în domeniu.¹²²

Având în vedere preferința noastră pentru 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.

¹²¹ Mutarea accentului de pe respectarea standardelor pe interpretarea comportamentului profesional raportat la normele sale.

¹²² Din această perspectivă, legea malpraxis-ului ar trebui să asume raportarea la normele Uniunii Europene în materie de drepturile pacienților.

- 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.¹²³

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 caz¹²⁴ la media de 8 luni în cazul sistemului administrativ.

¹²³ Art. 1, alin. 3 din Constituție. Invocarea neconstituționalității unui astfel de sistem, respectiv a unei legi care ar încerca să-l introducă, are reale șanse de succes.

¹²⁴ Procedurilor complicate li se adaugă apărarea construită de personalul medical chemat în judecată, care depune toate diligențele procedurale pentru a demonstra inexistența neglijenței și, deci, a respinge acordarea despăgubirilor.

De lege ferenda. Câteva prevederi necesare pentru introducerea sistemului despăgubirii pacienților pentru prejudicii

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.¹²⁵ 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.

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:
 - o Personalul medical
 - o Unitățile medicale
 - o 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 despăgubire¹²⁶ se împart, în funcție de cauză, în prejudicii produse de:

- a) Tratament
- b) Diagnostic
- c) Medicamente și materiale sanitare
- d) Infecțiile intra-spitalicești

¹²⁵ 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*.

¹²⁶ Conform modelului suedez.

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.¹²⁷ 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 despăgubire¹²⁸

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

¹²⁷ 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.

¹²⁸ 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*.

Crearea unei instituții specializate

Aceasta ar urma să asigure aplicarea unitară a regulilor și dezvoltarea rezolvării cazurilor bazate pe precedent,¹²⁹ 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 organisme 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 publice¹³⁰ și un control din partea instituțiilor statului trebuie dublate de criterii obiective de selecție a specialiștilor la care recurg organisme 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.¹³¹ Construcția acestui mecanism de feedback are menirea de a crește siguranța pacienților și a spori încrederea acestora în funcționare sistemului.

¹²⁹ Rezolvarea cazurilor bazată pe precedent necesită un consum de timp semnificativ doar la primele cazuri, ulterior putând fi implementate proceduri specifice de soluționare a anumitor tipuri de cazuri (cu verificarea periodică a procedurilor).

¹³⁰ 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.

¹³¹ 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.

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.

Anexa nr. 1

Daune platite in 2011 și 2012 pentru asigurările de malpraxis – media despagubilor in %

date furnizate de Autoritatea de Supraveghere Financiară (ASF) in 13.06.2013, detalii aici:

<http://www.tody.ro/document/2013-06-13-Senator-Valeriu-Todirascu-raspuns-2-Comisia-de-Supraveghere-a-Asigurarilor>

Societatea de asigurare/An*	Număr de contracte de asigurări de raspundere civilă		Prime brute subscrise		Indemnizații brute plătite		Rezerva de daună la finalul anului 2012
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2012
ABC ASIGURARI - REASIGURARI S.A.	738	746	34.294	38.596			1.000
ALLIANZ -TIRIAC ASIGURARE S.A.	9.126	6.867	5.554.007	6.313.398	106.122	335.256	1.288.339
GENERALI FOMANIA (fosta ARDAF)	19.985	21.653	1.300.026	1.566.188	544.813	529.670	2.526.257
ASIGURARE REASIGURARE ASIMED S.A.	1.187	1.262	337.993	410.390			
ASIROM VIENNA INSURANCE GROUP S.A.	19.886	16.848	1.874.747	1.870.641	360.305	1.166.986	1.291.225
ASITO KAITAL S.A.	743		23.005				
EURONIS ROMANIA ASIGURARE REASIGURARE S.A.	9.097	15.401	533.775	1.001.509			272.703
ASTRA S.A.	68.660	69.321	4.611.341	5.723.651	1.368	1.368	1.379.363
OMNIASIG VIG (fosta BCR ASIGURARI VIG)	6.120	12.326	510.728	1.002.876		45.363	855.901
GROUPAMA ASIGURARI S.A.	1.905	1.487	215.636	341.997			414.964
CARPATICA ASIG S.A.	3.650	8.669	231.739	264.968			4.000
CERTASIG - SOCIETATE DE ASIGURARE REASIGURARE S.A.	2.451	2.395	193.679	42.840			
CREDIT EUROPE ASIGURARI REASIGURARI S.A.	1.287	1.281	52.797	97.033			
GARANTA ASIGURARI S.A.	89	87	10.674	15.134			
OMNIASIG VIENNA INSURACE GROUP S.A.	8.166		1.397.546	988.663	27.548	25.429	2.172.355
LIG INSURANCE S.A.	2	4	69	304		38.441	
UNIQA ASIGURARI S.A	22.301	16.154	818.054	945.049			646.368
CITY INSURANCE S.A.		1.665		178.833.803		7.110.292	38.525.554
FORTE ASIGURATI REASIGURARI S.A.		2		109			
ATE INSURANCE ROMANIA S.A.		21		1.157			218
TOTAL	175.393	176189	17.700.110	199.458.306	1.040.156	9.252.805	49.378.247
COST MEDIU PE POLITA/PROCENT			101	1.132	6%	5%	23%

Bibliografie

Kessler, Daniel P., *Evaluating the Medical Malpractice System and Option to Reform*, J Econ Prospect. 2011 Spring; 25 (2): 93-110; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3195420/> (preluat 19.08.2013)

Kachalia, et al., *Avoidability and Medical Injury Compensation*, Social Science and Medicine, Volume 66, Issue 2, January 2008, Pages 387-402 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.020>).

Gabriel Adrian Năsui, *Malpraxisul medical. Particularitățile răspunderii civile medicale*, rezumatul tezei de doctorat, Universitatea de Vest din Timișoara, Facultatea de Drept și Științe Administrative.

Teresa, Nabowa, *How to Define Medical Malpractice*, <http://www.wikihow.com/Define-Medical-Malpractice> (vizionat 19.08.2013)

Patients' Rights in the European Union, p. 10, http://www.eu-patient.eu/Documents/Projects/Valueplus/Patients_Rights.pdf

Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine, Oviedo, 4.IV.1997, <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm>

Minors and Informed Consent: A Comparative Approach, autori Loes Stultiëns, Tom Goffin, Pascal Borry, Kris Dierickx, Herman Nys, <https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/40142/2/IT013-2007-European-Journal-of-Health-Law.pdf>

Medical Malpractice Tort Limits and Health Care Spending, Congressional Budget Office Raport, Aprilie 2006, <http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/ftpdocs/71xx/doc7174/04-28-medicalmalpractice.pdf>

Medical Malpractice: The Role of Patient Safety Initiatives, CRS Report for Congress, <http://www.law.umaryland.edu/marshall/crsreports/crsdocuments/rl3209201242005.pdf>

Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Institute of Medicine, NATIONAL ACADEMY PRESS Washington, D.C. 1999, <http://wps.pearsoneducation.nl/wps/media/objects/13902/14236351/H%202007%20To%20Err%20Is%20Human.pdf>

Sache Neculaescu, *Pierderea șansei – prejudiciu reparabil*, Revista Studii de Drept Românesc, Editura Academiei, anul 21 (56), 2009, vol. 4, pp. 323-335, <http://www.rsdr.ro/art-4-4-2009.pdf>

www.cercetare-sociala.ro

Redactor: Rotilă Viorel
Coperta: Marin Georgian
Corectură și paginare: Tetiva Elena

Bun de tipar: 2013. Apărut: 2013
Editura **Sodalitas**, str. Domnească nr. 66, CP 800215, Galați
Tel: 0336/106.365, Fax: 0336/109.281

COLECȚIA SOCIOLOGIE MEDICALĂ



STUDIU PRIVIND SISTEMUL DE DESPĂGUBIRE A PACIENȚILOR PREJUDICIAȚI APLICABIL ÎN ROMÂNIA.

O analiză critică a proiectului de lege privind răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorilor

Autor: ROTILĂ Viorel

ISBN 978-606-93503-3-1



9 786069 350331 >

Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială "Solidaritatea"

Str. Domnească, nr. 66, Galați

Telefon: 0336.106.365

Email: contact@cercetare-sociala.ro

Fax: 0336:109.281

www.cercetare-sociala.ro

Echivalarea asistentelor medicale absolvente de postliceală - formă de acțiune împotriva discriminării

Rotilă Viorel

Conferențiar univ. dr., Universitatea „Dunărea de Jos” Galați, România,
Jurist
viorelrotila@yahoo.com

Celmare Lidia

Jurist, M.Phil., Director Adjunct Formare,
Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, România,
lidiacelmare@yahoo.com

Abstract

Prezentul articol abordează o problemă sensibilă a unei categorii profesionale din sistemul sanitar românesc, asistentele medicale, respectiv problema echivalării studiilor/revalorizării diplomelor. Problema a fost generată atât de necesitatea integrării formării profesionale a acestei categorii în tipurile de formare acceptate la nivelul Uniunii Europene cât și de transpunerea incorectă a unor principii europene în legislația națională. Conținutul problemei îl reprezintă obligarea asistentelor medicale care au absolvit formele anterioare de pregătire profesională să reia pregătirea inițială de la început pentru a putea avansa profesional. Soluția pe care o propunem o constituie instituirea bilanțului de competențe, o instituție de recunoaștere a tuturor competențelor deținute, indiferent de calea pe care au fost obținute, bazată pe principiile prevăzute în Directivele 2005/36/CE și 2013/55/UE. Rezultatul aplicării acestei soluții îl constituie echivalarea competențelor acestei categorii de asistente medicale în sistemul creditelor în sistemul european de credite transferabile, urmată de posibilitatea completării formării profesionale pentru a ajunge la nivel asistente medicale absolvente de studii universitare.

Cuvinte cheie: *asistente medicale, echivalare, revalorizare, dreptul la propria profesie.*

1. Introducere

1.1. Câteva probleme specifice pieței muncii din România

În analiza competențelor profesionale ipoteza noastră este următoarea: totalul competențelor de care dispun salariații din România (și o bună parte din cetățenii cu vârstă activă și apti de muncă) depășește la acest moment totalul competențelor recunoscute în mod oficial, prin intermediul

diferitelor acte de studii.¹ La baza acestei ipoteze stau trei constatări, bazate atât pe experiența autorilor cât și pe informațiile parțiale furnizate de cercetările pe care le-am desfășurat: dezvoltarea semnificativă a formării non-formale, formarea la locul de muncă (o pondere însemnată având-o cea rezultată din fenomenul migrației) și adaptarea individuală la tehnologiile informatice. Deoarece nu intenționăm să verificăm această ipoteză prin intermediul unor cercetări în cadrul prezentului studiu, ea are rolul de introducere în problema specifică ce face obiectul prezentului articol.

Având în vedere prevederile legale ce obligă atât angajatorul cât și angajatul la desfășurarea activităților profesionale doar în condițiile practicării competențelor recunoscute, la ora actuală un volum însemnat de competențe nu pot fi utilizate (sau nu pot fi utilizate în mod oficial ori sunt utilizate în mod ilegal) în cadrul activităților lucrative, ajungându-se la o pierdere considerabilă pentru societatea românească. În condițiile în care pot fi întâlnite numeroase domenii/activități/profesii în care angajații utilizează în activitățile profesionale competențe dobândite în mod informal, poate fi constatată existența unei adevărate „zone gri a competențelor utilizate în activitățile profesionale”.

Ruptura dintre formarea-certificarea competențelor și piața muncii este evidentă mai ales în mediul privat, unde predomină preocuparea pentru „ceea ce ști să faci”, cu o relativă indiferență la competențele certificate (excluzând situația profesiilor autorizate). În acest context, considerăm necesară modernizarea sistemului de formare și certificare a competențelor în conjunctura marilor schimbări prin care trece societatea românească, aliniată la rândul-i la modificările sociale globale.

1.2. O soluție necesară: bilanțul de competențe

În baza unor schimburi de experiență ale autorilor, dublate de documentarea ulterioară, am constatat că în Franța își dovedește eficacitatea instituția numită *Bilanțul de competențe*, ea funcționând de mai mulți ani. Această instituție poate atesta competențele deținute de un salariat care dorește să devină subiectul unei astfel de evaluări, incluzând atât pe cele dobândite informal cât și, mai ales, pe cele bazate pe experiență. Esența abordării o constituie verificarea modalității în care formarea inițială se articulează cu alte tipuri de formare ulterioară, cu achizițiile bazate pe experiență și/sau pregătirea informală, din perspectiva identificării unei posibile construcții a unui nou profil profesional. Completarea competențelor necesare prin intermediul formării profesionale împlinește mecanismul de trecere la o altă profesie/ocupație, cadrul instituțional fiind asigurat de reforma învățământului universitar stabilită la Bologna (îmbunătățită la Lisabona).

Sistemul formării profesionale inițiale și continue are un grad ridicat de rigiditate în raport cu necesitățile unei piețe a muncii tot mai dinamică. Introducerea **instituției bilanțului de competențe**, pe care o propunem prin intermediul prezentului material ar genera un nivel de flexibilitate a forței de muncă disponibilă, cu un impact semnificativ asupra vieții economice. Cu alte cuvinte, introducerea acestui mecanism inovator pentru piața muncii ar putea determina un însemnat pas înainte pentru creșterea celei mai importante resurse a națiunii: calificarea forței de muncă. Considerăm evident faptul că eficiența ar fi deosebit de mare dacă acest demers ar fi dublat de cel al creării **tabloului competențelor profesionale**, constituindu-se astfel un punct universal de referință pentru acest tip

¹ Menționăm că ipoteza noastră ia în considerare și existența unui efect invers, determinat de calitatea învățământului românesc: o parte însemnată a competențelor atestate este în fapt sub nivelul la care ele sunt certificate. Chiar dacă nu putem estima amploarea acestui fenomen el trebuie menționat, fiind parte a „dimensiunii formale” (în sensul figurat al termenului) existentă în anumite zone ale formării profesionale.

de trecere de la o profesie/ocupație la alta.² Însă, după cum vom arăta mai jos, problema este depășită în cazul profesiilor care au stabilite, la nivelul Uniunii Europene, condițiile minime privind competențele necesare, asistentele medicale făcând parte din această categorie.

Soluția numită *bilanțul de competențe*, pe care o propunem, are ca argument suplimentar contextul favorabil creat de formarea profesională desfășurată în cadrul proiectelor pe fonduri structurale, aceasta având un efect potențator pentru măsurile propuse de noi. Ideea fundamentală o constituie faptul că piața forței de muncă necesită un set de măsuri coerente pentru creșterea capacității lucrătorilor de a face față schimbării, situațiilor complexe și neprevăzute, prezenta propunere constituind una din cele mai importante inițiative strategice în acest sens.

1.3. Probleme specifice sistemului sanitar românesc

Seria de cercetări desfășurată în cadrul Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea” de-a lungul a peste 6 ani, ne-a condus la concluzia unei rigidități foarte mari a sistemului de formare și certificare a competențelor obținute informal și nonformal, ce afectează sistemul sanitar românesc. Suplimentar, putem vorbi la ora actuală de existența unui monopol al formării profesionale care exclude posibilitatea certificării competențelor obținute formal, pe baza experienței profesionale și/sau informal în vederea trecerii la un alt statut profesional, respectiv la un alt nivel de formare recunoscută oficial.

Datorită modificărilor succesive ale nivelelor de formare ale asistentelor medicale, dublate de coexistența mai multor tipuri de formare, cele mai afectate sunt asistentele medicale absolvente de postliceală. În consecință, considerăm că abordarea formării profesionale a asistentelor medicale necesită o schimbare a perspectivei, fiind necesară stabilirea unui traseu firesc de carieră. Această abordare trebuie privită într-un context mai amplu, pe care-l constituie situația formării profesionale inițiale și continue raportat la piața muncii, cele menționate în secțiunile anterioare constituind o schiță a acestui context.

Analiza situației indică, așadar, faptul că una dintre profesiile importante pentru funcționarea sectorului sanitar, participantă în mod direct la actul medical, respectiv aceea de asistentă medicală, suferă, în România, de lipsa unui traseu profesional normal, ce se poate realiza numai prin definirea unui standard profesional, care să țină cont și de cele două dimensiuni ale realității:

- *atribuțiile practice cu mult peste cele teoretice/certificate;*

și

- *pregătirea teoretică (prin facultate) cu mult peste limitele dreptului de practică.*

Aceste două realități reprezintă de fapt și sursa unei noi forme de discriminare ce a apărut și s-a amplificat în sistemul public de Sănătate, și anume discriminarea salarială în funcție de studii, raportată la atribuțiile identice ale funcțiilor de asistent medical cu studii postliceale și asistent medical cu studii universitare de scurtă sau lungă durată.

Deoarece învățământul sanitar și traseele profesionale nu sunt organizate pe unități de competență ce pot fi dobândite prin căi alternative de formare recunoscute, apare o îngustare a orizontului dezvoltării profesionale, care nu permite decât un anumit tip de diplome. Reclamăm astfel absența unui standard profesional actualizat pentru profesia de asistent medical. Pentru a contura una din absențele majore, este suficient să menționăm că principiul de la care trebuie pornit în actualizarea standardului profesional este cel de recunoaștere a oricărei forme de pregătire profesionale traduse

² Pentru centrarea profesiilor pe competențe și constituirea tabloului competențelor Irlanda constituie cel mai bun exemplu.

prin dobândirea unor competențe într-un domeniu specializat, care trebuie să aibă drept corelativ posibilitatea unui nivel de avansare.

Fenomenul cel mai grav, care afectează majoritatea asistentelor medicale, îl constituie redundanța procesului de formare profesională a asistentelor medicale. Acesta constituie o dovadă de indiferență a sistemului desfășurată pe seama asistentelor, în condițiile în care modificările continue ale formelor de pregătire inițială au adăugat continuu noi obligații în sarcina asistentelor medicale. Cele mai afectate au fost asistentele medicale deja angajate în sectorul public de sănătate, acestea fiind prinse 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 șocante, ele conducând uneori la durate totale de formare care depășesc durata de formare pentru un medic:³

a) Traseul maxim (nivel final asistenta medicală absolventă de studii universitare):

a.1) Absolvirea liceului (soră medicală), urmată de absolvirea școlii postliceale (3 ani), la care s-a adăugat ulterior colegiul (3 ani) și în final facultatea de asistente medicale (4 ani). Cazurile sunt rare, însă faptul că ele însumează 14 ani de formare pentru profesia de asistentă medicală este elocvent pentru a indica nivelul anomaliei.

a.2) Absolvirea liceului (soră medicală), urmată de 1 an echivalare, la care se adaugă 3 ani postliceală și 4 ani facultate de asistentă medicală; însumând 12 ani de formare profesională.

a.3) Absolvirea liceului (soră medicală), urmată de absolvirea școlii postliceale (3 ani), și în final facultatea de asistente medicale (4 ani). În final s-a ajuns la o durată de totală a formării de 11 ani pentru profesia de asistentă medicală.

a.4) Absolvirea liceului (soră medicală), urmată de echivalarea cu școala postliceală (un an), la care s-a adăugat în final facultatea de asistente medicale (4 ani). Durata totală a formării inițiale: 9 ani.

a.5) Absolvirea școlii postliceale (3 ani), urmată apoi de facultatea de asistente medicale (4 ani). Durata totală a formării este de 7 ani.

b) Traseul mediu (nivel final asistentă medicală absolventă de studii postliceale; nivelul de salarizare mai mic decât al absolventelor de studii universitare):

b.1) Absolvirea liceului (soră medicală), urmată de absolvirea școlii postliceale (3 ani). Durata totală a formării inițiale de 7 ani.

b.2) Absolvirea liceului (soră medicală), urmată de echivalarea cu școala postliceală (un an), la care s-a adăugat în final absolvirea școlii postliceale (3 ani). Durata totală a formării inițiale de 8 ani.

c) Traseele normale:

c.1) Școală postliceală (3 ani).

c.2) Colegiul (3 ani).

c.3) Facultatea de asistente medicale (4 ani).

Am indicat doar traseele de formare cel mai des întâlnite, lor putându-li-se adăuga câteva combinații suplimentare. Această evoluție anormală a formării profesionale inițiale a asistentelor medicale a creat un grad semnificativ de incertitudine în rândul acestora în ceea ce privește dezvolta-

³ O expunere inițială a acestei problemă a fost desfășurată în Rotilă Viorel (coord.), *Studiul privind nevoile specifice de consiliere și orientare profesională ale salariaților din sanătate. Studiu de caz: regiunea Sud-Est*, Editura Sodalitas, Galați, 2013

rea carierei proprii, contribuind în mod semnificativ la scăderea calității vieții profesionale și la generarea sentimentului de discriminare raportat la alte profesii. În aceste condiții, considerăm evidentă necesitatea unor măsuri de eliminare a formelor intermediare redundante de formare profesională.

2. Echivalarea – unul din rezultatele bilanțului de competențe

Vom demonstra în continuare că atât principiile aplicabile echivalării cât și cele utilizabile în bună măsură în cazul bilanțului de competențe sunt deja prevăzute în legislația Uniunii Europene, mai exact în Directiva 2005/36/CE și în Directiva 2013/55/UE. Directivele amintite au ca obiect recunoașterea calificărilor profesionale între statele membre ale U.E., incluzând profesiile medicale. Din această perspectivă, la prima vedere am putea considera că prevederile lor nu produc efecte în plan intern, respectiv în privința asistentelor medicale absolvente de postliceală care lucrează în spitalele din România. Considerăm însă incorectă această interpretare, principiile stabilite de aceste directive fiind aplicabile și în cazul României. Unul din argumente este derivat din efectele migrației personalului medical: după cum vom arăta în secțiunea dedicată programului de revalorizare, odată revalorizate diplomele asistentelor medicale absolvente de postliceală, acestea au posibilitatea exercitării libere a profesiei într-un stat al U.E. la nivele comparabile cu absolventele de studii superioare. Luând în considerare libertatea acestora de a se întoarce în România după o perioadă de lucru în alt stat membru al U.E., devine evidentă absurditatea situației în care ele ar fi lipsite în România de drepturi pe care le aveau într-un alt stat U.E., aceasta fiind contrară prevederilor Directivelor amintite.

Cel mai important argument pentru caracterul de izvor de drept al Directivelor amintite îl constituie faptul că prevederile naționale în domeniul asistentelor medicale vizează în egală măsură asistentele medicale din România cât și pe cele care ar putea veni/vin în România și sunt într-o situație similară cu asistentele medicale absolvente de postliceală. Devine evident în acest caz faptul că legislația națională trebuie să se conformeze prevederilor și principiilor Directivelor.

2.1. Principiile aplicabile recunoașterii calificărilor profesionale în sănătate impuse de directivele europene

Din perspectiva art. 31 alin. (3) și (4) Directiva 2005/36/CE formarea asistenților medicali generaliști constă în cel puțin trei ani de studii sau 4 600 de ore de instruire teoretică și clinică, perioada de instruire teoretică reprezentând cel puțin o treime, iar cea de instruire clinică cel puțin jumătate din perioada minimă de formare. De observat formularea celei de-a doua fraze a art. 31 alin. (3): „*Statele membre pot acorda exceptări parțiale persoanelor care au beneficiat de o astfel de formare în cadrul altor formări de nivel cel puțin echivalent*”. Stabilirea sensului *formării de nivel echivalent* constituie una din cheile rezolvării acestei probleme.

Instruirea teoretică se definește ca fiind partea din formarea de asistent prin care asistenții candidați dobândesc cunoștințele, înțelegerea și competențele profesionale necesare pentru a organiza, acorda și evalua asistența medicală globală. Demnă de remarcat este fraza a doua a art. 31 alin. (4), „*Această formare este asigurată de personalul didactic în materie de asistență medicală, precum și de alte persoane competente, în școlile de asistenți, precum și în alte instituții de învățământ alese de instituția de formare.*”, care stabilește o condiția esențială a formatorilor specializați în domeniu.

Relevant pentru tema noastră este și textul art. 12 din Directiva 2005/36/CE, care definește conceptul formării profesionale asimilate astfel:

Se consideră calificare care atestă o formare prevăzută la articolul 11, inclusiv în ceea ce privește nivelul în cauză, orice titlu de calificare sau ansamblu de titluri de calificare care a fost eliberat de o autoritate competentă a unui stat membru, care atestă absolvirea unei formări în cadrul Comunității, recunoscută de respectivul stat membru ca având nivel echivalent și care conferă titularului aceleași drepturi de acces la o profesie sau de exercitare a acesteia sau care pregătește pentru exercitarea respectivei profesii.

*De asemenea, este asimilată unui astfel de titlu de calificare, în aceleași condiții ca cele prevăzute la paragraful anterior, orice calificare profesională care, fără a îndeplini cerințele prevăzute de actele cu putere de lege sau de actele administrative ale statului membru de origine pentru accesul la o profesie sau pentru exercitarea unei profesii, conferă titularului său drepturi obținute în temeiul respectivelor dispoziții. În special, **acest lucru se aplică în cazul în care statul membru de origine ridică nivelul de formare necesar pentru a avea acces la o profesie sau pentru a o exercita și în cazul în care o persoană care a urmat o formare anterioară, care nu îndeplinește cerințele noii calificări, beneficiază de drepturile obținute în temeiul actelor cu putere de lege și al actelor administrative; într-un astfel de caz, formarea anterioară este considerată de statul membru gazdă, în sensul aplicării articolului 13, ca fiind corespunzătoare nivelului noii formări.(s.n.)***

Am citat *in extenso* acest articol deoarece oferă o bună introducere în problema a cărei soluționare o avem în vedere. În continuare vom aborda conținutul Directivelor din perspectiva principiilor pe care le stabilesc.

Principiile aplicabile recunoașterii calificărilor profesionale, respectiv formării profesionale inițiale și continue precum și certificării acesteia le regăsim în textul Directivei 2005/36/CE cu modificările și completările aduse de Directiva 2013/55/UE:

2.1.1. Directiva 36/2005/CE⁴:

Principiile identificate în cadrul acestei directive vizează în cea mai mare parte procedura de recunoașterii a calificărilor în situațiile în care acestea nu fac obiectul unor prevederi legale exprese, așa cum este cazul profesiilor medicale. Totuși, având în vedere caracterul lor de principii, considerăm că ele instituie câteva puncte obligatorii de raportare pentru toate situațiile în care este vorba de recunoașterea calificărilor profesionale, inclusiv în cazul asistentelor medicale.

Nota de fundamentare⁵ a Directivei prevede la punctul(15)⁶ ceea ce putem considera a fi **principiul măsurilor compensatorii**.⁷ Principiul este aplicabil în cazul absenței armonizării minime a condițiilor

⁴ DIRECTIVA 2005/36/CE din 7 septembrie 2005 privind recunoașterea calificărilor profesionale

⁵ Nota de fundamentare prezintă considerentele acesteia, având totodată un caracter de orientare asupra interpretărilor ce trebuie date textului de lege, în acord cu intențiile legiuitorului.

⁶ Prin intermediul acestei notații indicăm puncte din fundamentarea textului legal al directivelor, existentă la începutul acestora în forma publicată.

⁷ Pct. (15) Directiva 2005/36/CE: „În absența armonizării condițiilor minime de formare profesională pentru accesul la profesiile reglementate de sistemul general, trebuie ca statul membru gazdă să aibă posibilitatea de a impune o măsură compensatorie. Această măsură trebuie să fie proporțională și trebuie să aibă în vedere, în special, experiența profesională a solicitantului. Experiența atestă faptul că cerința referitoare la o probă de aptitudini sau la un stagiul de adaptare, în funcție de opțiunea migrantului, oferă garanții adecvate în ceea ce privește nivelul de calificare a acestuia, astfel încât orice derogare de la această opțiune trebuie justificată, în fiecare dintre cazuri, de o motivație imperioasă de interes general”.

de formare profesională fiind utilizat în analiza nivelului de calificare, respectiv în stabilirea dreptului de a desfășura o anumită activitate profesională. În cadrul măsurilor compensatorii trebuie luată în considerare experiența profesională a celui care solicită recunoașterea unei calificări. Pentru acces la exercitarea unei activități/profesii se poate impune fie o probă de aptitudini fie un stagiul de adaptare. Aplicarea acestui principiu este prezentată în cadrul art. 14 din Directivă.

Punctul (16) al fundamentării prevede faptul că poate fi creată o platformă comună a tuturor statelor în domeniu recunoașterii calificărilor, care trebuie să includă următoarele **criterii suplimentare de compensare**:

- O formare profesională suplimentară;
- Un stagiul de adaptare;
- O probă de aptitudini;
- Un nivel minim de practică profesională;
- O combinație între acestea;

Cetățenii aflați într-o asemenea situație au dreptul de a opta între stagiul de adaptare și proba de aptitudini.

Art. 14, alin. 1) stabilește **condițiile în care poate fi instituită proba de aptitudini sau stagiul de adaptare**:

- Durata formării suplimentare necesară este mai mică cu cel puțin un an;
- Formarea pe care a urmat-o acoperă discipline semnificativ diferite de cele incluse în titlul de calificare necesar.

Art. 14, alin. (5) instituie **principiul utilității/utilizării experienței în completarea competențelor profesionale**: înainte de a fi impuse măsurile compensatorii, trebuie verificat, în prealabil, dacă cunoștințele dobândite în decursul experienței profesionale sunt de natură să acopere diferențele de competențe/discipline.

(19) Pentru Sănătate se instituie:

- a) Principiul fundamental al recunoașterii automate a titlurilor de calificare pe baza coordonării condițiilor minime de formare profesională.
- b) **Completarea printr-un sistem de drepturi dobândite** de care trebuie să beneficieze profesioniștii calificați în anumite condiții.

Art.3, alin. (1), lit. (h) Proba de aptitudini, consacră **principiul completării competențelor**, pe baza formării inițiale și raportat la disciplinele/competențele ce nu sunt atestate.

Art.3, alin. (3), Se consideră titlul de calificare orice titlul de calificare completat de o experiență profesională de minim 3 ani.

Art. 12⁸, teza a doua - **Principiul formării profesionale asimilate**: în cazul în care statul membru de origine ridică nivelul de formare necesar pentru a exercita o profesie, pentru persoanele care au urmat o formare anterioară, care nu îndeplinește cerințele noii calificări, formarea anterioară este considerată corespunzătoare nivelului noii formări.

Art. 23, alin. (1) consacră **principiul drepturilor obținute**: când nu sunt îndeplinite toate cerințele de formare stipulate în Directivă, sunt considerate dovezi suficiente titlurile de calificare obținute atunci când atestă o formare care a început înainte de aderare. **Condiția necesară** este ca aceste titluri să fie însoțite de un certificat care atestă că titularii au cel puțin 3 ani consecutivi de experiență în ultimii cinci ani dinaintea eliberării certificatului.

2.1.2. Directiva 55/2013/UE⁹

Punctul (7) al fundamentării menționează ceea ce putem considera a fi **principiul reluării întregii formări profesionale** (prevăzut și la art. 4^f), care trebuie luat în considerare în cazul în care diferențele dintre domeniile de activitate sunt atât de mari încât este necesar un program complet de educație și formare pentru ca profesionistul să compenseze deficiențele. Pentru aplicarea acestui principiu este necesară o procedură specifică de constatare a acestor diferențe. Menționăm că principiul este menționat în mod implicit în cadrul prevederilor privind accesul parțial.¹⁰

Procedura aplicabilă în cazul diferențelor semnificative de pregătire:

- Art. 14, alin (1) prevede impunerea unui stagiului de adaptare sau a unei probe de aptitudini, în următoarele situații:
 - a) Formarea pe care o are persoana acoperă discipline semnificativ diferite de cele cuprinse în titlul de calificare recunoscut oficial în acel stat;
 - b) Activități/atribuții profesionale suplimentare;

⁸ Art. 12 : Se consideră calificare care atestă o formare prevăzută la articolul 11, inclusiv în ceea ce privește nivelul în cauză, orice titlu de calificare sau ansamblu de titluri de calificare care a fost eliberat de o autoritate competentă a unui stat membru, care atestă absolvirea unei formări în cadrul Comunității, recunoscută de respectivul stat membru ca având nivel echivalent și care conferă titularului aceleași drepturi de acces la o profesie sau de exercitare a acesteia sau care pregătește pentru exercitarea respectivei profesii.

De asemenea, este asimilată unui astfel de titlu de calificare, în aceleași condiții ca cele prevăzute la paragraful anterior, orice calificare profesională care, fără a îndeplini cerințele prevăzute de actele cu putere de lege sau de actele administrative ale statului membru de origine pentru accesul la o profesie sau pentru exercitarea unei profesii, conferă titularului său drepturi obținute în temeiul respectivelor dispoziții. În special, acest lucru se aplică în cazul în care statul membru de origine ridică nivelul de formare necesar pentru a avea acces la o profesie sau pentru a o exercita și în cazul în care o persoană care a urmat o formare anterioară, care nu îndeplinește cerințele noii calificări, beneficiază de drepturile obținute în temeiul actelor cu putere de lege și al actelor administrative; într-un astfel de caz, formarea anterioară este considerată de statul membru gazdă, în sensul aplicării articolului 13, ca fiind corespunzătoare nivelului noii formări.

⁹ **Directiva 2013/55/UE** din 20 noiembrie 2013 de modificare a Directivei 2005/36/CE privind recunoașterea calificărilor profesionale și a Regulamentului (UE) nr. 1024/2012 privind cooperarea administrativă prin intermediul Sistemului de informare al pieței interne ("Regulamentul IMI")

¹⁰ Art. 4f, alin. 1, lit. b): „diferențele ca atare dintre activitatea profesională exercitată legal în statul membru de origine și profesia reglementată în statul membru gazdă sunt atât de mari încât aplicarea de măsuri de compensare ar însemna să se ceară solicitantului să urmeze întregul program de educație și formare cerut în statul membru gazdă pentru a avea acces deplin la profesia reglementată în statul membru gazdă”;

- Art. 14, alin (6) stabilește procedura aplicabilă: se eliberează o decizie de impunere¹¹ a unui stagiul de adaptare sau a unei probe de aptitudini:
 - a) Cuprinde prezentarea nivelului de calificare profesională necesar/avut în vedere și nivelul de calificare deținut de solicitant;
 - b) Sunt prezentate diferențele semnificative de calificare și motivele pentru care respectivele diferențe nu pot fi compensate prin măsurile stabilite la punctul 2).

Punctul (10) al fundamentării instituie **principiul completării nivelului de studii prin intermediul învățării pe tot parcursul vieții**: cele cinci niveluri ale Cadrului european al calificărilor nu trebuie să fie utilizate drept criterii de excludere atunci când acest lucru contravine principiului învățării pe tot parcursul vieții.

Punctul (13) al fundamentării prevede **principiul validării învățării pe tot parcursul vieții de către un organism relevant**: măsurile compensatorii trebuie să aibă în vedere abilitățile și competențele dobândite de solicitant în decursul experienței sale profesionale sau prin învățarea pe tot parcursul vieții, validate în mod formal, în acest scop, de către un organism relevant.¹² Principiul este prevăzut la art. 14, alin. 5.¹³

Art. 3, prevede la alin.(a), lit.(l): *«învățare pe tot parcursul vieții»: toate formele de învățământ general, educație și formare profesională, educație non-formală și învățare informală urmate pe tot parcursul vieții, având ca rezultat o îmbunătățire a cunoștințelor, abilităților și competențelor, care pot include etica profesională;*

Punctul (19) al fundamentării instituie **principiul exceptării de la unele părți ale formării** dacă aceste elemente ale formării ulterioare au fost deja finalizate în cursul programului anterior de formare.

Relevante sunt și mențiunile de la punctul (36) din fundamentarea directivei:

Comisia ar trebui să evalueze, în timp util, regimul de recunoaștere aplicabil titlurilor de calificare de asistent medical generalist emise în România. O astfel de evaluare ar trebui să se bazeze pe rezultatele unui program special de revalorizare pe care România ar trebui

¹¹ (6) **Decizia de impunere** a unui stagiul de adaptare sau a unei probe de aptitudini se motivează corespunzător. Solicitantului i se transmit îndeosebi următoarele informații:

a) nivelul de calificare profesională necesar în statul membru gazdă și nivelul de calificare profesională deținut de solicitant în conformitate cu clasificarea stabilită la articolul 11; și
 b) diferențele semnificative menționate la alineatul (4) și motivele pentru care respectivele diferențe nu pot fi compensate prin cunoștințe, abilități și competențe dobândite în decursul experienței sale profesionale sau prin învățare pe tot parcursul vieții, validată în mod formal în acest scop de un organism relevant.

¹² Prevederea este aplicabilă în absența armonizării condițiilor minime de formare.

¹³ Art. 15 alin. (5): „Alineatul (1) se aplică respectându-se principiul proporționalității. În special, în cazul în care statul membru gazdă preconizează să îi impună solicitantului finalizarea unui stagiul de adaptare sau promovarea unei probe de aptitudini, trebuie să verifice în prealabil dacă cunoștințele, abilitățile și competențele dobândite de solicitant în decursul experienței sale profesionale sau prin învățare pe tot parcursul vieții, validată în mod formal în acest scop de un organism relevant, în orice stat membru sau într-o țară terță sunt de natură să acopere, total sau parțial, disciplinele semnificativ diferite definite la alineatul (4).”

să îl realizeze în conformitate cu actele cu putere de lege și actele administrative interne și pentru care ar trebui să coopereze cu alte state membre și cu Comisia. Un astfel de program special de revalorizare ar trebui să aibă ca scop **oferirea posibilității** pentru participanții la program de a își revaloriza calificarea profesională pentru a îndeplini toate cerințele minime de formare stabilite în Directiva 2005/36/CE.

După cum se poate observa, revalorizarea¹⁴ este o posibilitate și nu o obligație.

Art. 31, alin. 3) **Principiul echivalenței/echivalării:**

„Formarea de asistent medical generalist constă în total din cel puțin trei ani de studii, care pot fi examinați în plus prin echivalentul în credite ECTS, și cel puțin 4 600 de ore de formare teoretică și clinică, perioada de formare teoretică reprezentând cel puțin o treime, iar cea de formare clinică cel puțin jumătate din perioada minimă de formare. **Statele membre pot acorda exceptări parțiale profesioniștilor care au urmat o parte din formarea lor prin cursuri de nivel cel puțin echivalent.**”(s.n.)

Art. 33, alin. 3, lit. (a-b) instituie posibilitatea diplomelor de „licență” (echivalente), eliberate în baza unui program de revalorizare (exemplul polonez).

3. Situația din România. Câteva anomalii

Multiplele schimbări ale tipurilor de formare ale asistentelor medicale din ultimii 25 de ani au generat o serie de probleme ce intră sub incidența prevederilor celor două directive anterior amintite. Problema de fond vizează condițiile pe care asistentele medicale trebuie să le îndeplinească pentru a-și exercita activitatea profesională într-un alt stat al U.E.

Principala observație este legată de faptul că deși Directiva recunoaște principiul drepturilor dobândite, statul român nu face acest lucru în raport cu asistentele medicale. Principala problemă este generată, așa cum vom arăta, de către legiuitor, care a introdus o prevedere cu caracter discriminatoriu în cazul învățământului medical. Considerăm că în discuție este dreptul la propria profesie, care nu poate fi alterat de apariția unor noi tipuri de formare, diferite față de cel la care au avut acces asistentele medicale în momentul înscrierii în forma de pregătire inițială.

Directiva recunoaște ca legitime posibilității de compensare a diferențelor de studii prin căile alternative, respectiv:

a) Principiului utilității experienței în completarea competențelor profesionale;

a) Aplicarea **principiului validării învățării pe tot parcursul vieții**, respectiv luarea în considerare a tuturor formelor de învățământ general, educație și formare profesională, educație non-formală și învățare informală urmate pe tot parcursul vieții, având ca rezultat o îmbunătățire a cunoștințelor, abilităților și competențelor, care pot include etica profesională;

b) Constituirea unui organism de validare în mod formal a abilităților și competențelor dobândite pe baza experienței și/sau prin intermediul învățării pe tot parcursul vieții.

La acest moment se poate constata faptul că instituțiile competente nu au inițiat demersurile firești pentru respectarea drepturilor asistentelor medicale, preferând fie programul de revalorizare (indi-

¹⁴ Revalorizarea a fost introdusă ca posibilitate prin ORDIN Nr. 5114 din 15 decembrie 2014 privind aprobarea Metodologiei de organizare, desfășurare și finalizare a programului special de revalorizare a formării inițiale de asistent medical generali

căm mai jos câteva din problemele programului de revalorizare), fie obligarea reluării complete a studiilor prin intermediul facultăților de asistență medicală.

3.1. Legea nr. 1/2011 (legea învățământului)

Principala problemă este generată de art. 174, alin. (6) din legea nr. 1/2011 (Legea învățământului), care interzice recunoașterea universitară a creditelor obținute în învățământul postliceal: „În învățământul superior din domeniul sănătate nu se pot transforma în credite echivalente și transfera studiile obținute în învățământul postliceal.” În felul acesta, putem identifica un impediment legal în calea traseului firesc al asistentelor medicale absolvente de postliceală, care au început formarea înainte de 1 ianuarie 2007. Această prevedere ridică două probleme juridice majore:

- a) Prevederea are un caracter discriminatoriu, excluzând asistentele medicale din rândul cetățenilor care pot beneficia de mecanismul creditelor transferabile. Este suficientă în acest sens menționarea prevederilor art. 44, alin. (10): „Creditele pentru educație și formare profesională obținute în învățământul postliceal pot fi recunoscute pentru absolvenții cu diplomă de bacalaureat de către universități, în baza deciziilor senatului universitar, ca unități de credite de studii transferabile pentru nivelul licență.” Cu alte cuvinte, este evident faptul că suntem fie în situația unei discriminări, fie în cea a unei derogări de la prevederile generale. În contextul principiilor stabilite de legislația U.E., anterior amintite, este evident că nu este vorba de o derogare, ci de prevederi cu caracter discriminatoriu.
- b) Directiva 55/UE/2013 a apărut ulterior Legii nr. 1/2011, fiind evidentă necesitatea adaptării ei la noile prevederi.

3.2. Programul de revalorizare

3.2.1. În cazul asistentelor medicale care au lucrat continuu cel puțin 3 ani în ultimii 5 ani programul de revalorizare este lipsit de utilitate practică

Scopul programului de revalorizare, prevăzut de Ordinul comun al Ministrului Educației Naționale și Ministrului Sănătății nr. 4.317/943/2014, îl constituie recunoașterea automată a calificării asistentelor medicale cărora acest program le este aplicabil.

În cazul asistentelor medicale absolvente de postliceală, care au lucrat cel puțin 3 ani în ultimii 5, revalorizarea are drept singur rezultat reducerea procedurii birocratice, acestora fiindu-le deja recunoscută deja calificarea în baza unui certificat. În acest sens indicăm faptul că Directiva 36/UE/2005, în forma modificată de Directiva 55/UE/2013 prevede, la art. 33a în ceea ce privește condițiile de recunoaștere a calificării de asistent medical:

În ceea ce privește calificarea românească de asistent medical generalist, se aplică numai următoarele dispoziții în materie de drepturi dobândite:

În cazul resortisanților statelor membre care au fost formați ca asistenți medicali generaliști în România și **a căror formare nu îndeplinește cerințele minime de formare stabilite la articolul 31**, statele membre recunosc drept suficiente următoarele titluri de calificare de asistent medical generalist, **cu condiția ca titlurile respective să fie însoțite de un certificat care să ateste că respectivii resortisanți ai unui stat membru au exercitat efectiv și legal activitățile de asistent medical generalist în România, inclusiv asumând responsabilitate deplină pentru planificarea, organiza-**

rea și acordarea de asistență medicală pacienților, pentru o perioadă de cel puțin trei ani consecutivi în decursul celor cinci ani care preced data eliberării certificatului:

(a) Certificat de competențe profesionale de asistent medical generalist cu studii post-secundare absolvite în cadrul unei școli postliceale, atestând o formare începută înainte de 1 ianuarie 2007;

(b) Diplomă de absolvire de asistent medical generalist cu studii universitare de scurtă durată, atestând o formare începută înainte de 1 octombrie 2003;

(c) Diplomă de licență de asistent medical generalist cu studii universitare de lungă durată, atestând o formare începută înainte de 1 octombrie 2003. (s.n.)

După cum se poate observa, asistentele medicale (resortisante) care au început școala postliceală înainte de 1 ianuarie 2007 și care au fost angajate în această calitate cel puțin 3 ani consecutivi în ultimii 5 ani (solicitând/deținând un certificat în acest sens), **beneficiază de recunoașterea calificării în baza principiului respectării drepturilor dobândite.**

Dacă avem în vedere programul de revalorizare inițiat de Ministerul Sănătății și de OAMMR (Ordinul 4317/11.08.2014, publicat în MO nr. 624 din 26.08.2014) putem observa următoarele:

a) Programul de revalorizare se adresează celor care au dobândit formarea inițială de asistent medical generalist anterior datei de 1 ianuarie 2007, în timp ce Directiva îi vizează în această categorie pe cei care au început formarea inițială de asistent medical generalist. În felul acesta, trei generații de absolvenți sunt excluse în mod ilegal, respectiv absolvenții din 2007, 2008 și 2009.

b) Programul de revalorizare nu are o utilitate practică (în ceea ce privește efectele legale din acest moment) pentru toate asistentele medicale care au început școala postliceală înainte de 1 ianuarie 2007 și care au fost angajate în această calitate cel puțin 3 ani consecutivi în ultimii 5 ani (solicitând/deținând un certificat în acest sens), acestea beneficiind **de recunoașterea calificării în baza principiului respectării drepturilor dobândite.** Aceasta este ruta alternativă de recunoaștere, raportat la cerințele minime de formare stabilite în articolul 31 al Directivei (ex. minim 4600 de ore de formare în cel puțin 3 ani de studiu).

Una din consecințele evidente ale acestei analize o constituie faptul că exercitarea activității profesionale în mod continuu minim 3 ani în ultimii 5 ani (dublă de dovada asumării responsabilității depline pentru planificarea, organizarea și acordarea de asistență medicală pacienților) are o importanță egală cu activitățile de formare desfășurate în cadrul programului de revalorizare.

3.2.2. Programul de revalorizarea își propune doar „revalorizarea externă”, ratând necesara „revalorizare internă”, numită în mod curent *echivalare*

Dacă ne raportăm la intenția actelor normative privind revalorizarea, este evidentă dorința de a satisface cerințele directivelor în privința nivelului de formare minim obligatoriu pentru recunoașterea automată a calificării în alte state ale U.E. Altfel spus, este vorba de o „revalorizare externă”, fără consecințe în plan intern (anunțate în actele normative) asupra statutului profesional al absolvenților acestor cursuri. Ceea ce înseamnă de fapt că programul de revalorizare generează un alt nivel de formare al asistentelor medicale, în contextul în care această profesie are deja suferințe majore determinate pe această temă.

Critica noastră are în vedere, așa cum vom arăta mai jos, necesitatea „unificării acestei profesii”, respectiv aducerea tuturor asistentelor medicale care-și exercită activitatea la același nivel, recunoscut, al formării de bază. Din această perspectivă, considerăm că se impune ca programul de reval-

lorizare să asigure simultan și „revalorizarea internă”, aceasta fiind conformă cu principiile drepturilor dobândite, formării profesionale asimilate și principiul formării echivalente.

3.3. Câteva considerații privind dreptul la propria profesie

Considerăm că principalul fundament al echivalării îl constituie dreptul asistentelor medicale la propria profesie, ca formă de protecție împotriva modificării tipurilor de formare inițială. Acest drept poate fi derivat atât din drepturile constituționale ale cetățeanului cât și din principiul drepturilor obținute stipulat în textul Directivei 36/2015.

Raportat la tema în discuție, respectiv echivalarea asistentelor medicale absolvente de postliceală cu asistentele medicale absolvente de studii universitare, se poate ridica în mod firesc întrebarea dacă acest drept este încălcat în condițiile în care asistentele medicale absolvente de postliceală își pot desfășura în continuare în mod liber activitatea profesională. Dacă ne raportăm la nivelul maxim de afectare posibil, respectiv pierderea dreptului de a-și exercita profesia, este evident că nu ne aflăm într-o astfel de situație. Însă, la fel de evidentă este încălcarea acestui drept în momentul în care privim situația din perspectiva posibilităților de avansare profesională: asistentele medicale absolvente de postliceală sunt obligate să parcurgă întregul program de formare universitară dacă vor să accedă la acest nou nivel profesional, al cărui corespondent esențial îl constituie un nivel de salarizare mai mare. Pentru ca perspectiva să fie suficient de evidentă, reamintim faptul că cele două categorii de asistente medicale, respectiv cele absolvente de postliceală și cele absolvente de studii universitare, au la momentul actual exact aceleași atribuții profesionale. Cu alte cuvinte, nu suntem în situația unei profesii diferite și nici măcar a unei diferențe între atribuțiile profesionale. Parcurgerea întregului traseu de pregătire universitară înseamnă în aceste condiții obligația reluării formării profesionale pentru competențe ce sunt deja recunoscute pentru desfășurarea activității, ceea ce echivalează de fapt cu nerecunoașterea acestor competențe din perspectiva accederii la noul nivel profesional.

4. Procedura aplicabilă echivalării, în conformitate cu principiile și prevederile enunțate anterior

De lege ferenda, considerăm că se impune transpunerea în legislația națională a principiilor stabilite în directive privind recunoașterea calificării, asigurând astfel echivalarea, respectiv „revalorizarea internă”. Nivelul de referință pentru echivalare trebuie să-l constituie studiile universitare, el generând standardele în domeniu atât în privința competențelor cât și în cea a drepturilor salariale. Acest lucru se poate realiza prin intermediul următoarelor proceduri:

4.1. Recunoașterea universitară a creditelor obținute în învățământul postliceal

Este principala propunere *de lege ferenda*, constând în abrogarea prevederilor alin. (6) al art. 174, din legea nr. 1/2011. Motivația este asigurată atât de necesitatea eliminării discriminării absolvenților școlilor postliceale sanitare cât și de contextul creat de Directiva 2013/55/UE. Comparativ cu soluția pe care-o propunem la punctul 4.2, acest tip de demers este lipsit de posibilitatea recunoașterii competențelor dobândite în mod informal și/sau bazate pe experiența profesională.

4.2. Bilanțul de competențe urmat de completarea formării pentru competențele suplimentare, necesare noului nivel profesional

4.2.1. Bilanțul de competențe

Primul pas al procesului de echivalare/revalorizare pe care-l propunem în prezentul articol îl constituie bilanțul de competențe. Bilanțul de competențe presupune evaluarea tuturor competențelor pe care le dețin asistentele medicale, indiferent de modalitatea în care le-au obținut, luând în considerare toate modalitățile de evaluare prevăzute de cele două directive. Într-o expunere succintă, bilanțul de competențe presupune următorii pași logici:

1. Identificarea tuturor competențelor dobândite prin formarea inițială, certificate prin diplomele obținute în urma acestor forme de absolvire.
2. Identificarea competențelor obținute în urma absolvirii diferitelor cursuri de inițiere/specializare.
3. Identificarea tuturor competențelor obținute în urma formării profesionale continue.
4. Identificarea și validarea competențelor obținute în baza experienței profesionale.
5. Validarea competențelor obținute în mod informal.
6. Identificarea experiențelor profesionale ce pot fi asimilate orelor de practică clinică.

Punctele 2, 3, 4 și 5 din procedură se bazează pe aplicarea următoarelor principii prevăzute în directive:

- a) principiul drepturilor dobândite;
- b) principiului utilității experienței în completarea competențelor profesionale;
- c) principiului validării învățării pe tot parcursul vieții, respectiv luarea în considerare a *tuturor formelor de învățământ general, educație și formare profesională, educație non-formală și învățare informală urmate pe tot parcursul vieții, având ca rezultat o îmbunătățire a cunoștințelor, abilităților și competențelor, care pot include etica profesională;*
- d) principiul formării profesionale asimilate;
- e) principiul exceptării de la unele părți ale formării;
- f) principiul completării competențelor prin intermediul demonstrării acestora în cadrul unor probe;
- g) principiul echivalării.

Bilanțul de competențe trebuie aplicat în mod individual fiecărei asistente medicale care solicită acest lucru, rezultatul acestui proces constituindu-l tabloul competențelor individuale. El este o condiție prealabilă procesului de echivalarea/revalorizare, având ca miză din această perspectivă stabilirea diferențelor față de competențele necesare trecerii la un alt nivel profesional: asistentele medicale absolvente de studii universitare. Raportat la punctul II, pe care-l menționăm în continuare, din perspectiva asistentelor medicale esența bilanțului de competențe este reprezentantă de recunoașterea unui număr de credite, dublată de posibilitatea de a completa diferența în cadrul învățământului universitar. Generalizând, estimăm că prin intermediul bilanțului de competențe se poate ajunge la recunoașterea a minim 120 de credite, aceasta putând ajunge la 180 de credite.¹⁵

¹⁵ În unele cazuri chiar peste 180 de credite.

4.2.2. Completarea competențelor

Cel de-al doilea pas al procesului de echivalare/revalorizare îl constituie completarea competențelor prin intermediul formării. Ținând cont de faptul că nivelul profesional avut în vedere îl constituie *asistenta medicală absolventă de studii universitare*, este evident că formare pentru completarea competențelor trebuie desfășurată în mediul universitar. Această soluție nu constituie o forțare a cadrului universitar de formare, fiind în perfect acord cu sistemul creditelor transferabile, completat cu cel al recunoașterii competențelor dobândite informal sau pe baza experienței. Dacă ne raportăm la estimarea pe care am menționat-o la punctul I, completarea competențelor în cadrul învățământului universitar ar presupune o durată de studii efective cuprinse între unul și doi ani universitari.

Rezultatul final al acestui proces îl constituie examenul de absolvire al formării universitare, respectiv diplomele de licență pentru absolvenții acestui proces.

4.3. Ghidul de bune practici în domeniul echivalării

În cadrul proiectului *Cadru metodologic privind recunoașterea și echivalarea competențelor profesionale dobândite formal, nonformal sau informal de către asistenții medicali care nu au urmat studii universitare de licență*, POSDRU/155/1.2/S/141134, Ministerul Educației și Cercetării Științifice a elaborat un Ghid de bune practici (în continuare Ghid) având același titlu cu proiectul.¹⁶

Deși în conținutul Ghidului este recunoscută în bună măsură dimensiunea problemei și sunt propuse câteva soluții, în acord cu documentele publicate și înaintate de noi pe această instituțiilor relevante ale statului, anterior apariției acestui document, vom arăta în continuare câteva din lipsurile acestuia raportat la prevederile legale ale U.E. și la ceea ce considerăm a fi un traseu firesc de carieră pentru asistentele medicale. Criticile aduse acestui Ghid trebuie interpretate și ca o modalitate complementară prin care arătăm soluțiile pe care le considerăm corecte.

În ordinea apariției lor în cadrul acestui document problemele sunt următoarele:

- Nu putem fi de acord cu autorii ghidului în ceea ce privește irelevanța termenului echivalare raportat la propunerile din prezentul articol,¹⁷ întregul proces fiind unul de aducere a asistentelor medicale la același nivel al competențelor certificate, în cadrul procesului de unificare a acestei profesii.

- Concursul de admitere în învățământul superior¹⁸ constituie o soluție acceptabilă doar în situația unui număr foarte mare de persoane înscrise pe locurile special alocate procesului de echivalare.

- Universitățile în care se poate desfășura completarea cursurilor sunt cele care au programe acreditate sau autorizate de formare a asistentelor medicale, soluția propusă în Ghid, respectiv doar universitățile autorizate, fiind discriminatorie.¹⁹ Evident, introducerea în listă a universităților care au programe autorizate se face cu luarea în considerare a obligației de a desfășura examenul de licență într-un centru universitar cu un astfel de program acreditat.

¹⁶ http://echivalarestudiiassistenti.ro/images/pdf/Ghid_de_bune_practici_A2.6.pdf

¹⁷ Cadru metodologic privind recunoașterea și echivalarea competențelor profesionale dobândite formal, nonformal sau informal de către asistenții medicali care nu au urmat studii universitare de licență, Ghid de bune practici (în continuare Ghid), p.3.

¹⁸ Prevăzut în Ghid la p. 3.

¹⁹ Ghidul, p. 3. În condițiile în care o universitate ce are un program autorizat de studii poate desfășura formare pentru asistentele medicale în mod regulat, este firesc să poată face acest lucru și în cazul procesului de echivalare.

- Ghidul nu include în competențele dobândite în mod formal și pe cele rezultate din educația medicală continuă, raportându-se doar la curriculumul școlii postliceale.²⁰ Chiar dacă necesitatea de a compara curriculumul școlii postliceale cu cea a programului universitar ce conduce la calificarea de asistent medical o considerăm necesară avem câteva obiecții față de mecanismul propus în cadrul ghidului:

- Procentul corespondenței de 75% între disciplinele din cele două planuri de învățământ drept condiție a admiterii în cadrul unui astfel de program este arbitrar stabilit. De asemenea, considerăm că este necesară și stabilirea variantelor alternative de completare a competențelor, indiferent de gradul de corespondență. În acest sens, formula recunoașterii proporționale dublată de completarea studiilor în funcție de rezultat este cea mai adecvată.

- Evaluarea competențelor dobândite în mod formal în cadrul procesului de raportare trebuie să ia în considerare rezultatele tuturor tipurilor de formare urmate de candidat până la momentul evaluării. Demn de remarcat în acest sens este faptul că o bună parte din această pregătire a fost realizată de organismul profesional în cadrul unor planuri de formare anuală, diplomele/certIFICATELE acordate putând fi luate în considerare ca documente oficiale.

- Evaluarea nivelului de formare certificată pe care o dețin asistentele medicale trebuie să se raporteze la disciplinele fundamentale din planul de învățământ al programului universitar avut în vedere,²¹ la care pot fi adăugate cel mult disciplinele în domeniu și de specialitate. Această abordare firească evidențiază și ea faptul că procentul de 75% ca prag minim al corespondenței dintre plan de învățământ nu este relevant.

- Esența procesului de recunoaștere stabilit în Ghid este următoarea: „Recunoașterea competențelor profesionale dobândite formal, non formal și informal de către asistenții medicali care nu au diploma de licență se va face în urma promovării unor examene/teste și/sau probe de evaluare practică din curriculumul fiecărei discipline din planul de învățământ, teste similare cu cele susținute de orice student de la facultatea de asistenți medicali.”²² Această abordare o considerăm eronată în privința următoarelor aspecte:

- Nu ia în considerare exemplele pe care le indică în studiile de caz. Este suficient să observăm exemplul Belgiei furnizat în Ghid:²³
 - ✓ Asistentele medicale (echivalentul absolventele de postliceală din România) beneficiază de recunoașterea automată a 60 de credite²⁴ la programul de formare tip pod (bridge), rămânându-le de obținut diferența de 120 de credite într-un sistem special conceput pentru ele, bazat pe validarea învățării pe tot parcursul vieții.
 - ✓ Analiza atentă ne indică faptul că, translând exemplul în România, nu este vorba de recunoașterea unui an de studii, ci de recunoașterea a 33,3% din credite, adică de 80 de credite. Or, Ghidul nu indică nici măcar acest nivel firesc al recunoașterii ca punct de pornire al echivalării.
 - ✓ Din cele 120 de credite pe care trebuie să le obțină în cei doi ani 60 sunt de teorie și 56 de experiență profesională/practică (la care se adaugă 4 credite pentru pregă-

²⁰ Ghidul, p. 4.

²¹ Mai mult decât atât, chiar și disciplinele fundamentale pot fi reduse la acelea care asigură competențele prevăzute la art. 31, alin. 6 din Directivă.

²² Ghidul, p. 5.

²³ Ghidul, pp. 9-16.

²⁴ Ghidul, pp. 12, 13.

tirea lucrării de licență).²⁵ Dacă luăm în considerare faptul că experiența profesională poate fi dobândită în cadrul activităților profesionale desfășurate în activitatea curentă²⁶ constatăm că obligațiile de formare/participare la examene vizează de fapt cursuri ce au un număr total de 60 de credite, la care se adaugă lucrarea de licență. În sistemul românesc de învățământ 60 de credite echivalează cu un an universitar.

- nu ia în considerare certificările dobândite în cazul învățământului formal;
- nu ia în considerare variabila „nivel minim de practică profesională” prevăzută în directive;
- nu este conformă principiului utilității/utilizării experienței în completarea competențelor profesionale;
- nu se încadrează în spiritul principiului validării învățării pe tot parcursul vieții de către un organism relevant.

- Soluțiile propuse în cadrul Ghidului nu sunt coerente cu exemplele pe care le dă la studiile de caz în ceea ce privește recunoașterea creditelor: „Scutiri: calificările și competențele. Calificările: sunt scutiți de 60 de credite transferabile cei care au absolvit nivelul 5 în nursing (școala post-secundară – n.a. școala post-liceală în România); sunt scutiți de credite în plus cei care au competențe pe care le utilizează (cu alte cuvinte primesc ECTS pentru ceea ce știu să facă)... Și vechimea este un criteriu de competență; astfel, o persoană cu peste 20 ani vechime este scutită de a mai face unele credite.”²⁷

Analiza de ansamblu a conținutului Ghidului scoate în evidență faptul că procedura propusă în cadrul acestuia nu este coerentă cu studiile de caz pe care le dă ca exemplu, în special cu cel al Belgia, care are gradul cel mai ridicat de relevanță.²⁸ Putem astfel considera că este vorba mai curând de „un exemplu de rele practici, care citează exemple de bune practici (fără a le prelua în propuneri)”.

Câteva concluzii

Este evident că această procedură nu este aplicabilă în situația absolventelor de postliceală care nu au luat examenul de bacalaureat. De altfel, condiția examenului de bacalaureat pentru admiterea într-o formă de pregătire a asistentelor medicale este prevăzută în mod expres de art. 31, alin. 1) al Directivei 55/UE/2013. Mai mult decât atât, considerăm că o astfel de abordare presupune eliminarea formării asistentelor medicale prin intermediul școlilor postliceale și menținerea învățământului universitar ca unică formă de pregătire inițială, precum și un termen de 6 ani pentru ca toate asistentele medicale să parcurgă procedura de echivalare, ajungând la un nivel similar studiilor universitare (prin mecanismul amintit mai sus), definitivând astfel procesul de unificare a tipurilor de formare profesională.

²⁵ Ghidul, p. 13.

²⁶ Reamintim aici că subiectul acestui articol este centrat pe situația asistentelor medicale absolvente de postliceală angajate, care au început formarea înainte de 1 ianuarie 2007.

²⁷ Ghidul, p. 14.

²⁸ Alături de exemplul Belgiei pot fi indicate și altele, cu ar fi cel al Polonia (care se regăsește inclusiv în textul directivei) sau al Italiei, toate aplicând sisteme foarte apropiate de modelul pe care noi îl propunem în cadrul prezentului articol.

Bibliografie

Directiva 2005/36/CE

Directivei 55/UE/2013

Legea nr. 1/2011

Ordinul comun al Ministrului Educației Naționale și Ministrului Sănătății nr. 4.317/943/2014, publicat în MO nr. 624 din 26.08.2014.

Viorel, Rotilă (coord.); Vasile, Andrieș; Georgiana, Ciobanu; Lidia, Celmare; Traian, Palade, *Studiul privind nevoile specifice de consiliere și orientare profesională ale salariaților din sănătate. Studiu de caz: regiunea Sud-Est*, Editura Sodalitas, Galați, 2013.

Cadru metodologic privind recunoașterea și echivalarea competențelor profesionale dobândite formal, nonformal sau informal de către asistenții medicali care nu au urmat studii universitare de licență, Ghid de bune practici, 2015, elaborat în cadrul proiectului POSDRU/155/1.2/S/141134, http://echivalarestudiiassistenti.ro/images/pdf/Ghid_de_bune_practici_A2.6.pdf



STUDIU

PRIVIND SITUAȚIA ASISTENȚILOR MEDICALI
DIN UNITĂȚILE SANITARE PUBLICE DIN ROMÂNIA



EDITURA SODALITAS



Colecția

Sociologie medicală

Studiu privind situația asistenților medicali din unitățile sanitare publice din România

Autor: Lect. univ. dr. ROTILĂ Viorel

EDITURA SODALITAS
Mai 2014

Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”

Str. Culturii, nr. 10, Galați

Telefon: 0336.106.365

Fax: 0336:109.281

Email: contact@cercetare-sociala.ro

www.cercetare-sociala.ro

Copyright © 2014

Toate drepturile sunt rezervate Editurii SODALITAS

Printed in Romania

Cuprins

Introducere	4
Precizări metodologice	4
Evoluția numărului de salariați în sectorul public de sănătate	5
Sarcinile de serviciu: numărul de pacienți îngrijiți.....	6
Formarea noilor asistente medicale	8
Calvarul formării profesionale a asistentelor medicale.....	11
Concluzii.....	12

Introducere

Prezentul studiu, concentrat pe analiza datelor statistice ale Institutului Național de Statistică accesibile public, este determinat de dorința clarificării unui subiect extrem de sensibil al sistemului sanitar românesc, *situația asistentelor medicale*, abordarea fiind orientată în special către problemele asistentelor medicale din sectorul public de sănătate.

Studiul, desfășurat în cadrul Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, este unul dintr-o serie lungă de cercetări și studii asupra problemelor sistemului sanitar românesc, el situându-se în contextul unei direcții de cercetare și acțiune centrată pe problema calității vieții profesionale a salariaților din Sănătate și influența acesteia asupra calității serviciilor medicale.

În aceste condiții, temele centrale ale abordării sunt migrația asistentelor medicale, deficitul de personal, calitatea vieții profesionale a salariatelor din sectorul public și impactul pe care aceste fenomene îl au asupra capacității de-a acorda îngrijiri de sănătate a spitalelor publice din România.

Deoarece datele disponibile ale INS referitoare la sistemul sanitar acoperă o perioadă de 22 de ani, la care se adaugă informații din alte surse și estimări ale evoluțiilor pe baza primelor, prezentul studiu poate fi considerat o analiză longitudinală, perioadele de referință acoperind aproape un sfert de secol, respectiv întreaga perioadă post-revoluționară.

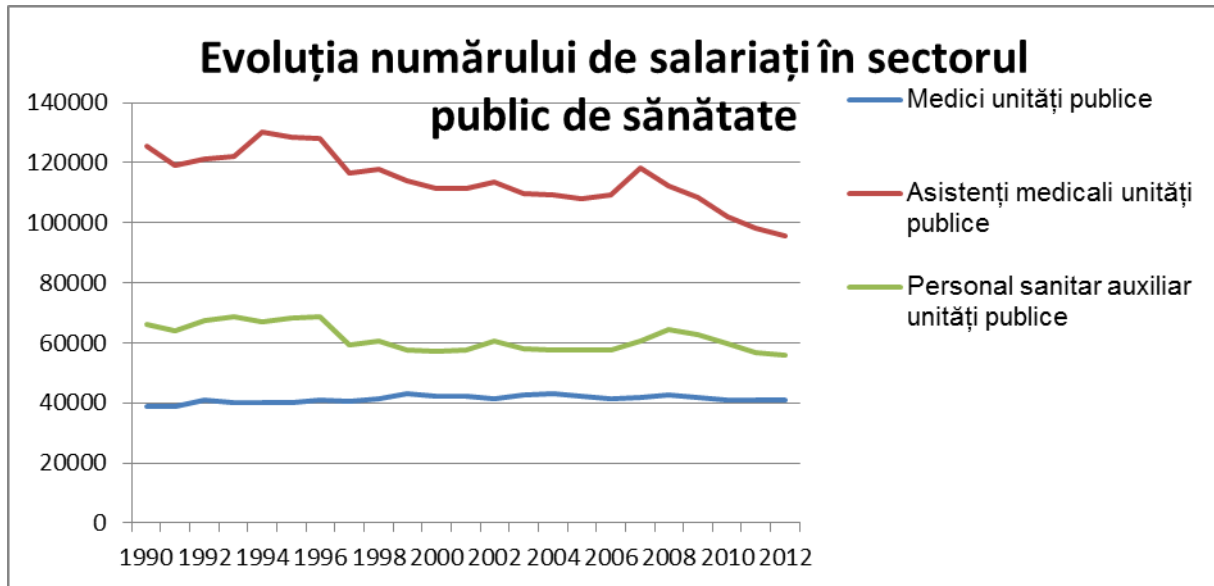
Precizări metodologice

Prezentele date statistice au fost obținute prin preluarea informațiilor furnizate de Institutul Național de Statistică, baza de date TEMPO –online: <https://statistici.INSSE.ro/shop/>,¹ în perioada 16-19.05.2014.

Analiza datelor statistice are ca perioadă de referință intervalul 1990 -2012, acesta fiind singurul interval pentru care sunt disponibile informații statistice privitoare la Sănătate în cadrul bazei de date a INS interogate. În unele cazuri, pentru a ilustra cât mai adecvat situația prezentă, am recurs la completarea informațiilor din alte surse și, mai ales, la estimarea unor cifre pentru anii 2013 și începutul anului 2014 pe baza datelor inițiale.

¹ Interogarea bazelor de date ale INS s-a făcut pe contul Rotilă Viorel.

Evoluția numărului de salariați în sectorul public de sănătate



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Medici unități publice	38997	39041	40829	40265	40114	40112	40919	40378	41310	42975	42371	42339	41547	42538	42960	42333	41455	41736	42699	41861	41176	41171	40956
Asistenți medicali unități publice	125484	118958	121172	122166	130093	128460	128038	116712	117719	114027	111326	111263	113620	109668	109131	108202	109153	118424	112321	108286	102026	98212	95484
Personal sanitar auxiliar unități publice	66063	64220	67548	68689	67224	68164	68672	59441	60584	57493	57344	57608	60673	57884	57773	57772	57752	60794	64405	62564	59822	56884	55717

Cea mai semnificativă pierdere este înregistrată la categoria asistentelor medicale: o scădere de la 125484 asistente în 1990, la 95484 în 2012; cu alte cuvinte, față de anul 1990, în sistemul public numărul asistentelor medicale a scăzut cu 30.000 (cca. 25%). Cea mai dramatică scădere a numărului de asistente medicale a avut loc în perioada 2007 – 2012: 23.000; cu alte cuvinte, în acest interval sistemul public de sănătate a pierdut 17% din asistentele medicale.

Având în vedere faptul că în anul 2008 a fost crescută vârsta de pensionare a asistentelor medicale de la 58 de ani la 65 de ani (prin OUG nr. 144/2008), respectiv a început să fie reținută în activitate o întreagă generație de asistente medicale, o parte din pierderi a fost compensată prin intermediul continuării activității asistentelor medicale rămase, care îndeplineau condițiile standard de pensionare. Această măsură a condus însă la accentuarea îmbătrânirii acestei categorii profesionale, adică la scăderea capacității unităților sanitare de furnizare a serviciilor medicale.

Cifrele confirmă estimările noastre din ultimii 6 ani conform cărora asistentele medicale din sistemul public de sănătate constituie cel mai important flux migrator profesional din România, fiind fenomenul cu cel mai mare impact negativ. Din perspectiva cauzelor plecării, conform studiilor anterioare,² pe primul loc se situează condițiile de muncă și nivelul de salarizare, ceea ce indică faptul că acesta este segmentul profesional care suferă cel mai mult din perspectiva nivelului salariilor și a condițiilor de muncă, ambele necesitând o intervenție urgentă.

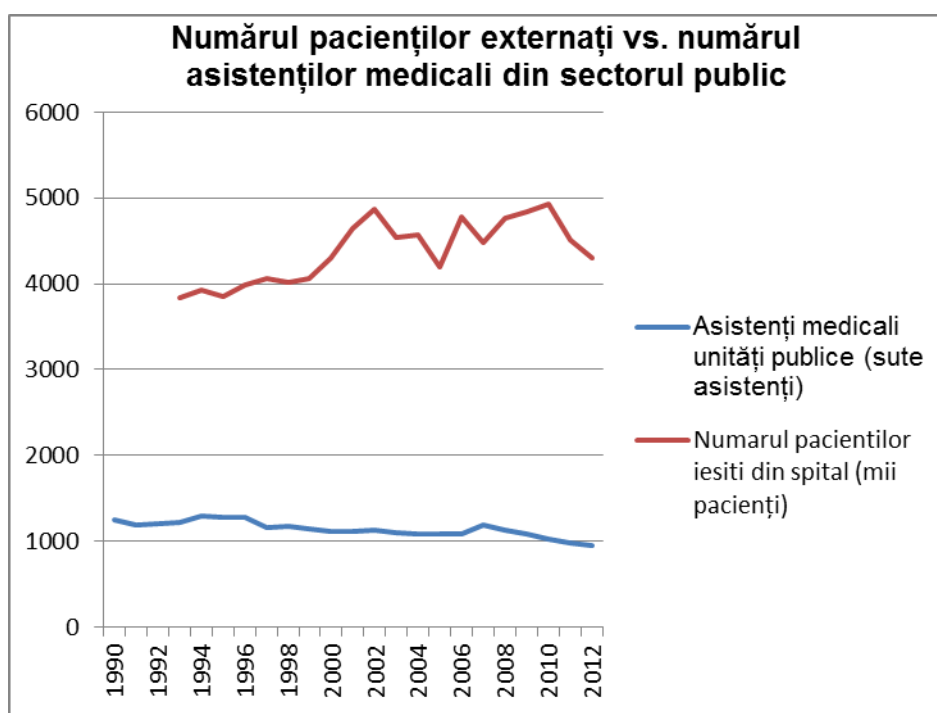
² A se vedea <http://cercetare-sociala.ro/ro/studii-realizate.html>

Pe locul al doilea se situează categoria *Personal sanitar auxiliar unități publice*, care a scăzut în același interval de la 66.063 salariați în 1990 la 55.717 în 2012, adică o reducere de cca. 16% (cu 10.346 mai puțini salariați).

Dacă avem în vedere faptul că cele două categorii de personal se ocupă de două paliere diferite ale îngrijirilor de sănătate, reiese faptul că într-un sfert de secol îngrijirile de sănătate din sectorul public au pierdut peste 40.000 de salariați (pe fondul creșterii numărului de pacienți). Observăm astfel că îngrijirile de sănătate din sectorul public înregistrează cea mai gravă criză a sectorului sanitar.

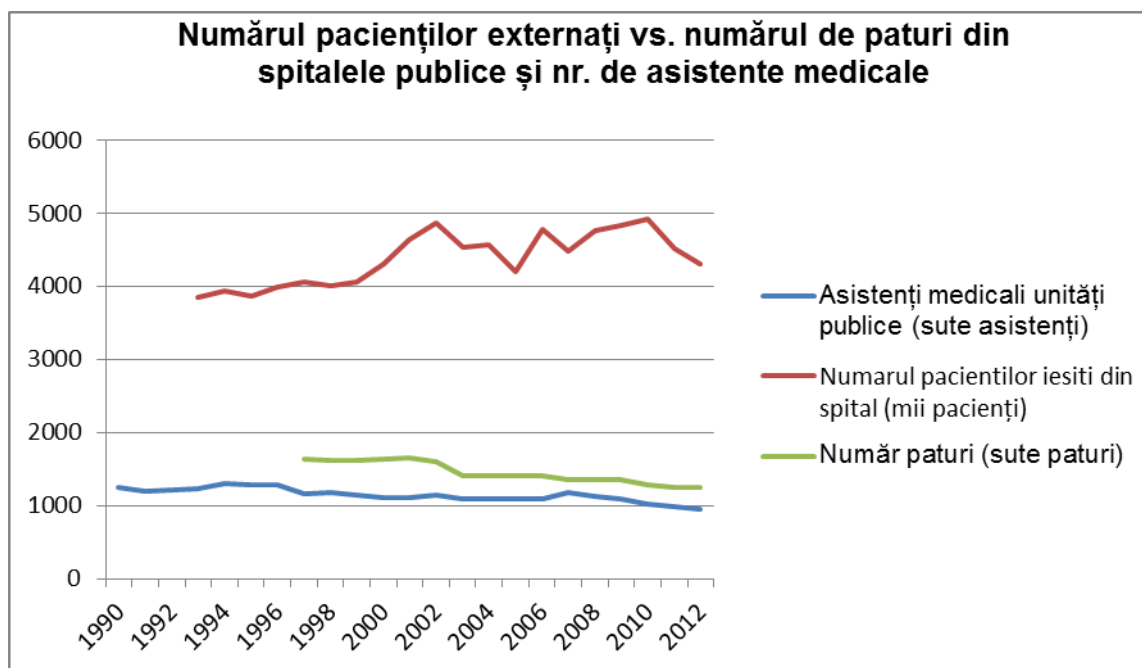
Această criză fără precedent de personal medical de îngrijire pe care o traversează sistemul public de sănătate este declanșată și întreținută în special de măsura blocării angajărilor în acest sector. Dacă această strategie de reducere a cheltuielilor publice a avut o evoluție previzibilă în alte sectoare, în sectorul sanitar ea a fost scăpată de sub control, fiind potențată de ponderea extrem de mare a celor care au plecat, adică de impactul migrației. În aceste condiții, considerăm că se poate vorbi în mod întemeiat de un dezastru al capacității de furnizare a serviciilor de îngrijire în care se află sectorul public de sănătate.

Sarcinile de serviciu: numărul de pacienți îngrijiți



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Asistenți medicali unități publice	1254	1189	1211	1221	1300	1284	1280	1167	1177	1140	1113	1112	1136	1096	1091	1082	1091	1184	1123	1082	1020	982	954
Numarul pacientilor iesiti din spital (mii pacienți)				3842	3932	3857	3984	4066	4010	4060	4303	4640	4867	4538	4569	4201	4782	4483	4765	4834	4923	4516	4305

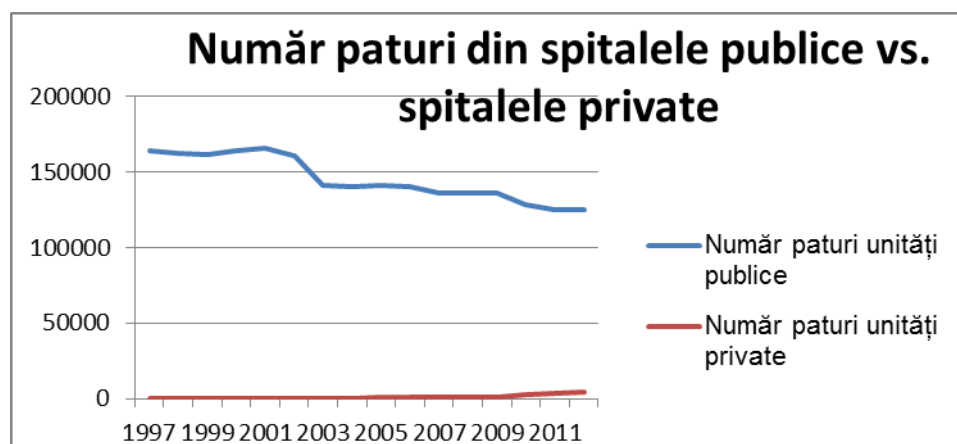
În ultimii 23 de ani numărul pacienților a crescut cu 12% , în timp ce numărul asistentelor medicale a scăzut cu cca. 25%. Situația indică o creștere cu aproape 40% a sarcinilor de serviciu în acest interval (ea fiind și mai mare dacă luăm în considerare anii în care numărul de pacienți a depășit nivelul din 2012).



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Asistenți medicali unități publice	1254	1189	1211	1221	1300	1284	1280	1167	1177	1140	1113	1112	1136	1096	1091	1082	1091	1184	1123	1082	1020	982	954
Numarul pacientilor iesiti din spital (mii pacienți)				3842	3932	3857	3984	4066	4010	4060	4303	4640	4867	4538	4569	4201	4782	4483	4765	4834	4923	4516	4305
Număr paturi (sute paturi)								1637	1619	1616	1642	1653	1603	1408	1404	1409	1397	1356	1356	1360	1279	1246	1252

Numărul de pacienți a crescut cu 12% în timp ce numărul de paturi și de asistente medicale a scăzut fiecare cu câte 25%. Ceea ce înseamnă o creștere a gradului de utilizare a paturilor cât și o intensificare a activității asistentelor medicale. O asistentă medicală îngrijea, în medie, 31 de pacienți pe an în 1992, în timp ce în 2012 o asistentă medicală îngrijea în medie 45 de pacienți, ceea ce înseamnă o creștere medie cu 32% a volumului de muncă raportat la anul 1992.

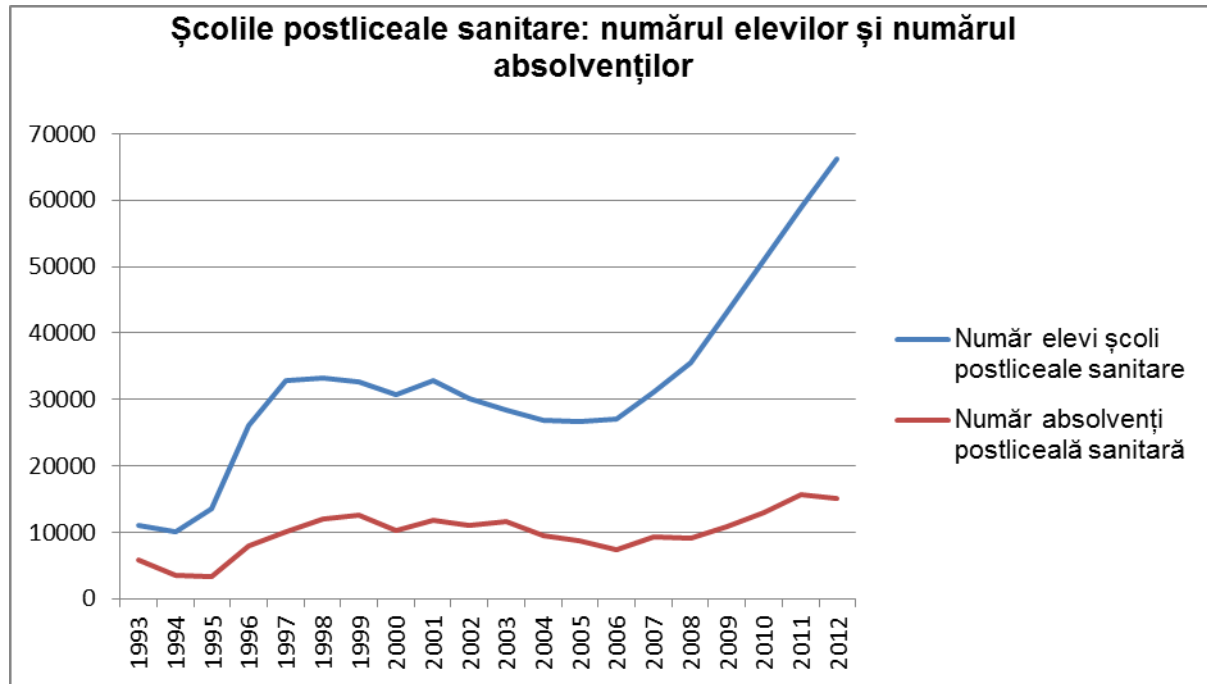
Precizăm că analiza se bazează pe prezumția tratării mării majorități a pacienților în unitățile sanitare publice. În acest sens, considerăm relevantă distribuția numărului de paturi între sectorul public și cel privat, paturile din spitalele private reprezentând doar 3,2% din totalul nr. de paturi, după cum reiese din figura de mai jos:



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Număr pa	163787	161952	161651	164294	165355	160376	140818	140406	140919	139785	135650	135667	136054	127949	124667	125226
Număr pa	63	39	59	41	55	87	63	544	650	809	945	1108	1366	2742	3549	4171

Formarea noilor asistente medicale

Deoarece deficitul de asistente medicale în unitățile sanitare publice este unul incontestabil, am dorit să aflăm dacă acesta se datorează unui deficit general de asistente medicale la nivelul României generat de contextul migrației.

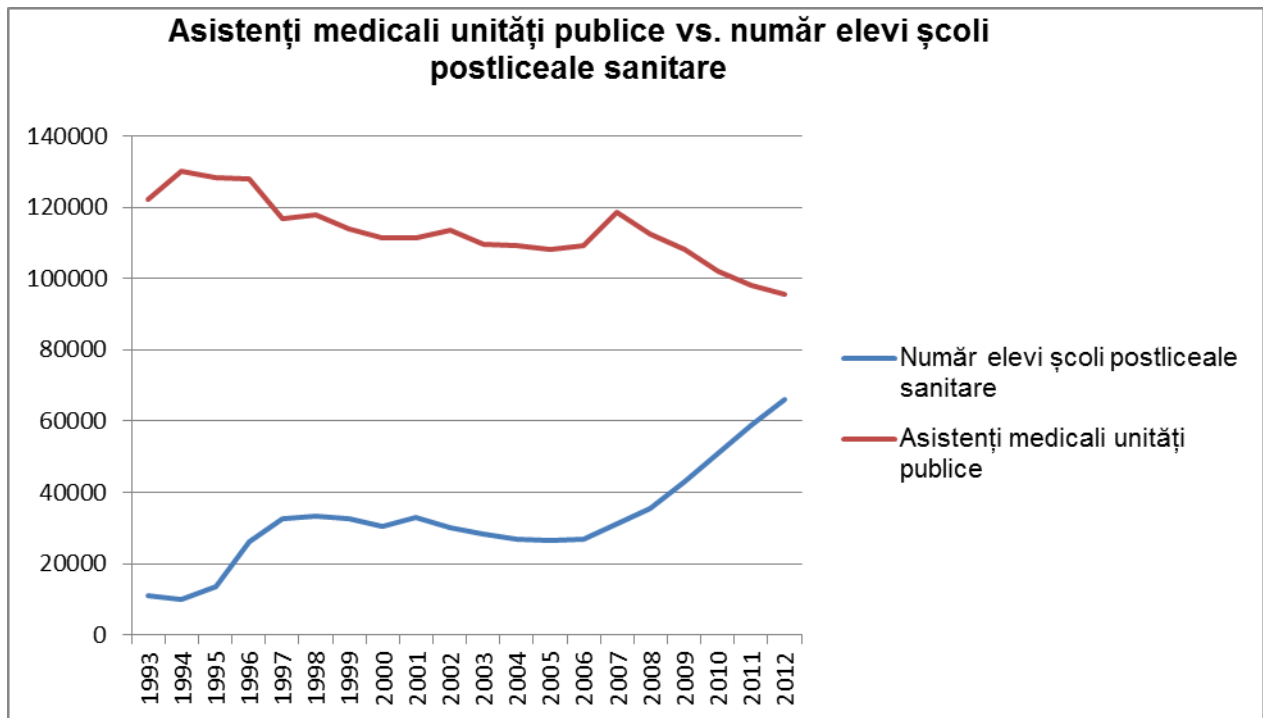


	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Număr elevi școli postliceale sanitare	11116	10108	13570	26148	32842	33295	32672	30650	32933	30176	28425	26928	26677	26982	31183	35554	43044	51009	58941	66262
Număr absolvenți postliceală sanitară	5770	3522	3353	8006	10062	12083	12619	10286	11780	11067	11616	9460	8664	7358	9252	9102	10835	12890	15698	183423

Numărul elevilor la școli postliceale sanitare **a crescut de la 11.116 în 1993, la 66.262 în 2012, adică o creșterea cu cca. 600%**. Defalcând pe ani de studii, constatăm că **în intervalul 1993-2012 numărul absolvenților este de 183.423**, cu mult peste rata de înlocuire a salariaților existenți.

Având însă în vedere faptul că până în anul 2000 au absolvit această formă de școlarizare și personale care erau deja angajate (trecerea de la *soră medicală* – absolventele de liceu sanitar, la *asistentă medicală*), considerăm că perioada 2000-2013 poate fi considerată una mult mai clară în ceea ce privește formarea noilor asistente medicale. În acest sens, observăm că **în intervalul 2000-2011 numărul de absolvenți este de 128.008**. În anul 2012 numărul absolvenților poate fi estimat la cca. 15.000, în anul 2013 - 20.000 iar în anul 2014 la cca. 25.000; ceea ce înseamnă **cca. 185.000 de asistente medicale formate în perioada 2000-2014**, adică aproape dublul numărului de asistente medicale ce lucrează în sectorul public. Precizăm că acesta nu este numărul total de asistente medicale absolvente, el neluând în calcul absolventele de colegiu și de facultate.³

³ Cifrele în acest sens nu au putut fi găsite. De altfel, statisticile în ceea ce privește asistentele medicale absolvente de colegiu și de facultate cunosc aceleași perturbări precum cele indicate la asistentele medicale absolvente de școală postliceală pentru



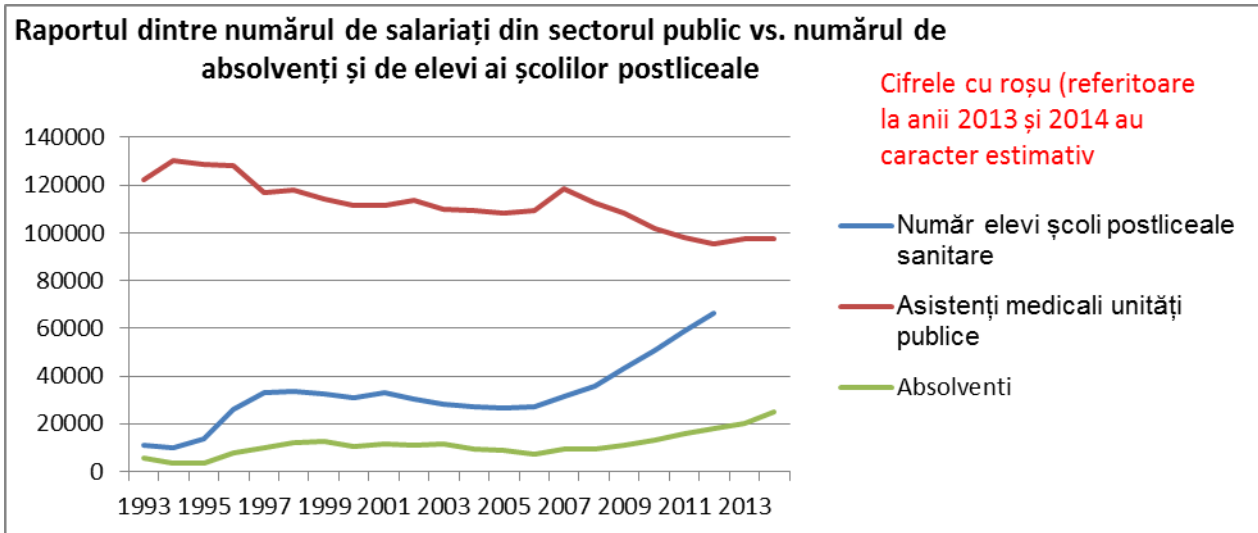
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Număr elevi școli postliceale sanitare	11116	10108	13570	26148	32842	33295	32672	30650	32933	30176	28425	26928	26677	26982	31183	35554	43044	51009	58941	66262
Asistenți medicali unități publice	122166	130093	128460	128038	116712	117719	114027	111326	111263	113620	109668	109131	108202	109153	118424	112321	108286	102026	98212	95484

După cum putem observa în figura de mai sus, evoluția este una paradoxală raportat la funcționarea normală a pieței: scăderea numărului de salariați din sectorul sanitar (accentuată în special după anul 2007) pe fondul plecărilor din sistem este concomitentă cu o creștere foarte mare a numărului de elevi din școlile postliceale sanitare. În condițiile în care posturile din sectorul public au fost blocate iar sectorul privat preia doar un procent foarte mic din această forță de muncă „disponibilă”, se nasc câteva întrebări legitime: Unde s-au dus acești salariați? Ce determină acest aflux de tineri care aleg să se formeze pentru profesia de asistent medical în condițiile în care pe piața internă nu există o cerere în acest sens, respectiv oportunități de ocupare?

Pentru a avea o imagine mai exactă a evoluției numărului de asistente medicale includem și situația numărului de absolvenți împreună cu estimarea numărului acestora pentru intervalul 2012 -2014 (cifrele notate cu culoare roșie au caracter estimativ).⁴ Amintim aici faptul că numărul de absolvenți se cumulează în fiecare an.

perioada 1993-2000, respectiv faptul că foarte multe salariați (unele absolvente de: liceu+școală postliceală) urmează și aceste forme de pregătire.

⁴ Estimarea este făcută pe baza numărului de elevi din anul 2011 și a intrărilor în acest tip de formare.



	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Număr elevi școli postliceale sanitare	11116	10108	13570	26148	32842	33295	32672	30650	32933	30176	28425	26928	26677	26982	31183	35554	43044	51009	58941	66262		
Asistenți medicali unități publice	122166	130093	128460	128038	116712	117719	114027	111326	111263	113620	109668	109131	108202	109153	118424	112321	108286	102026	98212	95484	97484	97.484
Absolvenți	5770	3522	3353	8006	10062	12083	12619	10286	11780	11067	11616	9460	8664	7358	9252	9102	10835	12890	15698	18.000	20.000	25.000

După cum se poate observa, în perioada 2007 – 2012 au părăsit sistemul sanitar public cca. 23.000 de asistente medicale.⁵ În aceeași perioadă au ieșit de pe băncile școlilor postliceale un număr de cca. 95.000 asistente. Așadar, este vorba de un număr de cca. 128.000 asistente medicale care au ieșit de pe băncile școlilor postliceale și din sistemul public de sănătate în ultimii 7 ani. Dacă luăm în considerare creșterea cu cca. 15.000 a asistentelor medicale din sectorul privat⁶ pentru același interval și le scădem din total, rezultă cel puțin 110.000 de asistente medicale care nu figurează în statistici ca ocupate.⁷ Ceea ce ne aduce în atenție o estimare deosebit de importantă, respectiv **posibilitatea ca în ultimii 7 ani cca. 100.000 de asistente medicale să fi plecat la muncă în alte state**, schimbând radical imaginea vehiculată despre amploarea fenomenului migrației și categoriile profesionale afectate.

Notă: Menționăm că datele nu includ absolventele de colegii și facultăți. Situația este determinată atât de absența datelor necesare cât și redundanța acestor tipuri de formare profesională, multe asistente medicale absolvente de postliceală deja angajate parcurgând, suplimentar, și aceste cicluri de formare. Adăugarea acestor tipuri de formare ar avea ca efect creșterea numărului de absolvente, respectiv de asistente medicale.

Un argument în favoarea amplificării fără precedent a fluxului migrator în rândul asistentelor medicale îl constituie și creșterea foarte mare din ultimii 7 ani a numărului de persoane care aleg acest tip de

⁵ Având în vedere faptul că începând din anul 2008 vârsta standard de pensionare a asistentelor medicale este 65 de ani, este evident faptul că procentul asistentelor medicale pensionate din totalul celor care au părăsit sistemul public de Sănătate este nesemnificativ.

⁶ Precizăm că, dată fiind procedura de colectare a datelor, numărul salariaților din sectorul privat poate să includă și salariați care lucrează în sistemul public (unde au și norma de bază). În această situație este posibil ca estimarea noastră privind numărul de asistente medicale absolvente+ieșite din sistemul public de sănătate să fie în minus față de situația reală.

⁷ Evident, această cifră include și numărul asistentelor medicale șomere, despre care nu avem însă informații exacte. Singura estimare posibilă este bazată pe următoarele cifre: la sfârșitul anului 2013 totalul șomerilor absolvenți de postliceale (de toate tipurile) era de 15.185 (calculați după definiția BIM), raportat la 1.132.408 absolvenți de învățământ postliceal începând cu anul 1993. Această informație tinde să sugereze o rată scăzută a șomajului în rândul acestor absolvenți, crescând astfel probabilitatea estimării noastre.

formare/această profesie, în condițiile în care angajările în sistemul public au fost blocate iar sistemul privat este departe de a putea prelua un asemenea aflux de personal.

Calvarul formării profesionale a asistentelor medicale

Analiza datelor statistice privind evoluția asistentelor medicale în România ne-a readus în atenție, prin intermediul încercării de-a interpreta situația diferitelor categorii de absolvenți, problema formării inițiale a asistentelor medicale.

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.

Concluzii

Comparativ cu anul 1990, în sistemul public de sănătate numărul asistentelor medicale a scăzut cu 30.000 (cca. 25%), respectiv de la 125.484 asistente în 1990, la 95.484 în 2012. Cea mai dramatică scădere a numărului de asistente medicale a avut loc în perioada 2007 – 2012: **23.000**; cu alte cuvinte, în acest interval sistemul public de sănătate a pierdut 17% din asistentele medicale.

Pe locul al doilea se situează categoria *Personal sanitar auxiliar unități publice*, care a scăzut în același interval de la 66.063 salariați în 1990 la 55.717 în 2012, adică o reducere de cca. 16% (cu 10.346 mai puțini salariați).

Dacă avem în vedere că cele două categorii de personal se ocupă de două paliere diferite ale îngrijirilor de sănătate, reiese faptul că într-un sfert de secol domeniul îngrijirilor de sănătate din sectorul public a pierdut peste 40.000 de salariați (pe fondul creșterii numărului de pacienți). Observăm astfel că îngrijirile de sănătate din sectorul public înregistrează cea mai gravă criză a sectorului sanitar.

În ultimii 23 de ani numărul pacienților a crescut cu 12% , în timp ce numărul asistentelor medicale a scăzut cu cca. 25%. Situația indică o creștere cu aproape 40% a sarcinilor de serviciu în acest interval (ea fiind și mai mare dacă luăm în considerare anii în care numărul de pacienți a fost mult mai mare decât în 2012). Este de departe cea mai gravă afectare a unei întregi profesii din sistemul public.

Creșterea vârstei de pensionare a asistentelor medicale de la 60 de ani (59 de ani și 8 luni la ora actuală) la 65 de ani este departe de a putea fi considerată un succes, fiind de fapt o măsură pompieristică, menită să salveze ceva din dezastrul în care se află această categorie de personal, creat de guvernările din ultimii 7 ani. Măsura necesară o constituie deblocarea posturilor de asistenți medicali în sistemul sanitar public la un nivel comparativ cu anul 1990 (cel puțin 30.000) și asigurarea finanțării necesare, atât pentru aceste noi posturi cât și pentru salarizarea adecvată a acestei categorii de personal. Analiza datelor arată că există forța de muncă necesară pentru a ocupa aceste posturi. Spre exemplu, absolvenții de școli postliceale din anii 2013 și 2014 (conform estimărilor) însumează cca. 40-45.000, adică peste nevoile sistemului.

Formarea noilor asistente medicale cunoaște o creștere semnificativă, mai ales în ultimii 13-14 ani: **cca. 185.000 de asistente medicale formate în perioada 2000-2014**, adică aproape dublul numărului de asistente medicale ce lucrează în sectorul public.

Nu există informații ce se întâmplă din punct de vedere profesional cu peste 100.000 de asistente medicale, acest număr fiind compus din absolvenții de școli postliceale din ultimii 7 ani și asistentele medicale care au plecat din sistemul sanitar public în aceeași perioadă (23.000). În aceste condiții, este posibil ca numărul asistentelor medicale plecate la muncă în străinătate în ultimii 7 ani să atingă cifra de 100.000. În aceste condiții, România este probabil cel mai mare furnizor de asistente medicale pe piața muncii din U.E., în condițiile în care sistemul românesc public de sănătate se confruntă cu cel mai mare deficit de asistente medicale de până acum.

Evoluție nefirească a formării profesionale, care a obligat generații întregi de asistente să parcurgă cicluri de formare inițială suplimentare și, în mare parte, redundante, 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.

Încercând un rezumat al datelor prezentate în prezentul studiu, combinate cu rezultatele cercetărilor anterioare, putem considera că forța de muncă ce se ocupă de serviciile de îngrijire acordate în sectorul sanitar public este deficitară (cel puțin 25% mai puțini angajați), alcătuită din salariate oboseite (de munca suplimentară cu caracter permanent), îmbătrânite (de rămânerea în activitate peste vârsta standard de pensionare), dezamăgite (de nivelul de salarizare), îmbolnăvite (de condițiile de lucru și de bolile profesionale).

În aceste condiții, preocuparea ultimilor doi miniștri pentru o lege de salarizare suplimentară a medicilor ratează cea mai importantă problemă a resursei umane din sistemul sanitar, problema asistentelor medicale, respectiv problema capacității sistemului de-a acorda îngrijiri medicale. O nouă lege de salarizare trebuie să includă cel puțin și asistentele medicale (opinia noastră este că ar trebui să vizeze toate categoriile de personal), creșterea salariilor asistentelor medicale prin intermediul salarizării în funcție de performanță fiind una din măsurile necesare pentru a stopa migrația angajatelor cu experiență din sectorul public de sănătate.

Propunerile Federației „Solidaritatea Sanitară” din România

la

Strategia Națională de Sănătate 2014-2020

29.07.2014

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 scutirilor 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-hospitalizare și post-hospitalizare;
- 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 perceput 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 cvasi-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:

- Grijă 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 prealabile;
- 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 prealabile 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 prealabile 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 prealabile și chiar până la stimularea migrației propriilor pacienți.

Autorizarea prealabilă

Dacă statul membru de afiliere decide introducerea autorizării prealabile, 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 prealabilă pentru asta.

În ceea ce privește introducerea autorizării prealabile 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 luată 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 transpunerii 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);
 - creare 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 nesemnificativă, 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 întreagă 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 improprie 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 medicinii defensive, el fiind puternic potențat de condițiile improprie 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 amploarea 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 unui 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 inherent 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 line 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-hospitalicești	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 tratament pentru aceasta.	Sistemul de despăgubiri în caz de prejudicii
	Prejudicii cauzate de accidente	Funcționarea conformă	Prejudiciile datorate unor accidentări 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 cadrul 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/Măsurile:

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/profesiuniștilor 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/Măsuri:

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. Înscriserea 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 pușinilor 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 specializări 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.
- Dorința 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 să 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 îndoieli (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 aceluși 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 guvernarea sunt chemați, de ani de zile, să 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 să 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 asigurării 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 dezbateră publică 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 detensiona 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 surse 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 determina 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.

Directii strategice/Măsur:

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.

Directii strategice/Măsur:

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 stimulatив 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 stimulatив 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, impulsionând 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.

Directii strategice/Măsuri

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 modalitatea 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 – exemplul 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 atârână 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;
 - Cetățenii 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 (redus 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, formarea 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 cea 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/Măsuri:

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 dominații.

La nivelul unităților nu există departamente/compartimente specializate pe formarea profesională continuă a salariaților și pe problemele adiacente acestora. 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 organismele 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 departamente 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 organismele 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 profesionale 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 organismele 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 a se constitui 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 sprijină 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 unui 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 directe 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 competențelor 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, organisme 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 stimulative, 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.

Directții 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 tributar 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 „salariilor 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. Ivirea 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 salariul mai mic 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 adeziunea 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 respondenți 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 inechitabil „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 inechitabil. 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/Măsur:

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, impulsționând 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 prezentare 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 munca 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 întregeste 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 lucru 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 al 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 (proporția 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 definiție) 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.

FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA

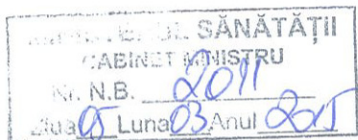


Membră a CNS „Cartel Alfa”,
afiliată la EUROFEDOP
Site: www.solidaritatea-sanitara.ro
E-mail: solidaritateasanitara@yahoo.fr

București, Sector 3, Str. Lipsicani
nr. 53, et. IV, cam. 3.
Telefon: 0737028094
0336/106.365
Fax: 0336/109.281



CĂTRE:



Ministerul Sănătății

Domnului Nicolae Băncicioiu, Ministru



Stimate domnule ministru,

Având în vedere legislația ultimilor ani care, pe de o parte a limitat angajarea de personal în unitățile sanitare publice conform raportului de 1/7, iar pe de altă parte, prin normativul de personal, a impus limite inferioare neconforme cu necesitățile sistemului, Federația "Solidaritatea Sanitară" din România vă supune atenției problema deficitului personalului nemedical (TESA) din spitalele publice, solicitându-vă remedierea lui în sensul solicitărilor noastre. Întrucât la momentul actual modalitatea de stabilire a normativului de personal pentru personalul nemedical (TESA) nu ține cont de realitățile unităților sanitare și de nevoile concrete de servicii realizate de această categorie de personal, solicităm de asemenea o întâlnire pentru discutarea tuturor propunerilor, în dorința de a evita apariția unor disfuncționalități majore în cadrul sistemului sanitar.

Totodată, considerăm că se impune o analiză separată a situației unităților sanitare mari organizate pe sistem pavilionar a căror funcționare necesită o creștere a normativului pentru unele categorii de personal.

Expunem succint câteva exemple elocvente referitoare la normarea deficitară a personalului TESA:

- 1. În cazul RUNOS** considerăm că trebuie luată în considerare raportarea la numărul de salariați, care nu ține numai de numărul de paturi, ci și de încadrarea personalului în funcție de diferite specialități. Astfel, numărul de salariați este stabilit raportat la numărul de paturi, fără a lua în considerare volumul diferit de muncă în cazul unităților în care numărul de salariați este mare. Pentru spitalele clinice și universitare la stabilirea numărului de salariați RUNOS pentru fiecare compartiment trebuie luați în considerare și numărul de rezidenți existenți în fiecare unitate, aceștia încărcând suplimentar activitatea acestei categorii de personal.
- 2. Compartimentul financiar-contabilitate** trebuie și el dimensionat atât în funcție de numărul de salariați din unitate cât și de gradul de complexitate al unităților, volumul de muncă fiind diferit, necesitând un număr mai mare de salariați decât cel stabilit.

3. Pentru compartimentul juridic:

- Volumul de muncă este direct proporțional cu mărimea personalului, cu numărul de pacienți (care poate fi estimat în funcție de numărul de paturi) și cu gradul de dificultate al diferitelor secții.
- Totodată, este necesar să avem în vedere și creșterea numărului de cazuri judecate în instanță pe acuzațiile de malpraxis.
- La cele menționate se adaugă procesele de recuperare a sumelor datorate de la persoanele neasigurate care au beneficiat de tratament medical (accidentele de circulație, agresiunile, accidentele de muncă revin în sarcina spitalului pentru a recupera cheltuielile aferente perioadei de internare și de a vira banii în contul CAS). Amintim în acest sens faptul că deși am insistat în mod repetat ca recuperarea sumelor datorate de persoanele neasigurate să intre în datoria Casei, sarcina recuperării acestor sume a rămas transferată la unitățile sanitare. Evident, numărul de juriști necesar este cu atât mai mare cu cât crește mărimea unității sanitare, aceasta trebuind exprimată atât prin numărul de paturi cât și prin gradul de dificultate a acestora, în funcție de diferitele tipuri de secții.

4. Personalul **serviciilor de Sănătate și Securitate în Muncă** este subdimensionat față de prevederile legale, Ordinul 1224/2010 încălcând prevederile Legii nr. 319/2006 privind Sănătatea și Securitatea în Muncă art. 8 alin 1,2 și 3 și H.G 1425/2006 – Normele de aplicare a Legii 319/2006, art. 22 alin 1 și 2, art 24 alin 1,2 și 3, art. 26 alin 1 privind dimensionarea serviciului intern de prevenire și protecție. Ținând cont de cele de mai sus, este evident că numărul lucrătorilor desemnați în serviciul intern de prevenire și protecție trebuie să fie direct proporțional cu numărul de angajați ai spitalului și nu cu numărul de paturi fizice sau convenționale. În aceste condiții este evident faptul că o singură persoană pentru compartimentul Sănătate și Securitate în Muncă (acesta având și alte atribuții) este suficientă doar pentru spitalele mici, pentru cele mari fiind necesară stabilirea unui raport direct cu numărul de salariați, fiind anormal ca pentru unitățile sanitare cu până la 100 de paturi compartimentul să aibă un salariat, iar la unitățile cu peste 1200 de paturi, 2 salariați.

5. **Personalul din cadrul compartimentelor de informatică** este și el subdimensionat, având în vedere în special volumul mare de muncă pe care-l necesită raportările în sistem DRG și nevoile de informatizare ale unităților sanitare.

Per ansamblu, aplicarea normativului de personal în cazul salariaților TESA, coroborată cu sistarea angajărilor în spitale, a condus pe de o parte la creșterea exponențială a volumului de muncă pentru salariații existenți iar pe de altă parte riscă să blocheze activitatea unităților sanitare, în special a celor mari și foarte mari.

Față de cele menționate, Federația "Solidaritatea Sanitară" propune modificarea Ordinului nr. 1224/2010, astfel:

- Personalul RUNOS trebuie normat în raport cu numărul personalului și nu cu numărul de paturi.

- O soluție o constituie stabilirea unui raport direct între numărul de paturi și mărimea personalului nemedical (TESA); spre exemplu, pentru personalul RUNOS (dar și pentru celelalte categorii de personal TESA) pot fi luate ca etalon spitalele cu 150 de paturi, cărora le este alocat un număr de 2 salariați RUNOS, urmând ca pentru fiecare 100 de paturi în plus să se aloce încă un salariat.
- Pentru compartimentele de Sănătate și Securitate în muncă trebuie luat în considerare cel puțin un salariat la fiecare 300 paturi.
- O altă soluție o constituie stabilirea unei proporții de 4-5% din întregul personal alocată pentru întregul personal nemedical (TESA); procentul poate suferi chiar o discretă corecție pentru unele unități sanitare, el putând fi redus până la minim 4%.

Pentru argumentarea necesității creșterii numărului de posturi normate pentru personalul nemedical (TESA) anexăm fundamentarea activităților pentru fiecare din tipurile de activități desfășurate de această categorie de personal, pe care o avem în atenție și pentru discuțiile efective pe Normativul de personal.

Cu stimă,

Președinte,
Rotilă Viorel



ANEXĂ

Metodologie de calcul a normativului pentru personalul nemedical (TESA)

Fundamentarea propunerii Federației „Solidaritatea Sanitară” din România pornește de la principiul stabilirii normativului pentru aceste categorii de personal în funcție de numărul de paturi și de complexitatea paturilor dintr-o unitate sanitară. În acest sens sunt necesari următorii pași:

1. Stabilirea unei forme standard a numărului de personal pentru fiecare categorie nemedical (TESA).¹ Spre exemplu, stabilim mai întâi necesarul de personal nemedical (TESA) pe fiecare categorie, pentru o unitate cu 200 de paturi, de complexitate medie (ex. un spital municipal) pe care o vom utiliza ca bază de raportare pentru întregul normativ.
 - o Spre exemplu²:

RUNOS	2
Financiar – contabilitate	3
Aprovizionare, transport, administrativ	2
Achiziții, contractare	1
Juridic	1
Tehnic	1
SSM	1
Informatică	1
Total standard (Ts)	12

2. Identificarea gradului de complexitate (Gc) al spitalelor prin stabilirea raportului dintre numărul de salariați și numărul de paturi (gradul de complexitate = numărul de salariați/numărul de paturi)³:

$$Gc = Ns/Np$$

¹ Am folosit, ca exemplu de bază de plecare, normativul reglementat de Ordinul MS nr. 1224/2010, pornind de la ideea că în stabilirea acestui minim trebuie să fi existat un studiu prealabil.

² Exemplul ia în considerare normativul reglementat de Ordinul MS nr. 1224/2010 pentru unitățile sanitare până la 100 de paturi; el trebuie luat doar ca un exemplu de ilustrare a aplicării principiilor stabilite. Dacă ar fi luat ca bază de pornire acesta (în eventualitatea în care la baza lui a stat o fundamentare științifică) atunci ar trebui suplimentat cu încă 3 posturi rezultate după scoaterea Comitetului Director din cadrul funcțiilor TESA. Considerăm însă că acest standard ar trebui stabilit la 200 de paturi după o cercetare atentă a atribuțiilor fiecărei categorii de funcții și chiar fiecărei funcții.

³ Este singurul indicator relevant pe care l-am putut identifica până în acest moment, el bazându-se pe numărul de salariați existent în spitale la momentul calculării acestui normativ.

Unde N_s = Numărul de salariați din unitate și N_p = Numărul de paturi din unitate

Pornind de aici vor fi generate cel puțin cinci categorii de grade de complexitate (spitale universitare, spitale clinice, spitale județene, spitalele municipale sau orășenești, restul spitalelor).⁴

Propunerea inițială de grade de complexitate⁵:

- o Spitalele universitare - 2
- o Spitale clinice - 1,5
- o Spitale județene - 1
- o Spitalele municipale sau orășenești - 0,9
- o Alte tipuri de spitale – 0,8

3. Identificarea factorului de multiplicare (F_m) pentru fiecare categorie de unitate sanitară calculat prin împărțirea numărului de paturi la 200⁶ (altfel spus, acest factor ne arată de câte ori trebuie multiplicat standardul):

$$F_m = N_p/200$$

4. Apoi, numărul de posturi din schema standard se înmulțește cu gradul (coeficientul) de complexitate specific fiecărui tip de unitate și cu factorul de multiplicare, rezultând astfel numărul aproximativ de salariați necesar pentru fiecare categorie de personal nemedical (TESA) (Putem pune la dispoziție în acest sens un document *excel* – folosit de noi pentru simulări - în care sunt prezentate exemple posibile de aplicare; ele au însă doar valoare de exemplu).⁷

Sau numărul total de posturi standard se înmulțește cu gradul de complexitate și cu factorul de multiplicare rezultând numărul total de personal TESA:

$$\text{Nr. Salariați TESA} = F_m \times G_c \times N_s$$

5. Pentru unitățile mici trebuie adăugat un factor de corecție (F_c) motivat de necesitatea respectării normativelor în vigoare pentru anumite posturi. Spre exemplu, fiecare unitate, oricât de mică, are nevoie de cel puțin două persoane pentru compartimentul RUNOS, cel puțin 3 persoane pentru

⁴ Indicatorul ar putea fi considerat mai fidel dacă s-ar putea utiliza raportarea la personalul sanitar existent sau, și mai bine, dacă ar putea fi determinat pornind de la normarea minimă (mai corect ar fi pornind de la cea medie) stabilită în actul normativ pentru partea medicală, raportându-se la numărul de paturi și categoria căreia aparține fiecare. Am analizat și posibilitatea raportării la alți indicatori, cel mai aproape de ceea ce ar fi necesar ar fi ICM-ul; avem însă câteva rezerve legate de utilizarea acestui indicator pentru normarea personalului TESA.

⁵ Propunerea este elaborată pornind de la un eșantion nereprezentativ, ce cuprinde un număr mic de unități sanitare. Forma finală trebuie stabilită după ce se calculează media pentru fiecare categorie, luând în considerare toate unitățile sanitare din țară.

⁶ Considerând drept normă de calcul 200 paturi, ea arătând de fapt de câte ori trebuie multiplicat standardul.

⁷ De remarcat faptul că pot fi utilizați și coeficienți diferiți pentru fiecare categorie de funcții TESA: spre exemplu, personalul RUNOS poate fi raportat doar la numărul de salariați (și formula propusă de noi asigură această raportare) iar pentru restul funcțiilor pot fi luați în considerare diferiți indicatori agreați (pornind de la cel stabilit aici, urmând a fi luate în considerare și alte variabile).

compartimentul Financiar-contabilitate, cel puțin un salariat pentru compartimentul Achiziții, cel puțin o persoană care să se ocupe de compartimentul Sănătate și Securitate în Muncă s.a.m.d.

Astfel, în cazul unităților sub 400 de paturi formula de calcul va fi următoarea:

$$\text{Nr. Salariați TESA} = F_m \times G_c \times N_s \times F_c$$

În acest sens, ținând cont de exemplul de Standard de normare, considerăm necesară utilizarea următorilor factori de corecție:

- Până în 100 de paturi - 1,8
- 100 – 200 paturi – 1,7
- 200 – 300 paturi – 1,6
- 300 – 400 paturi – 1,5

În aplicarea acestei metode de normare este recomandată respectarea următoarelor reguli:

- Posturile care au peste 0,5 se rotunjesc în plus iar cele care au sub 0,5 se rotunjesc în minus
- Sau fracțiunile de post în plus se cumulează și se adaugă (poate fi la locul de muncă cel mai apropiat de 0,5) la totalul posturilor TESA pe unitate iar cele în minus se scad din total. De asemenea, normele rezultate din însumarea fracțiunilor de normă pot rămâne la dispoziția managerului unității, acesta putând să le repartizeze între categoriile de funcții TESA după nevoile unității.⁸
- Managerul unității poate dispune modificarea numărului de salariați ce revine fiecărui compartiment în limita a 30% din normativul stabilit pentru fiecare compartiment (70% fiind nivelul minim obligatoriu).

Această variantă de calcul prezintă următoarele **avantaje**:

- la în considerare atât mărimea spitalelor (exprimată în număr de paturi și de personal) cât și complexitatea acestora;
- Asigură dimensionarea personalului nemedical (TESA) în funcție de nevoile concrete de servicii de acest tip necesare, raportându-se la tipul unității, mărimea ei, tipul paturilor pe care le are unitatea, personalul care deservește aceste paturi;
- Este coerentă cu normativul de personal stabilit pentru funcțiile medicale, dimensionând personalul nemedical (TESA) și în funcție de personalul medical dar și de alte categorii de personal;
- Suportă continuu ajustări, în funcție de evoluția spitalelor în ceea ce privește complexitatea serviciilor acordate, numărul de personal etc.
- Este elaborată pe baza științifice, eliminând atât angajarea unui număr excesiv de personal, peste necesitățile reale, cât și o normare inferioară nevoilor spitalelor, fapt care ar avea drept rezultat

⁸ În acest sens trebuie avut în vedere și faptul că absența temporară a unor salariați TESA (concediu de odihnă, de boală etc.) poate fi suplinită de salariați din altă categorie de funcții decât cea a celui absent, în funcție de competențele celui care înlocuiește și de compatibilități. În acest sens se impune, *de lege ferenda*, stabilirea unui tablou al competențelor salariaților din fiecare unitate, fapt ce ar permite o mai mare mobilitate a salariaților dintr-o categorie de funcții în alta mai ales în cazul necesității rezolvării unor sarcini urgente sau pentru situații neprevăzute.

supraîncărcarea cu sarcini a personalului existent și disfuncționalități majore în funcționarea unităților sanitare.

- Metoda este coerentă cu cealaltă parte a normativului de personal, respectiv cea referitoare la personalul medical, identificând nevoile particulare de servicii angrenate de diferitele tipuri de activități medicale.
- Metoda este coerentă și cu modalitatea diferențiată de stabilirea a salariilor în sectorul sanitar, pe două mari tipuri de unități sanitare.

Dezavantajele acestei metode și soluțiile pentru remedierea lor:

- Stabilirea standardului folosit ca bază de multiplicare nu are până la această oră o bază profund științifică, având o doză de aproximare. Situația poate fi remediată prin dezvoltarea unui program de evaluare a atribuțiilor personalului nemedical (TESA), realizat de către experți agreeți atât de Ministerul Sănătății cât și de sindicate, ce ar urma ca în termen de 2-3 luni să selecteze câte un eșantion de unități sanitare din fiecare categorie și să stabilească nevoia concretă de servicii acordate de personalul nemedical (TESA), recurgând la cercetarea analitică a fiecărei sarcini și timpului de muncă necesar pentru realizarea ei. De asemenea, trebuie remarcat că oricare altă metodă de normare aflată în discuție are un nivel de aproximare mult mai mare, fiind din acest punct inferioară celei schițate mai sus.
- Dat fiind numărul relativ redus de variabile pe baza cărora se realizează normarea metoda nu se adaptează necesităților concrete ale fiecărei unități sanitare din țară, forțând operarea cu medii (ex. gradul de complexitate, factorul de multiplicare etc.) care generalizează anumite situații. Dat fiind însă faptul că ia în considerare mai multe variabile decât în cazul stabilirii unui procent din numărul total de salariați sau raportarea la numărul de paturi, este mult mai fidelă, permițând o mai justă repartitie a posturilor pentru această categorie de personal.
- Nu funcționează aplicată *ad litteram* pentru capetele ierarhiei, respectiv pentru unitățile cu un număr foarte mic de paturi și pentru cele cu un număr mare de paturi care au cel mai mare grad de complexitate (pentru această din urmă situație exemplul cel mai elocvent îl constituie Spitalul Universitar București al cărui grad de complexitate este mai mare de 2). Situația poate fi rezolvată prin utilizarea unui factor de corecție pentru unitățile foarte mici (aplicat progresiv, până la unitățile cu 400 paturi) și cu utilizarea gradului de complexitate real pentru spitalele universitare.

Pentru stabilirea normativului de personal pe baze științifice considerăm că trebuie desfășurate cercetările necesare privind stabilirea cu acuratețe a normativului standard. Această activitate poate fi desfășurată pe baza următorilor demersuri inițiate pentru fiecare categorii de personal nemedical (TESA):

- identificarea tipurilor de sarcini de lucru;
- stabilirea timpului afectat fiecărui tip de sarcină;
- identificarea posibilelor abateri de la timpul normal de lucru;
- identificarea numărului de ore de lucru necesare a fi desfășurate pentru fiecare tip de sarcini;
- estimarea timpului afectat sarcinilor cu caracter de excepție sau celor cu frecvență redusă;
- estimarea unor marje de toleranță pentru eventualele abateri.



THE IMPACT OF DIRECTIVE 2011/24/EU ON THE ROMANIAN HEALTH SYSTEM

IMPACTUL DIRECTIVEI NR. 24/2011/EU ASUPRA SISTEMULUI SANITAR DIN ROMÂNIA

Viorel Rotilă



SODALITAS 2013

**Studiul a fost desfășurat în cadrul
Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”**

**The present study has been undertaken at
“Solidaritatea” Research and Social Development Centre**



Prezentarea autorului

Doctor în filosofie al Universității „Alexandru Ioan Cuza” din Iași. Lect. univ. dr. la Universitatea „Dunărea de Jos” Galați.

Manager al mai multor proiecte POS DRU de succes, toate incluzând cercetări pe tema consilierii, informării și formării profesionale, migrației, condițiilor de muncă și impactul legislației asupra lucrătorilor.

A realizat numeroase studii de cercetare sociologică în calitate de autor sau coordonator, pe domeniul calității vieții profesionale, migrația salariaților din sănătate și în domeniul analizei pieții muncii (majoritatea pot fi găsite pe <http://www.cercetare-sociala.ro>).

Director al Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”.

Autor al următoarelor cărți: *Tragicul în filosofia existențialistă franceză* (teza de doctorat), *Heidegger și rostirea ființei*, *Din alchimia unei existențe*, „Citește-mă pe mine!”. *Jurnal de idei*, *Omul societății de consum*. În căutarea unei noi ideologii, *Studiu asupra principalelor probleme ale POS DRU și soluțiile posibile de eficientizare a acestuia* „Poziția beneficiarului”.

Autor al blogului: <http://viorel-rotila.ro>

About the author

Philosophy Doctor at “Alexandru Ioan Cuza” University of Iași. Senior lecturer at “Dunărea de Jos” University of Galați.

Manager of many successful POS DRU projects, including topics on counselling, information and professional formation, migration, work conditions, and the impact of laws on workers.

He elaborated numerous studies of sociological research, as author or coordinator; in the fields of quality of professional life, the healthcare system employees’ migration, as well as in the field of the analysis of labour market (most of them are available on the website <http://www.cercetare-sociala.ro>)

Director of Solidaritatea Research and Social Development Centre.

Author of the following works: *Tragicul în filosofia existențialistă franceză* [The Tragic in French Existentialist Philosophy] (doctoral thesis), *Heidegger și rostirea ființei* [Heidegger and the expression of being], *Din alchimia unei existențe* [Of the Alchemy of Existence], „Citește-mă pe mine!” - *Jurnal de idei* [“Read me!” - A diary of thoughts], *Omul societății de consum*. În căutarea unei noi ideologii [The Man of the Consumerist Society. In Search for a New Ideology], *Study on the main problems of POS DRU and the possible improvement solutions*, and *Poziția beneficiarului* [The beneficiary’s position].

Personal blog: <http://viorel-rotila.ro>

Copyright © 2013

Toate drepturile sunt rezervate Editurii SODALITAS

Printed in Romania

Copyright © 2013

All Rights Reserved - SODALITAS Publishing House

Printed in Romania



***Impactul Directivei nr. 24/2011
asupra sistemului sanitar din România***

***The Impact of Directive 2011/24/EU
on the Romanian health system***

Lect. univ. dr. Viorel Rotilă

Lecturer Viorel Rotilă, PhD

Editura SODALITAS

2013

SODALITAS PUBLISHING HOUSE

2013

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

ROTILĂ, VIOREL

Impactul Directivei nr. 24/2011 asupra sistemului sanitar din România / Rotilă Viorel. - Galați : Sodalitas, 2013

Bibliogr.

ISBN 978-606-92935-6-0

61(498)(094)

Cuprins

Versiunea în limba română

Preambul	7
Impactul juridic al directivelor la nivel național	8
a) Efectul direct al directivei	8
b) Interpretarea prevederilor directivei atunci când acestea sunt transpuse în dreptul intern	9
c) „Efectul direct” al Hotărârilor Curții date în interpretarea/aplicarea directivelor.....	9
Definiții și abrevieri	9
Fundamentarea Directivei nr. 24/2011.....	10
Introducere	10
Precizări metodologice	10
Argumente pentru un sistem social de sănătate	10
Deciziile ce rămân la nivelul statelor membre	11
Obiectivele Directivei	13
Domeniul de aplicare	14
Rambursarea cheltuielilor	14
Raportul dintre prevederile directivei și reglementările U.E. privind coordonarea sistemelor sociale.	16
Îngrădirea dreptului la rambursarea costurilor serviciilor medicale	18
Limite în care operează prevederile Directivei: încălcarea prevederilor privitoare la libera circulație.	23
Accesul la informațiile medicale	25
Obligațiile privitoare la calitatea serviciilor medicale	27
Modificarea de paradigmă în abordarea malpraxisului ca efect al Directivei	29
Protecția datelor cu caracter personal.....	30
Analiza prevederilor Directivei	32
Obiectivele și principiile Directivei.....	32
Ipotezele de lucru ale Directivei	32
I. Responsabilitățile statului membru în care se efectuează tratamentul	33
Constituirea sistemului și a standardelor privind informațiile ce trebuie furnizate și condițiile ce trebuie îndeplinite:.....	33
Restricționarea accesului la serviciile sale medicale.....	35
pentru cetățenii din alte state membre	35
Câteva perspective critice.....	36

II. Responsabilitățile statului membru de afiliere.....	38
Obligațiile de informare a pacienților	38
Rambursarea costurilor serviciilor medicale	38
Autorizarea prealabilă.....	39
Hotărârile Curții în domeniul autorizării prealabile	39
Precizările directivei	41
Limitele autorizării prealabile	45
Alte prevederi ale Directivei	49
Statele membre sunt obligate la asistență reciprocă și cooperare cel puțin în ceea ce privește:.....	49
Recunoașterea prescripțiilor medicale eliberate într-un alt stat membru	49
Rețelele europene de referință	50
Bolile rare	51
Constituirea și funcționarea rețelei de e-sănătate	51
Cooperarea privind evaluarea tehnologiei medicale	52
Impactul Directivei nr. 24/2011.....	53
Impactul Directivei nr. 24/2011 asupra cetățenilor români.....	54
Migrația pacienților.....	55
Analiza efectelor raportat la diferitele strategii abordate de statul român	57
Calitatea serviciilor medicale.....	61
Personalul din sistemul sanitar.....	62
Migrația personalului	62
Observații generale.....	63
Concluzii și recomandări	64
Amenințări	65
Oportunități	68

English version

- Foreword 71
- The judicial impact of directives at national level 72
 - a) The direct effect of the directive 72
 - b) Interpretation of the provisions of the directive when transposed into national law 72
 - c) “The direct effect” of the Court of Justice judgements in the interpretation of directives 73
- Definitions and abbreviations 73
- Substantiation of Directive 2011/24/EU 74
 - Introduction 74
 - Methodological study definitions 74
 - Arguments in favour of a social health system 74
 - Decisions left at the Member States level 75
 - Objectives of the Directive 76
 - Application domain 77
 - Reimbursement of costs 78
 - The relationship between the provisions of the directive and EU regulations on the coordination of social security systems 80
 - Restrictions to the entitlement to reimbursement of costs of cross-border healthcare 82
 - Limits of the provisions of the Directive; transgressions of the provisions related to free movement 85
 - Access to information 87
 - Obligations concerning quality of healthcare 89
 - Changes of paradigm in approaching malpractice as an effect of the Directive 91
 - Protection of personal data 92
- Analysis of the provisions of the Directive 94
 - Aims and principles 94
 - Working hypotheses 94
 - I. Responsibilities of the Member State of treatment 95
 - Organisation of the system and the standards concerning information to be provided and requirements to be met: 95
 - Restriction of access to cross-border healthcare for citizens of other Member States 97
 - A few critical perspectives 98
 - II. Responsibilities of the Member State of affiliation 99

Obligations to provide information to patients	99
Reimbursement of costs of cross-border healthcare	99
Prior authorisation	100
Court's decisions on prior authorisation	100
Definitions of the directive	102
Limits of prior authorisation	106
Member States shall render mutual assistance and cooperation in:	108
Recognition of prescriptions issued in another Member State	109
European Reference Networks	110
Rare diseases	111
eHealth network	111
Cooperation on health technology assessment.....	112
The Impact of Directive 2011/24/EU on the Romanian citizens	113
Patients' migration.....	114
Analysis of the effects in reference to various strategies of the Romanian State.....	116
Quality of healthcare	120
The health system personnel	121
Personnel migration.....	121
Conclusions and recommendations.....	122
Threats.....	124
Opportunities.....	126

Preambul

Prezentul studiu abordează prevederile Directivei nr. 24/2011 din perspectiva impactului estimat al acesteia asupra sistemului sanitar românesc în ansamblul său. Analiza se desfășoară, în mod simultan, atât raportat la situația actuală a sistemului cât și prin luarea în considerare a necesităților de reformă ale acestuia, încercând pe această cale să sugerăm variantele optime din punctul nostru de vedere.

În cadrul acestui demers nu ne-am propus o simplă redare analitică a textelor legale, ci am concentrat cercetarea pe ceea ce este deosebit de relevant din perspectiva impactului, abordând într-o manieră rezumativă prevederile mai curând tehnice sau pe cele al căror impact îl considerăm minim. Astfel, am evidențiat în special acele prevederi care corespund unor „sensibilități naționale” în domeniu, având în vedere că suntem, de mai mulți ani, martorii sau actorii unei dezbateri pe tema reformei sistemului sanitar. În acest sens, am avut în atenție atât problemele ce țin de principiile aplicabile unui sistem de sănătate, în măsura în care Directiva le amintește, cât și mecanismele funcționale ce ar trebui luate în considerare din perspectiva reglementărilor U.E.

Deoarece Directiva nr. 24/2011 nu este un gest solitar al instituțiilor Uniunii Europene în domeniul sănătății, ea fiind precedată atât de unele acte normative cât și de numeroase hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene pe această temă, studiul debutează cu o schiță a cadrului juridic în care se situează această Directivă și a modului în care ea produce efecte la nivel național. Chiar dacă nu este vorba de o tratare complexă a mecanismelor juridice ale Uniunii, considerăm că foarte scurta prezentare a acestora este suficientă pentru a înțelege contextul juridic aplicabil.

Analiza prevederilor Directivei este organizată pe două mari părți: abordarea textului introductiv, ce fundamentează și explicitează interpretările ce trebuie date acesteia, și tratarea conținutului legal propriu-zis. O parte din prevederile asupra cărora insistăm la analiza fundamentării nu le reluăm în partea dedicată articolelor Directivei. Situația nu este aplicabilă însă anumitor aspecte mai delicate, cum ar fi, spre exemplu, *autorizarea prealabilă*, în cazul cărora reluăm și amplificăm în partea a doua ceea ce am abordat într-o măsură parțială în prima parte.

După cum am amintit, am insistat în mod deosebit pe expunerea și analiza acelor prevederi ale Directivei care, în opinia noastră, au un impact deosebit de mare asupra modului de funcționare a sistemului sanitar românesc, transpunerea prevederilor Directivei în legislația națională făcând de fapt parte din măsurile de reformă ale sistemului. Cu alte cuvinte, considerăm că o bună parte din măsurile de reformă ale sistemului sanitar anunțate deja la nivel oficial sunt de fapt rezultatul obligației de transpunere a prevederilor Directivei în legislația națională (ex.: modificarea legislației malpraxisului, tratarea într-o manieră mai complexă a drepturilor pacientului s.a.) sau anticipări ale efectelor acesteia (definirea pachetului de bază de servicii medicale, modificarea modului de salarizare etc.). Abordarea în această cheie ne-a permis să indicăm variante alternative de reformă împreună cu efectele previzibile ale acestora, arătând de fiecare dată soluțiile pe care le considerăm optime.

Având în vedere faptul că prevederile Directivei trebuie transpuse în legislația internă până la data de 25 octombrie 2013, aflându-ne în acest moment în cursul procedurii de elaborarea a prevederilor legislative corespunzătoare, considerăm că prezentul studiu constituie în primul rând un cadru de dezbatere privind identificarea celor mai bune soluții legislative, în acord cu multiplele interese implicate, respectiv cele ale cetățenilor, ale pacienților, ale salariaților din sănătate, ale statului român s.a.

Impactul juridic al directivelor la nivel național

Deoarece pentru analiza impactului estimat al Directivei nr. 24/2011 asupra sistemului sanitar românesc este esențială înțelegerea modului în care acționează orice directivă asupra legislației naționale și spațiului juridic din România, expunem pe scurt ceea ce poate fi considerat *regimul juridic al directivelor*.

Prin comparație cu *tratatele și regulamentele*, care au aplicare nemijlocită în statele membre, fiind obligatorii și pentru instanțe, directivele sunt reglementări cadru care își produc efectele prin transpunerea lor în legislația națională. Cu mențiunea însă că obiectivele directivelor sunt obligatorii pentru statele membre. Acest statut juridic are câteva efecte semnificative:

- Judecătorul aplică, în situația unei spețe deduse judecării, normele naționale care transpun prevederile/obiectivele directivei.
- Prevederile directivelor netranspuse în legislația națională sunt opozabile doar statelor membre, ele nefiind aplicabile în relațiile dintre cetățeni. Altfel spus, obligația de a transpune prevederile unei directive în legislația națională, întocmai cu obiectivele directivei, revine statului. Motiv pentru care el poate fi considerat culpabil pentru orice abatere de la transpunerea conformă, fiindu-i opozabile interpretările corecte ale acestora.
- În situația în care prevederile unei directive sunt transpuse în legislația națională judecătorul se va raporta la prevederile dreptului intern.

a) Efectul direct al directivei

Aceste principii de aplicare cunosc însă și o excepție, cu un impact deosebit de importat în ceea ce privește Directiva pe care o avem în vedere: când directiva nu a fost implementată în legislația internă în termenul stabilit de directivă iar prevederile directivei sunt *necondiționate și suficient de precise*, aceste dispoziții pot fi invocate împotriva oricărei reglementări de drept intern, **însă numai împotriva statului**. În acest caz vorbim de **aplicarea în mod nemijlocit a prevederilor directivei**, respectiv de **invocarea efectului direct** al acesteia. Esențială în acest caz este **definiția statului** din perspectiva dreptului U.E.: jurisprudența Curții indică faptul că prevederile unei directive pot fi invocate împotriva agențiilor aflate sub autoritatea sau controlul statului, împotriva autorităților fiscale sau financiare, împotriva autorităților locale sau regionale și chiar împotriva autorităților aflate sub controlul statului însărcinate să furnizeze servicii publice. Trebuie reținut de asemenea faptul că acționarea în instanță a acestor instituții/organizații poate fi făcută atât în calitate de autoritate publică cât și ca angajatori.¹

Doctrina stabilește drept *efect direct vertical* al directivei faptul că prevederile acesteia se pot manifesta numai împotriva statului, lui adăugându-i-se imposibilitatea efectului direct orizontal, respectiv faptul că o persoană nu poate invoca prevederile directivei împotriva altei persoane (fizice sau juridice).

¹ În această ultimă calitate un impact deosebit îl au prevederile Directivei 88/2003.

Alt efect îl constituie faptul că absența unor prevederi în dreptul intern care să transpună directiva, statele membre nu pot angaja răspunderea penală a celor care încalcă prevederile acesteia.²

b) Interpretarea prevederilor directivei atunci când acestea sunt transpuse în dreptul intern

În privința interpretării normelor legale naționale care transpun prevederile unei directive reținem în special următoarele:

- Instanțele naționale trebuie să prezume că statul membru a dorit să respecte în totalitate obiectivele directivei;
- Normele naționale de transpunere vor fi interpretate cât mai aproape de sensul prevederilor directivei;³
- Interpretările dreptului național trebuie făcute în așa fel încât să nu se ajungă la contradicții cu prevederile directivei, fără a putea apela însă la interpretarea dreptului național *împotriva legii*;
- În caz de îndoială în ceea ce privește interpretarea prevederilor directivei instanța națională va solicita o interpretare din partea Curții de Justiție a Uniunii Europene, aceasta pronunțându-se prin intermediul unei hotărâri preliminare.

c) „Efectul direct” al Hotărârilor Curții date în interpretarea/aplicarea directivelor

Datorită importanței precedentului în dreptul comunitar, hotărârile Curții de Justiție a Uniunii Europene fiind foarte aproape de sistemul *common law*,⁴ interpretarea pe care Curtea o dă sensul directivei este opozabilă statelor și orientează interpretările judecătorilor naționali. Motiv pentru care putem vorbi, într-o anumită măsură, de existența *efectului direct al hotărârilor date de Curte* în interpretarea și aplicarea prevederilor directivelor.

Definiții și abrevieri

Statul membru de afiliere – desemnează statul în care pacientul are statutul de cetățean ori un drept legal de ședere sau alte variante care-i conferă statutul de afiliat. În toate situațiile, pacientul trebuie să aibă un drept minim de acces la serviciile medicale prevăzute în „pachetul social”.

Statul membru de tratament – desemnează statul în care se efectuează tratamentul.

Curtea – Curtea de Justiție a Uniunii Europene

Directiva – Directiva nr. 24/2011

² În acest sens se poate observa că netranspunerea Directivei nr. 24/2011 în legislația națională ar face inaplicabile prevederile acesteia împotriva persoanelor fizice și a persoanelor juridice private, nu însă și împotriva persoanelor juridice de drept public (instituțiile statului și organizațiile similare).

³ Sunt deosebit de relevante în acest sens spețele judecate de Curtea de Justiție a Uniunii Europene, ele având un caracter mixt: de interpretare a legislației europene și de creare a dreptului în domeniu (principiul precedentului fiind aplicabil).

⁴ Sistemul juridic al U.E. fiind în bună măsură unul similar celui anglo-saxon în ceea ce privește importanța precedentului, interpretările date de Curtea de Justiție a Uniunii Europene rămân esențiale în acest domeniu. Evoluția interpretărilor privitoare la autorizarea prealabilă depinde foarte mult de acțiunile asociațiilor de pacienți în această direcție.

Fundamentarea Directivei nr. 24/2011

Introducere

Pentru o mai bună delimitare conceptuală a obiectivelor Directivei abordăm mai întâi, într-o manieră critică, argumentele care fundamentează introducerea Directivei nr. 24/2011 și principiile care stau la baza ei. În cadrul acestui demers avem în vedere în primul rând o mai bună înțelegere a cadrului juridic complex pe care aceasta îl creează dar și faptul că Directiva introduce în mod cel puțin implicit și alte obligații pentru statele membre decât cele precizate în mod expres în obiectivele ei. Analiza fundamentării Directivei este concentrată asupra punctelor pe care le considerăm deosebit de importante, încercând să evidențiem sensurile lor posibile, problemele pe care acestea le ridică și să estimăm impactul acestora asupra sistemului de sănătate din România.

Precizări metodologice

Acolo unde am considerat textul Directivei ca fiind deosebit de dens și relevant l-am redat parțial sau în întregime, în rest expunând în mod rezumativ interpretările pe care le-am dat textului legal. Preluarea unor texte din fundamentarea Directivei este indicată de fiecare dată cu italice, punctul de la care au fost preluate fiind precizat la începutul sau la sfârșitul paragrafului. Schematismul expunerii, inerent din punctul nostru de vedere abordării unui astfel de text, permite cititorului construirea unei interpretări proprii, simultan cu urmărirea celei pe care-o propunem.

Argumente pentru un sistem social de sănătate

(1) Ca principiu, referirea la tratate indică intenția de protecție a sănătății, sugerând că sănătate constituie o prioritate. Prevederile în domeniu din tratate includ Sănătate ca parte a dimensiunii sociale asumată de U.E.

(2) *„majoritatea dispozițiilor prezentei directive are drept scop îmbunătățirea funcționării pieței interne și a liberei circulații a mărfurilor, persoanelor și serviciilor”*. Cadrul juridic este cel al libertăților fundamentale ale Uniunii, respectiv libera circulație a mărfurilor, persoanelor și serviciilor, Directiva combinând interesele ce privesc circulația serviciilor cu cele legate de circulația persoanelor. Altfel spus, contextul este unul predominant economic, pe el inserându-se și interesele legate de asigurarea sănătății persoanelor.

(3) *„Sistemele de sănătate din Uniune reprezintă o componentă centrală a nivelurilor ridicate de protecție socială ale Uniunii și contribuie atât la coeziunea socială și la justiția socială, cât și la dezvoltarea durabilă.”* Uniunea Europeană include, cel puțin la nivel declarativ, sistemele de sănătate în cadrul mai larg al sistemului de protecție socială. Reforma sistemului sanitar va trebui să țină cont de acest aspect, asigurând cel puțin un nivel minim de protecție socială. Altfel spus, considerăm că este exclusă va-

rianta introducerii unui sistem de sănătate neo-liberal pe motiv de inadecvare la legislația și strategia U.E. în domeniu.

(21) a. *În concluziile sale, Consiliul a recunoscut că există un ansamblu de valori și principii comune, valabile în întreaga Uniune, cu privire la modul în care sistemele de sănătate răspund nevoilor populației și ale pacienților pe care îi deservește. Valorile generale ale universalității, ale accesului la îngrijiri de bună calitate, ale echității și solidarității au fost recunoscute la scară largă în cadrul activităților diferitelor instituții ale Uniunii. (s.n.)*

Reținem astfel existența unei preocupări la nivelul U.E. în ceea ce privește funcționarea de ansamblu a societății, cu impact semnificativ asupra sistemelor (sociale) de sănătate, fiind astfel consacrat faptul că există un ansamblu de valori comune statelor membre. Aceste valori/principii sunt:

- Universalitatea;
- Solidaritatea;
- Echitatea;
- Accesul la îngrijiri de bună calitate.

Din această perspectivă, putem observa faptul că orice reformă a sistemului sanitar va trebui să țină cont de respectarea acestor principii,⁵ în măsura în care România dorește să aibă *de iure* calitatea de stat membru. Ceea ce înseamnă că libertatea statelor de a-și organiza propriile sisteme de sănătate este una limitată de respectarea acestor principii (și a unor condiții ce derivă din această Directivă).

Deciziile ce rămân la nivelul statelor membre

(4).a) *„statele membre rămân responsabile pentru furnizarea unei asistențe medicale sigure, de înaltă calitate, eficiente și suficiente din punct de vedere cantitativ cetățenilor de pe teritoriul lor.”* Chiar dacă în mod incidental, Directiva menționează și nivelul de responsabilitate al statelor membre în domeniul serviciilor medicale ce trebuie acordate cetățenilor. Raportat la sensul textului, se observă faptul că o încercare de reformă din partea României, care ar avea ca efect excluderea unor cetățeni de la accesul la anumite categorii de servicii medicale pe motiv de insuficiență a resurselor financiare, aduce cu sine riscul unui defazaj semnificativ față de restul statelor membre, ce poate genera un set complex de fenomene cu un impact greu de estimat în ceea ce privește integrarea în U.E. Având în vedere textul prezentat, un alt efect îl constituie obligația statului român de a construi un sistem de sănătate eficient, obligație ce poate fi interpretată și în termenii anumitor limite stabilite în fața unui accent exagerat pe sistemele private. Suplimentar, obligația de a asigura un nivel înalt al calității serviciilor medicale forțază statul român la eforturi semnificative pentru a asigura posibilitatea furnizării celor mai noi tehnici medicale, posibile doar în contextul unei finanțări corespunzătoare.⁶

Fraza ridică și o problemă ce tinde să depășească posibilitățile unui stat raportat la fenomenul migrației: obligativitatea asigurării resurselor umane necesare, adică prezența acestora la un nivel canti-

⁵ Din această perspectivă, se pune întrebarea în ce măsură Proiectul unei noi legi a sănătății - Vlădescu (devenit ulterior, cu mici modificări, Proiectul Cepoi) respecta aceste principii în condițiile în care era vizată privatizarea sistemului social de asigurări sociale de sănătate?

⁶ Este drept, combinația dintre calitate și eficiență poate fi interpretată și într-un sens limitativ raportat la noile tehnici și tehnologii medicale, eficiența putând fi folosită ca argument împotriva costurilor acestor tehnologii.

tativ și calitativ care să asigure servicii medicale suficiente în condițiile unor înalte standarde de calitate. Migrația personalului medical aduce cu sine deficit de personal și, mai ales, un deficit de competențe,⁷ fapt care afectează în mod direct calitatea serviciilor medicale furnizate populației.

(4).b) „*transpunerea prezentei directive în legislația națională și aplicarea acesteia nu ar trebui să conducă la situația în care pacienții sunt încurajați să recurgă la un tratament în alt stat decât cel în care sunt afiliați*”. Observăm aici două aspecte: primul privește necesitatea transunerii Directivei nr. 24/2011 în legislația națională, cunoscut deja din perspectiva ierarhiei și a modului de acțiune a normelor europene, iar cel de-al doilea faptul că sistemul trebuie organizat de așa natură încât să nu conducă la o încurajare directă sau la una implicită a pacienților de a se trata într-un alt stat decât cel de afiliere. Dacă în privința încurajării explicite lucrurile sunt relativ clare, problema o constituie încurajările implicite ale migrației pacienților, care pot deriva din modul de organizare al unui sistem de sănătate. O interpretare a măsurilor de reformă în sensul unei încurajări implicite a migrației pacienților poate fi invocată în condițiile în care măsurile respective sunt luate cu ocazia transunerii prevederilor Directivei în legislația națională. Suplimentar, se pune problema în ce măsură abținerea, respectiv faptul de a nu face nimic în sensul reformelor necesare, constituie o încurajare implicită a migrației pacienților.

(5) „*trebuie plasate în contextul național deciziile cu privire la pachetul asistenței medicale la care au dreptul cetățenii și la mecanismele folosite pentru finanțarea și furnizarea asistenței medicale respective, cum ar fi măsura în care este adecvat să se recurgă la mecanismele de piață și la presiunea concurenței pentru a administra sistemele de sănătate*.” Reținem atât libertatea de opțiune a statelor în ceea ce privește alegerea mecanismelor de finanțare ale sănătății⁸ cât și necesitatea existenței/definirii unui pachet al asistenței medicale la care au dreptul pacienții. În același timp însă, aceste prevederi trebuie interpretate și prin intermediul obligațiilor minime prevăzute în textul Directivei privitoare la nivelul cantitativ și calitativ⁹ al serviciilor medicale din fiecare stat.

(7) „*Prezenta directivă respectă și nu aduce atingere libertății fiecărui stat membru de a decide tipul de asistență medicală pe care îl consideră adecvat*.” Această recunoaștere a libertății statelor membre de a decide modelul de sistem sanitar pe care-l consideră cel mai adecvat trebuie interpretată în contextul unor prevederi ce menționează câteva condiții ce trebuie îndeplinite de sistemele de sănătate.

⁷ Dacă lucrătorii din sănătate pot fi înlocuiți de noile generații de absolvenți (mai ales în condițiile în care raportul dintre numărul absolvenților și numărul noilor intrați în sistem este supraunitar; mai exact, numărul absolvenților este cu mult mai mare decât numărul noilor angajați) nu același lucru se întâmplă și cu setul de competențe în domeniu, grav afectat de faptul că procesul migrației este unul selectiv în materie de competențe.

⁸ Ea poate fi interpretată și ca neimplicare în această problemă. Atitudinea este de înțeles mai ales dacă avem în vedere faptul că această directive este situată mai curând în contextual libertății de circulație a serviciilor și a cetățenilor decât în cel al drepturilor fundamentale ale cetățenilor U.E.

⁹ Din această perspectivă putem considera că Directiva creează premisele unei forme de solidaritate între statele U.E. în ceea ce privește sistemele de asigurări sociale de sănătate.

Obiectivele Directivei

(9) „*Consiliul a recunoscut valoarea deosebită a unei inițiative privind asistența medicală transfrontalieră care să garanteze cetățenilor Uniunii informații clare cu privire la drepturile acestora atunci când se deplasează dintr-un stat membru în altul, în vederea asigurării securității juridice.*” Din perspectiva acestei propoziții, Directiva pare mai curând o măsură necesară de acompaniament a libertății de circulație, întinderea ei fiind puternic legată de această libertate. Formularea pare a nu permite, în principiu, turismul medical, dreptul la îngrijiri de sănătate în alt stat fiind unul contextual. Dacă am considera această interpretare drept una definitivă ar trebui să constatăm că în intenția legiuitorului excepția pare să o constituie situațiile în care un anumit tip de tratament nu poate fi furnizat în țara de origine. Însă, dacă presupunem că un cetățean are dreptul de a obține autorizarea prealabilă pentru a beneficia de rambursarea tratamentului într-un alt stat membru pe motiv de diferențe în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale, atunci suntem îndreptățiți să discutăm de existența unor standarde minime, implicite, în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale în Uniunea Europeană, constituite prin raportare la cel mai înalt nivel calitativ existent într-un serviciu public.¹⁰ Ceea ce indică un domeniu de aplicare mult mai mare al Directivei, enunțat expres în textele citate mai departe.

(10). a. „*Prezenta directivă urmărește să stabilească norme care au ca scop să faciliteze accesul la o asistență medicală transfrontalieră sigură și de înaltă calitate în Uniune și să asigure mobilitatea pacienților în conformitate cu principiile stabilite de Curtea de Justiție, precum și să promoveze cooperarea între statele membre în domeniul asistenței medicale...*”.

După cum putem constata, Directiva asumă crearea cadrului legal pentru:

- Mobilitatea pacienților;
- Accesul la asistență medicală transfrontalieră;
- Servicii medicale sigure și de calitate;¹¹
- Promovarea cooperării între statele membre în domeniul asistenței medicale.

(10). b.*respectând totodată pe deplin responsabilitățile statelor membre în ceea ce privește definirea prestațiilor de securitate socială în domeniul sănătății și în ceea ce privește organizarea și furnizarea de asistență medicală, de îngrijiri medicale și de prestații de securitate socială, în special în caz de boală.*

Interpretarea riguroasă ne conduce la concluzia că drepturile statelor membre¹² sunt limitate la:

- definirea prestațiilor de securitate socială în domeniul sănătății;

¹⁰ De aici și până la faptul că *tratamentul de o anumită calitate nu poate fi furnizat în țara de origine* pare să nu mai fie decât un pas.

¹¹ Interpretarea sistematică a prevederilor Directivei ne conduce la concluzia identității dintre calitatea serviciilor medicale acordate în cadrul asistenței medicale transfrontaliere și calitatea serviciilor medicale din fiecare stat. Devine astfel evident faptul că Directiva cel puțin sugerează, acolo unde nu impune chiar, obligația statelor membre de a face demersurile necesare pentru asigurarea unor standarde de calitate ale serviciilor medicale.

¹² De observat că ele sunt definite ca responsabilități ale statelor în acest domeniu, fapt care ne conduce la concluzia obligativității existenței acestora. Din perspectiva intențiilor de reformă această obligativitate este deosebit de importantă.

- organizarea și furnizarea de:
 - o asistență medicală;
 - o îngrijiri medicale;
 - o prestații de securitate socială în caz de boală.

Domeniul de aplicare

(11). a) „Prezenta directivă ar trebui să se aplice pacienților individuali care decid să solicite asistență medicală într-un alt stat membru decât statul membru de afiliere. Astfel cum s-a confirmat de către Curtea de Justiție, nici natura specială a asistenței medicale și nici modul de organizare sau finanțare a acesteia nu o situează în afara sferei principiului fundamental al libertății de a presta servicii.”

Putem deduce că medicina transfrontalieră are două izvoare juridice:

- libertatea de prestare a serviciilor, asistența medicală făcând și ea parte din categoria largă a acestora;
- libertatea (limitată de autorizarea prealabilă a) pacienților de a decide, în mod individual, locul în care să solicite asistența medicală.

După cum putem observa atât din acest text cât și din interpretarea sistematică a prevederilor Directivei, libertatea serviciilor este mult mai „tare” decât libera opțiune a pacientului. Altfel spus, în măsura în care solicitarea asistenței medicale de către pacient ține de libertatea prestatorului de a acorda servicii medicale, ea tinde să fie permisă. Ceea ce ne conduce la concluzia că, din perspectiva spiritului acestei Directive, interesul firmelor/unităților furnizoare de servicii medicale prevalează intereselor cetățeanului.¹³ Trebuie remarcat faptul că libera circulație a pacienților subzistă ca libertate în măsura în care ea este corelativă liberei circulații a serviciilor și, în plan secundar, liberei circulații a cetățenilor. Altfel spus, libera circulație a pacienților este puternic dependentă de piața serviciilor medicale, prima fiind cu atât mai amplă cu cât contribuie mai mult la satisfacerea unui interes al celei din urmă.

Rambursarea cheltuielilor

(26) Temeiul juridic al acestei reglementări¹⁴ în domeniu îl constituie câteva hotărâri anterioare ale Curții de Justiție a Uniunii Europene, care *au recunoscut dreptul pacienților, în calitate de persoane asigurate, la rambursarea cheltuielilor ocazionate de asistența medicală acordată în alt stat membru, în cadrul sistemului obligatoriu de securitate socială*. Reținem astfel, pentru început, faptul că rambursările au ca punct de reper **sistemul obligatoriu de securitatea socială**,¹⁵ ele putând fi privite și ca o formă de

¹³ Această constare este deosebit de relevantă din perspectiva anumitor strategii în domeniu ale unităților sanitare, ce pot merge de la limitarea dezvoltării în direcția prestării anumitor servicii medicale deosebit de costisitoare, până la măsuri active pentru atragerea pacienților, ultimele putând fi luate în considerare mai ales în sistemele în care unitățile private participă la furnizarea serviciilor sociale. Dacă nivelul de rambursare al costurilor serviciilor medicale este compatibil cu existența unui profit, tendința va fi cu atât mai accentuată.

¹⁴ Am putea spune chiar că acesta este principalul motiv pentru apariția Directivei.

¹⁵ Formula atrage atenția asupra obligației în ceea ce privește existența unui sistem de asigurări sociale, care să includă și Sănătatea, fiind astfel una din mențiunile exprese în favoarea unui sistem social european. Din această perspectivă, putem observa faptul că gestul Președintelui Traian Băsescu de a vorbi de dispariția statului social (în termeni aproximativi), mai exact atacul la statul social pe care l-a întreprins în ultimii 3-4 ani, este în contradicție cu

cooperarea la nivel inter-instituțional între sistemele obligatorii de securitate socială ale diferitelor state.¹⁶ După cum vom vedea, Directiva deschide chiar perspectiva unui grad mai ridicat de armonizare prin posibilitatea adoptării în relațiile bilaterale a sistemului decontărilor.

(26) „Curtea de Justiție a stabilit că dispozițiile tratatului referitoare la libertatea de a presta servicii includ libertatea beneficiarilor de asistență medicală, inclusiv a persoanelor care au nevoie de tratament medical, de a se deplasa în alt stat membru pentru a beneficia acolo de îngrijiri medicale.” Este evident faptul că unul din fundamentele (poate cel mai important) asistenței medicale transfrontaliere îl constituie libertatea de a presta servicii.¹⁷ Ne reține atenția dreptul persoanelor de a se deplasa în alt stat membru pentru a beneficia de servicii medicale,¹⁸ acesta oferind o potențială deschidere a pieții serviciilor medicale pentru cetățenii U.E, afectată însă, după cum vom vedea, de numeroase condiționări și restricții, majoritatea implicite.

(27) Cadrul juridic de aplicare a prevederilor Directivei include și următoarele:

- prevederile trebuie interpretate în conformitate cu principiile stabilite de Curtea de Justiție;
- prevederile trebuie interpretate în sensul în care nu este periclitat echilibrul financiar al sistemelor de asistență medicală și de securitate socială ale statelor membre;¹⁹

Directiva trebuie însă să aibă ca rezultat o mai mare securitate juridică în ceea ce privește rambursarea costurilor asistenței medicale pentru:

- pacienți;
- cadre medicale;
- furnizorii de servicii medicale;

prevederile U.E. în domeniu. Ceea ce naște o întrebare privind natura relațiilor dintre domnia sa și Comisie, Consiliul și Parlamentul U.E. în acest domeniu, respectiv dacă aceste instituții au sesizat această notă discordantă existentă între politica internă și declarațiile privind adeziunea fermă la Uniune, ori ea corespundea unei intenții generale în domeniu a Uniunii, ce n-a apucat încă să fie transpusă în plan juridic.

¹⁶ Ceea ce ar constitui un prim pas (chiar dacă extrem de mic) în direcția unei dorite armonizări a sistemelor sociale și, poate, chiar crearea unui sistem de protecție socială unic. În opinia noastră, mult discutata uniune fiscală ar trebui să vină la pachet cu un pas hotărât în direcția unei armonizări a sistemelor sociale la nivelul U.E.

¹⁷ Fiind construită pe libertatea prestatorului, asistența medicală transfrontalieră este așezată în limitele inerente acestei libertăți. Deoarece este privită în primul rând ca libertate de a presta servicii medicale, ea poate fi îngădită prin intermediul prestatorilor, cel puțin atunci când aceștia sunt în incapacitate (obiectivă, sperăm) de a presta aceste servicii. Problema o constituie modalitatea în care se ivește această incapacitate. În principiu, un stat nu are dreptul de a gestiona sistemul medical aferent celui de asigurării sociale de sănătate astfel încât să genereze în mod voit astfel de incapacități, deoarece o astfel de politică excede spiritului Directivei. Problema se pune în situația în care resursele financiare insuficiente conduc de fapt la o incapacitate obiectivă. Din punctul nostru de vedere este singura variantă aplicabilă României în acest moment. Ceea ce implică însă eforturile pentru evidențierea costurilor reale aferente serviciilor medicale, străduința pentru creșterea nivelului de finanțare și, în final, dimensionarea sistemului de asigurări sociale de sănătate la posibilitățile concrete din punct de vedere financiar.

¹⁸ Efectul posibil al acestui drept fiind desemnat, în mod relativ impropriu, cu formula *turism medical*.

¹⁹ O prevedere foarte largă, ce riscă să genereze abuzuri din partea statelor, determinate de dorința de a-și proteja propriul echilibru financiar. Instrumentul de protecție îl constituie *aprobarea prealabilă*, întinderea acesteia stabilind limitele libertății de circulație. Dacă însă echilibrul financiar al unui stat în acest domeniu este unul așezat pe o diferență radicală între ceea ce sistemul declară în mod oficial că asigură și posibilitățile financiare efective (mult mai mici) atunci este foarte probabil ca el să nu fie în situația de a fi protejat.

- instituțiile de securitate socială.

Punctul (28) al fundamentării trimite la prevederi deja aplicabile în baza altor principii decât cel privitor la libera circulație a serviciilor, în special la cele aferente coordonării sistemelor de securitatea socială la nivelul Uniunii.

(29) În principiu, scopul Directivei este ca pacienții să se bucure și ei de principiul liberei circulații, asemenea libertății circulației serviciilor și cetățenilor. Ca și în cazul celor din urmă, este vorba totuși de o libertate limitată. Trei limite se evidențiază la acest punct:

- referința la statul membru de afiliere în ceea ce privește nivelul minim al rambursării;²⁰
- libertatea statelor membre de a stabili amploarea asigurărilor sociale de sănătate/nivelul de protecție socială în domeniul sănătății;
- prevenirea efectelor considerabile²¹ asupra finanțării sistemelor naționale de asistență medicală.

Evident, ultimele două puncte au un impact semnificativ asupra autorizării prealabile, acesta fiind punctul nodal de protecție în strategia (anticipată) a statului român. Trebuie reținut că în lipsa unor liste de așteptare pentru diferitele afecțiuni, autorizarea prealabilă nu poate fi refuzată pe motivul prevenirii efectelor considerabile asupra finanțării sistemului național de asistență medicală, rambursare costurilor pentru tratamentul făcut în străinătate făcându-se la nivelul costurilor din România.²²

Raportul dintre prevederile directivei și reglementările U.E. privind coordonarea sistemelor sociale²³

(30) Acolo unde există situații în care reglementările U.E. privind coordonarea sistemelor sociale sunt aplicabile, se aplică fie prevederile Directivei fie reglementările U.E. privind coordonarea sistemelor sociale.

²⁰ Această limită consacră o formă de inegalitate între cetățenii U.E., vizibilă în mod flagrant în anumite situații, mai ales ca diferență dintre țările bogate și cele sărace. Astfel, în situația în care doi pacienți din două state diferite se tratează în aceeași unitate sanitară, nivelul costurilor suportate din sistemele sociale/de asigurări sociale de sănătate pentru fiecare dintre ei poate înregistrate diferențe considerabile. (Cu precizarea că această referință are un caracter minimal, fiind la dispoziția statelor membre s-o depășească.)

²¹ De înțelesul termenului *considerabil* depinde amploarea migrației pacienților, acesta constituind una din variabilele ce intervin în acordarea autorizației prealabile.

²² Mai mult chiar, în principiu turismul sindical al pacienților români poate constitui o formă de amânare a cheltuielilor (mai ales dacă avem în vedere rambursarea după perioade mari de timp), adică de detensionare momentană a presiunilor financiare.

²³ Chiar dacă la acest moment prevederile nu sunt aplicabile în cazul României nu excludem posibilitatea ca ele să fie aplicabile într-un viitor apropiat. Având în vedere procesul migrației considerăm că se impune demararea procesului de coordonare a sistemelor de securitate socială în special cu Italia și Spania. Suplimentar, considerăm că procesul de reformă a sănătății ar trebui să țină cont de acest aspect, inclusiv în ceea ce privește modalitatea de finanțare a sănătății, respectiv dimensiunea socială a acesteia.

(31) *Pacienții nu ar trebui să fie privați de drepturile mai avantajoase garantate de reglementările Uniunii privind coordonarea sistemelor de securitate socială, atunci când sunt îndeplinite condițiile pentru acordarea acestora....*

În condițiile în care unui stat îi sunt aplicabile reglementările U.E. privind coordonarea sistemelor sociale, oricărui pacient care solicită autorizația de a beneficia de un tratament adecvat bolii sale în alt stat membru ar trebui să i se acorde întotdeauna această autorizație dacă (condiții cumulative):

- tratamentul în cauză se numără printre prestațiile la care pacientul are dreptul în statul membru de reședință și
- când acest tratament nu poate fi acordat pacientului într-un termen rezonabil din punct de vedere medical, avându-se în vedere:
 - o starea sa actuală de sănătate
 - o evoluția probabilă a acesteia.²⁴

În situația în care reglementările U.E. privind coordonarea sistemelor sociale sunt mai favorabile, statul membru de afiliere trebuie să atragă atenția pacientului asupra acestui lucru. Dacă pacientul solicită în mod expres să beneficieze de tratament în condițiile Directivei prestațiile care se aplică rambursării (în special nivelul rambursării) trebuie să se limiteze la cele aplicabile în temeiul Directivei.

(32) Fie că se aplică prevederile directivei fie reglementările U.E. privind coordonarea sistemelor sociale, pacienții nu trebuie să beneficieze de avantaje financiare de pe urma asistenței medicale acordate într-un alt stat membru, suportarea costurilor sau rambursarea acestora trebuind să fie limitată la costurile efective ale asistenței medicale primite.

Astfel, costurilor efective ale asistenței medicale primite în cadrul asistenței medicale transfrontaliere le sunt aplicabile următoarele situații:

- constituie nivelul de decontare între state în cadrul:
 - o acordurilor ce urmează regimul reglementările U.E. privind coordonarea sistemelor sociale;
 - o acordurilor între state încheiate din perspectiva Directivei nr. 24/2011;
- constituie plafon maxim în cazul rambursării: nivelul rambursării se stabilește în funcție de nivelul costurilor din statul membru de afiliere. Dacă nivelul rambursării pentru serviciul medical este mai mare decât costurile efective ale asistenței medicale primite în alt stat atunci rambursarea se va face la nivelul costurilor efective.

(33) *„Prezenta directivă nu vizează instituirea unui drept la rambursarea costurilor asistenței medicale acordate în alt stat membru în cazul în care o astfel de asistență medicală nu se numără printre prestațiile prevăzute de legislația statului membru de afiliere al persoanei asigurate. Ceea ce ar însemna,*

²⁴ Observăm faptul că în discuție este în principal capacitatea statului membru de reședință de a acorda acel serviciu medical într-un orizont de timp rezonabil și nu capacitatea financiară a acestuia. De asemenea, remarcăm faptul că un punct de vedere deosebit de important în acordarea autorizării prealabile în vederea accesării tratamentului dintr-un alt stat membru îl are corpul medical, prin intermediul diferitelor sale instituții: organismele profesionale (în special Colegiul Medicilor), Comisiile de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății (care tind însă să reflecte mai curând punctul de vedere al statului), corpul experților din sănătate etc.

per a contrario că Directiva vizează rambursarea costurilor asistenței medicale acordate în alt stat membru în cazul în care o astfel de asistență medicală se numără printre prestațiile prevăzute de legislația statului membru de afiliere al persoanei asigurate. Cu observația că nașterea acestui drept este condiționată de îndeplinirea anumitor condiții, autorizarea prealabilă fiind una din cele mai importante.²⁵

„De asemenea, prezenta directivă nu ar trebui să împiedice statele membre să își extindă regimul de prestații în natură la asistența medicală acordată într-un alt stat membru.” Destul de probabil, este vorba de situația în care unele state înțeleg să încheie convenții prin care acordă reciproc servicii medicale cetățenilor lor. În măsura în care ipoteza se verifică, putem vorbi de un al treilea mecanism, *prestațiile în natură*, care completează mecanismul *rambursării* și pe cel al *decontării*.

Reținem, suplimentar, faptul că *„statele sunt libere să își organizeze sistemele de asistență medicală și de securitate socială astfel încât să stabilească dreptul de a beneficia de tratament la nivel regional sau local”* drept un alt izvor de posibile condiționări în ceea ce privește acordarea autorizării prealabile.

(34) *„Statele membre de afiliere ar trebui să le acorde pacienților dreptul de a beneficia, în alt stat membru, de cel puțin aceleași prestații ca și cele oferite de legislația statului membru de afiliere”.* În primul rând este evidentă cunoașterea de către fiecare stat membru a nivelului prestațiilor aplicabile în fiecare din statele membre. Ceea ce presupune atât un vast sistem informatic cât și un grad suficient de transparență în acest domeniu, respectiv corespondența dintre „promisiunile legale” (prevederile legale) și posibilitățile concrete ale sistemului. Suplimentar, stabilirea dreptului pacientului la prestațiile medicale într-un alt stat pornește de la un nivel minim reprezentat de **nivelul prestațiilor** din țara de origine/statul membru de afiliere, Directiva admitând posibilitatea unor diferențe de tratament care, în principiu, ar trebui „omologate”. Acest proces de „omologare” trebuie să facă subiectul autorizării prealabile; motiv pentru care considerăm că procedura de autorizare prealabilă trebuie să includă și criteriile de analiză și mecanisme procedurale specifice acestei „omologări”.

Îngrădirea dreptului la rambursarea costurilor serviciilor medicale²⁶

(11) b) *„...statul membru de afiliere poate alege să limiteze rambursarea asistenței medicale transfrontaliere din motive legate de calitatea și siguranța asistenței medicale acordate, în situația în care acest lucru poate fi justificat de motive imperative de interes general legate de sănătatea publică. Statul membru de afiliere poate lua și alte măsuri, în temeiul altor considerente, în cazul în care acestea pot fi justificate de astfel de motive imperative de interes general. Într-adevăr, Curtea de Justiție a decis că protecția sănătății publice se numără printre motivele imperative de interes general care pot justifica restricționări ale liberei circulații prevăzute în tratate.”*

²⁵ Reținem însă faptul că autorizarea prealabilă este instituită pentru a proteja interesele statului în anumite condiții bine precizate și doar pentru o anumită categorie de servicii medicale (e drept, cea mai importantă).

²⁶ Considerăm că îngrădirea dreptului la rambursarea costurilor serviciilor medicale prestate într-un alt stat membru, manifestată de statul membru de afiliere, constituie o formă de îngrădire a dreptului de circulație a pacienților, însă una care vizează extinderea protecției sociale acordate de către statul membru de afiliere, nu și posibilitatea cetățeanului de-a apela la propriile mijloace financiare pentru a plăti costurile de tratament într-un alt stat membru.

Situațiile în care statul membru de afiliere poate acționa pentru îngrădirea libertății pacienților de a-și alege statul în care să beneficieze de servicii medicale, prin limitarea rambursării asistenței medicale transfrontaliere, sunt următoarele:

- *din motive legate de calitatea și siguranța asistenței medicale acordate*; ceea ce ne duce cu gândul la posibilitatea unui stat membru de a îngădi libera circulație a pacienților invocând motive de siguranță (ex. epidemii, practici nepotrivite etc.) sau de calitate scăzută a serviciilor medicale prestate în alt stat. Cu alte cuvinte, dacă un stat nu dorește „să piardă” pacienții propriului sistem este suficient să invoce motive de calitate.²⁷
- *motive imperative de interes general legate de sănătatea publică*. Unul din aceste motive îl constituie *protecția sănătății publice*, așa cum a stabilit Curtea. În aceste condiții se pune problema sensului pe care-l poate avea *protecția sănătății publice*. Spre exemplu, dacă se constată ivirea unui mecanism de genul celui invocat mai sus, în cadrul căruia are loc o spoliere a bugetului alocat sănătății, ce riscă să afecteze posibilitățile statului de asigurare a serviciilor de sănătate către proprii cetățeni, poate fi invocată *protecția sănătății publice* ca motiv pentru limitarea rambursărilor?! Punctul 12 considerăm că aduce o oarecare lumină în această problemă, motiv pentru care-l redăm în întregime.

(12) „Conceptul de „motive imperative de interes general” la care se face trimitere în anumite dispoziții din prezenta directivă a fost elaborat de către Curtea de Justiție în jurisprudența sa în legătură cu articolele 49²⁸ și 56²⁹ din TFUE și ar putea evolua în continuare. Curtea de Justiție a afirmat în

²⁷ O astfel de situație ridică două tipuri de probleme:

- Standardele existente în domeniu, respectiv nivelul de raportare. Adică, pentru ca un stat să poată invoca absența calității serviciilor medicale el trebuie să indice încălcarea unor standarde minime de calitate acceptate la nivelul U.E.. Ceea ce conduce la necesitatea creării unor astfel de standarde.
- Asimetria dintre statele bogate și cele sărace din U.E. în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale, ea fiind de obicei guvernată de regula: *calitatea este direct proporțională cu resursele alocate*. Ceea ce ne conduce la următoarea situație probabilă: statele bogate (adică statele care au un nivel ridicat al calității serviciilor medicale) vor fi mult mai îndreptățite să invoce calitatea ca motiv pentru a restrânge libertatea propriilor cetățeni de a se trata în statele mai sărace, în timp ce statelor sărace nu le este accesibil un astfel de motiv. Rezultatul îl va constitui o asimetrie în circulația pacienților, respectiv nu va exista un aflus de pacienți către statele sărace din alte state membre, dar vor putea pleca pacienți către statele bogate. În cazul unor tratamente ce nu pot fi aplicate în statul membru de afiliere, diferența de cost între tratarea pacienților în propriul sistem (pentru afecțiuni similare ca nivel de dificultate) și tratarea lor în sistemele occidentale va împovăra și mai mult bugetele țărilor sărace, accentuând problemele și riscând să genereze un adevărat *cerc vicios al calității*. Acest mecanism va primi un impuls suplimentar și din partea migrației cadrelor medicale, salariile mai mari din sistemele de sănătate occidentale accentuând deficitul de competențe din statele sărace, deci contribuind continuu la scăderea calității.

²⁸ TFUE, Articolul 49 În conformitate cu dispozițiile care urmează, sunt interzise restricțiile privind libertatea de stabilire a resortisanților unui stat membru pe teritoriul altui stat membru. Această interdicție vizează și restricțiile privind înființarea de agenții, sucursale sau filiale de către resortisanții unui stat membru stabiliți pe teritoriul altui stat membru. Libertatea de stabilire presupune accesul la activități independente și exercitarea acestora, precum și constituirea și administrarea întreprinderilor și, în special, a societăților în înțelesul articolului 54 al doilea paragraf, în condițiile definite pentru resortisanții proprii de legislația țării de stabilire, sub rezerva dispozițiilor capitolului privind capitalurile.

numeroase ocazii că motive imperative de interes general pot justifica o barieră în calea principiului libertății de a presta servicii, cum ar fi cerințele de planificare referitoare la asigurarea unui acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente de înaltă calitate în statul membru în cauză sau la dorința de a controla costurile și de a evita, pe cât posibil, orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane. În mod similar, Curtea de Justiție a recunoscut că obiectivul asigurării unui serviciu medical și spitalicesc echilibrat și accesibil tuturor poate face, de asemenea, obiectul uneia dintre derogările, din motive de sănătate publică, prevăzute la articolul 52³⁰ din TFUE, în măsura în care contribuie la atingerea unui nivel ridicat de protecție a sănătății. De asemenea, Curtea de Justiție a stabilit că respectiva dispoziție a TFUE permite statelor membre să limiteze libera prestare a serviciilor medicale și spitalicești în măsura în care menținerea unei capacități de tratament sau a unei competențe medicale pe teritoriul național este esențială pentru sănătatea publică.”

În ceea ce privește motivele de interes general reținem faptul că pot fi invocate următoarele:

- *Cerințele de planificare referitoare la asigurarea unui acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente de înaltă calitate în statul membru în cauză.* Altfel spus, controlul accesului la servicii medicale de înaltă calitate, având în vedere faptul că acestea pot constitui principala atracție pentru „turismul medical”.
- *Dorința de a controla costurile și de a evita, pe cât posibil, orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane.* În principiu, dorința de control a costurilor ar putea fi invocată de orice stat care riscă să fie într-o situație de pierderi semnificative în noul context, diferența dintre costurile serviciilor medicale similare putând fi interpretată ca risipă de resurse financiare. În condițiile în care este vorba de suportarea unor costuri identice indiferent de statul membru în care pacientul se tratează, putem vorbi de o limitare semnificativă a acestei posibilități.
- *Obiectivul asigurării unui serviciu medical și spitalicesc echilibrat și **accesibil tuturor**, în măsura în care contribuie la atingerea unui nivel ridicat de protecție a sănătății, raportat la prevederile art. 52 din TFUE.* Altfel spus, dacă afluxul mare de pacienți străini riscă să afecteze capacitatea unui sistem de sănătate de a asigura serviciile medicale propriilor cetățeni, statul în cauză poate interveni cu măsuri ce pot limita accesul pacienților din alte state membre. Dacă în cazul pacienților care doresc să se trateze într-un alt stat mecanismele de acțiune sunt cele aferente autorizării prealabile, în cazul statului de destinație sunt dificil de identificat mecanismele legale de acțiune care nu riscă să afecteze libertăți fundamentale ale cetățeanului.
- *Menținerea unei capacități de tratament sau a unei competențe medicale pe teritoriul național este esențială pentru sănătatea publică.* În această ipoteză, dacă „migrația pacienților” riscă să

²⁹ TFUE, Articolul 56 În conformitate cu dispozițiile ce urmează, sunt interzise restricțiile privind libera prestare a serviciilor în cadrul Uniunii cu privire la resortisanții statelor membre stabiliți într-un alt stat membru decât cel al beneficiarului serviciilor. Parlamentul European și Consiliul, hotărând în conformitate cu procedura legislativă ordinară, pot extinde beneficiul dispozițiilor prezentului capitol la prestatorii de servicii care sunt resortisanți ai unui stat terț și sunt stabiliți în cadrul Uniunii.

³⁰ TFUE Articolul 52 (1) Prevederile prezentului capitol și măsurile adoptate în temeiul acesteia nu aduc atingere aplicării actelor cu putere de lege și actelor administrative care prevăd un regim special pentru resortisanții străini din motive de ordine publică, siguranță publică și sănătate publică.

(2) Parlamentul European și Consiliul, hotărând în conformitate cu procedura legislativă ordinară, adoptă directive privind coordonarea dispozițiilor menționate anterior.

afecteze menținerea unei capacități de tratament,³¹ statul membru de afiliere poate refuza acordarea autorizației prelabile pe acest motiv.

Reținem însă și posibilitatea evoluției în continuare a conceptului „motivele de interes general” prin intermediul jurisprudenței Curții, raportat la cazurile concrete ce se vor ivi după intrarea în vigoare a Directivei. De aceea, putem considera că sensul prevederilor acesteia nu este încă unul stabil în ceea ce privește gradele de libertate de care se bucură pacienții din diferitele țări ale U. E., respectiv nivelul obligațiilor statelor membre.

Sintetizând, după cum putem observa, punctele 11 și 12 tratează două perspective diferite:

- a) **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.
- b) **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.

Ceea ce înseamnă că libera circulație a pacienților poate fi limitată/îngrădită atât de statul membru de afiliere cât și de cel în care intenționează să se facă tratamentul. Descoperirea acestor limite și buna încadrare în ele face parte din efortul necesar pentru transpunerea prevederilor Directivei în legislația națională și din strategia tuturor organismelor interesate de a-și descoperi noi oportunități.

13. *„Este clar că obligația rambursării costurilor asistenței medicale transfrontaliere ar trebui să se limiteze la asistența medicală la care persoana asigurată are dreptul în conformitate cu legislația statului membru de afiliere.”* Nivelul serviciilor medicale de care pacientul poate beneficia în propria-i țară constituie punctul de reper în ceea ce privește rambursarea costurilor pentru serviciile medicale prestate în alte state ale U. E.

În continuare, punctele 14 și 15 din Fundamentare reglementează excepțiile de la prevederile prezentei Directive, respectiv excluderile, acestea fiind următoarele:

- Serviciile de îngrijire pe termen lung furnizate:
 - o La domiciliul pacienților;
 - o În unitățile de asistență socială specializate;
 - o În casele de îngrijire.

³¹ Dacă procesul este unul de amploare, el are drept consecință afectarea capacității de tratament a unui stat prin următorul mecanism: scăderea semnificativă a adresabilității unui serviciu combinată cu prevalența principiului eficienței și cu interesul pentru economii financiare poate determina dispariția serviciului respectiv.

- Accesul la organe în cadrul transplantului de organe.

Excluderea serviciilor pe termen lung poate ridica o serie de probleme izvorâte din diferențele de proceduri dintre statele membre. Spre exemplu, sistemul românesc este caracterizat de o durată de spitalizare mare și un nivel destul de redus al serviciilor adiționale de îngrijire pe termen lung. În condițiile în care acesta este considerat standardul în domeniu la nivel național, în procesul schimburilor de pacienți și servicii prilejuit de prezenta Directivă se vor ivi câteva dificultăți de „omologare” a serviciilor medicale între statele membre, având în vedere durata variabilă a acestora.

Punctele 16 și 17 stabilesc condițiile aplicabile prescripțiilor farmaceutice și de materiale sanitare adiacente asistenței medicale transfrontaliere, respectiv faptul că Directiva trebuie să lămurească mai multe tipuri de situații:

- Prescrierea medicamentelor și achiziționarea acestora în țara în care sunt furnizate serviciile medicale;
- Prescrierea medicamentelor în altă țară și achiziționarea acestora în statul membru de afiliere;
- Prescrierea medicamentelor în altă țară (ex. una în care pacientul beneficiază de servicii medicale) și achiziționarea acestora într-o terță țară.

Limite în care operează prevederile Directivei: încălcarea prevederilor privitoare la libera circulație

(18) „Prezenta directivă nu ar trebui să confere nici unei persoane dreptul de intrare, ședere sau reședință într-un stat membru pentru a primi asistență medicală în statul respectiv. În cazul în care șederea unei persoane pe teritoriul unui stat membru nu respectă legislația statului membru respectiv cu privire la dreptul de intrare sau de ședere pe teritoriul acestuia, această persoană nu ar trebui considerată persoană asigurată în conformitate cu definiția prevăzută în prezenta directivă. Statele membre ar trebui să fie în continuare în măsură să specifice în legislația națională cine este considerat persoană asigurată în sensul sistemului lor public de asistență medicală și al legislației în materie de securitate socială, atâta vreme cât sunt garantate drepturile pacienților stabilite în prezenta directivă.”

Dreptul la asistență medicală transfrontalieră este, din punctul de vedere al cetățeanului, un drept accesoriu libertății de circulație, fiind ținut de limitele celui din urmă. El nu poate fi transformat în drept principal, respectiv în drept care să motiveze stabilirea într-o țară U.E. Fiind un drept accesoriu, dreptul la asistență medicală împărtășește soarta dreptului principal: dacă dreptul la intrare sau ședere pe teritoriul unui stat este afectat, atunci și dreptul la accesarea serviciilor medicale³² sau la rambursarea costurilor aferente acestora va fi afectat. Observăm faptul că sancțiunea este „această persoană nu ar trebui considerată asigurată”, ceea ce are următoarele efecte: persoana poate accesa serviciile medicale, însă contra cost, fără a beneficia de rambursarea costurilor și ea poate totodată accesa serviciile de urgență (echivalentul pachetului minim); eventual și acestea din urmă contra cost, deoarece pachetul minim este aferent unei persoane cu drept legal de ședere, însă care nu este asigurată. Or, în acest caz este vorba de ipoteza în care un cetățean a încălcat prevederile privitoare la intrarea, șederea sau reședința în alt stat, acel stat având dreptul la anumite sancțiuni. În cauză sunt de fapt operante două statute simultane: statutul de rezident ilegal în țara în care se află și statutul de cetățean al statului de origine. Pentru a nu exista o situație de conflict între consecințele celor două statute din perspectiva asigurărilor sociale de sănătate ar trebui ca și în statul de origine să existe prevederi clare privitoare la situația cetățenilor săi care se găsesc în astfel de situații. Fundamentarea sugerează faptul că o persoană care încalcă limitele libertății de circulație nu mai este persoană asigurată. Însă statutul de persoană asigurată este derivat în principal din statutul pe care-l are cetățeanul în propria țară. Ceea ce înseamnă că suntem în situația în care încălcarea unei prevederi legale dintr-o altă țară ar putea fi sancționată în țara de

³² Servicii medicale corelative nivelului de servicii medicale de care ar fi avut dreptul în țara de origine. Această ipoteză este una slabă, fiind mult mai probabilă (și mai firească) situația în care pacientul poate accesa aceste servicii medicale, însă cu suportarea costurilor. Ea poate deveni o ipoteză tare în situațiile în care este operantă decontarea, deci atunci când există înțelegeri între cele două state pe acest domeniu. Chiar și în această variantă, cetățeanul ar avea aceleași drepturi precum orice cetățean neasigurat din țara în care se află. Ipoteza contrară conduce la o concluzie inacceptabilă, respectiv refuzul accesului la servicii medicale ca sancțiune pentru încălcarea prevederilor privitoare la intrare, ședere sau reședință în acel stat, putându-se considera că suntem într-o situație de încălcare a drepturilor omului.

origine; suplimentar, această sancțiune vizează un drept care, în principiu, nu poate fi afectat de sancțiuni (spre exemplu, chiar și un deținut are dreptul la asistență medicală; ceea ce înseamnă că o persoană care încalcă limitele libertății de circulație ar fi într-o situație mai proastă decât un deținut).

Altfel spus, când o persoană se află în situația de a fi încălcat limitele libertății de circulație, problema suportă următoarele perspective:

- **Accesul la pachetul minim de servicii medicale** – este corelativ calității de cetățean, deci, în principiu acesta nu poate fi pierdut. Se pune însă problema dacă în cazul acestui pachet (sau cel puțin a anumitor servicii din acest pachet) se aplică *principiul teritorialității*, având în vedere gradul lor de adaptare la necesitățile specifice unei țări. Altfel spus, un cetățean român (spre exemplu) poate beneficia de pachetul minim doar în condițiile în care se află pe teritoriul României? Două soluții sunt posibile:
 - o **Răspunsul DA:** un cetățean român poate beneficia de pachetul minim doar în condițiile în care se află în România - conduce la ideea unei limite în ceea ce privește pachetul minim. În acest caz se pune problema influențelor Directivei asupra pachetului minim, respectiv dacă ea vizează și aceste servicii sau doar pe cele derivate din calitatea de asigurat. Pentru a ne lămuri ar trebui să vedem ce este pachetul minim de servicii medicale. În acest sens reținem faptul că acesta suportă două definiții:
 - Definirea în funcție de sursa de finanțare: pachetul minim este finanțat de către stat.³³ A nu se înțelege că tot ceea ce este finanțat de stat face parte din pachetul minim și nici că nu poate intra în pachetul minim ceva ce nu este finanțat de la bugetul de stat.
 - Definirea prin diferența specifică: pachetul minim reprezintă acel pachet de servicii de care beneficiază toți cetățenii, inclusiv cei neasigurați. Din această perspectivă vedem posibile două tipuri de situații:
 - Cetățenii asigurați – care beneficiază de efectele Directivei în acest plan, serviciile din pachetul minim fiind cumva înglobate în pachetul de bază de servicii medicale.
 - Cetățenii neasigurați – singurii pentru care problema beneficierii de pachetul minim în alt stat se pune într-un mod veridic.
 - o **Răspunsul NU**, care conduce la ideea că un cetățean român are dreptul la pachetul minim și când se află pe teritoriul altui stat.
- **Accesul la pachetul de bază de servicii medicale** - din perspectiva Directivei nr. 24/2011 un cetățean care are dreptul la serviciile medicale din pachetul de bază din statul membru de afiliere are dreptul la aceste servicii în oricare stat al Uniunii.³⁴ Problema se pune

³³ Este o definiție teoretică, ce nu acoperă întotdeauna realitatea. Faptul că unele programe naționale sunt finanțate de către Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate (sau au fost finanțate astfel) conduce la ideea că nu întotdeauna și nu întru totul pachetul minim este finanțat de către stat.

³⁴ Dreptul lui se concretizează prin faptul că are dreptul să fie primit ca pacient într-o unitate sanitară sub trei forme:

dacă în momentul în care încalcă prevederile legale privind intrarea, șederea sau reședința din statul în care ajunge pierde aceste drepturi. Textul fundamentării sugerează că **le pierde**. Însă natura drepturilor cetățeanului este mai complicată, ele fiind tot timpul opozabile statului din care provine. Interpretarea riguroasă a relațiilor dintre cetățean și statul membru de afiliere în ceea ce privește drepturile privitoare la serviciile medicale raportat la Directivă pare să sugereze următoarele: întinderea obligațiilor statului față de propriul cetățean în acest domeniu depășește teritoriul național extinzându-se la tot spațiul U.E., cu excepția situațiilor în care cetățeanul se află ilegal pe teritoriul unui stat. Chiar și în această situație obligația se păstrează, însă ea este mai curând lipsită de eficiență, neputând fi onorată (adică se suspendă onorarea ei). Altfel spus, nu vorbim de o sancțiune, ci de ineficiența unei prevederi.

Fundamentarea Directivei sugerează astfel, la acest punct, necesitatea clarificării prin legislația națională a eventualelor conflicte de interpretări, clarificări ce ar trebui aduse prin intermediul definiției asiguratului, o definiție care să acopere și situațiile create de accesul transfrontalier la serviciile medicale.

Accesul la informațiile medicale

(19) Accesul pacientului la informațiile despre normele aplicabile asistenței medicale în statul în care dorește să se trateze este esențial, Directiva construind un adevărat sistem de informare a pacientului.³⁵ Chiar dacă normele ce guvernează acordarea serviciilor medicale la nivelul unui stat sunt la dispoziția aceluia stat, ele trebuie să îndeplinească câteva condiții esențiale în ceea ce privește informațiile:

- să ajute pacientul să facă o alegere în cunoștință de cauză;³⁶
- să permită evitarea interpretărilor eronate și neînțelegerile;
- să permită stabilirea unui nivel ridicat de încredere între pacient și furnizorul de servicii medicale.

Modul general în care sunt formulate aceste **obligații de rezultat** permite o serie de interpretări în ceea ce privește întinderea *de facto* a obligațiilor fiecărui stat. Suplimentar, remarcăm faptul că respectarea acestor prevederi raportat la un pacient dintr-un alt stat membru necesită modificări structurale ale unui sistem sanitar, sub aparența respectului dreptului fiecărei țări la a-și organiza propriul sistem de sănătate prezenta Directivă stipulând de fapt o serie de principii și prevederi aplicabile tuturor state-

-
- Urgență;
 - Contra cost – va beneficia în țara sa de rambursarea sumelor pe care le plătește;
 - Gratuit – dacă este funcțională decontarea între state.

³⁵ Sistem de informare ce constituie, la rândul lui, baza pentru o colaborarea mult mai profundă în domeniul asistenței medicale la nivelul U.E.

³⁶ În principiu, subiecții în favoarea cărora sunt emise aceste prevederi sunt pacienții proveniți dintr-un alt stat membru. Însă deoarece nu poate fi concepută o situație mai favorabilă în acest sens pentru pacienții din alt stat membru față de pacienții din propriul stat, considerăm că toate aceste prevederi sunt aplicabile și pacienților din propriul stat, ele trebuind astfel să fie introduse în legislația națională odată cu transpunerea prevederilor Directivei.

lor.³⁷ Dincolo de eforturile necesare pentru depășirea barierelor lingvistice,³⁸ importantă este atât constituirea canalelor de informații cât și, mai ales, a standardelor de funcționare la care se referă aceste informații. Altfel spus, condițiile ce trebuie îndeplinite trebuie interpretate atât din perspectiva informațiilor necesar a fi puse la dispoziție, cât și din punctul de vedere al standardelor de funcționare pe care acestea îl prezumă.³⁹

Cunoașterea normelor aplicabile, amintită la acest punct, anulează posibilitatea disjunției actuale dintre normele legale în domeniu (exemplu: serviciile medicale de care poate beneficia, în principiu, un asigurat) și posibilitățile concrete ale sistemului. Spre exemplu, unui cetățean străin nu-i sunt opozabile (sau nu-i sunt opozabile fără consecințe) lipsurile financiare ale unităților sanitare manifestate atât prin intermediul absenței medicamentelor și materialelor sanitare necesare tratamentului cât și prin atitudinea personalului nemulțumit de nivelul de salarizare și care „protestează” cumva pe seama pacienților.

(20) Obligația de a pune la dispoziție informații pacienților din alte state aduce cu sine și obligația implicită privitoare la existența:

- *standardelor de siguranță și de calitate;*
- *informațiilor privind furnizorii de servicii medicale cărora li se aplică aceste standarde.*⁴⁰

La rândul lor, furnizorii de servicii medicale au obligația să pună la dispoziția pacienților, la cerere, informațiile privind:

- Aspectele specifice ale serviciilor medicale pe care le oferă;
- Opțiunile de tratament.⁴¹

Dacă există deja o asemenea procedură funcțională de informare a pacienților, ea este aplicabilă și pacienților ce provin din alte state membre.

Prin decizia statului, obligația oferirii acestor informații poate fi transferată instituțiilor statului sau asiguratorilor.⁴² Însă chiar și în acest caz trebuie să existe procedurile corespunzătoare la nivelul furnizorilor de servicii medicale.

³⁷ Aproape de fiecare dată obligația de diligență (în locul celei de rezultat) trimite în cadrul Directivei la măsuri concrete pe care fiecare stat trebuie să le ia în raport cu propriul său sistem sanitar.

³⁸ Și ele parte a modificărilor ce trebuie făcute din perspectiva acestei Directive.

³⁹ Iarși, libertatea statului de a-și organiza conform propriilor norme activitatea sanitară este limitată de obligația de-a crea standarde minime de funcționare și mecanisme transparente.

⁴⁰ Singurul sistem care ar putea satisface cel puțin o parte din cerințele de standardizare și certificare a calității și siguranței, îl constituie acreditarea unităților sanitare de către CoNAS. Însă și procedura acreditării este la momentul actual deficitară, ea trebuind completată prin intermediul introducerii obligativității acreditării pentru toate unitățile sanitare, prin introducerea unor efecte în plan juridic și financiar ca efect al rezultatului evaluării, prin adaptarea standardelor de acreditare a unităților sanitare la cele existente la nivel internațional, prin eliminarea suspiciunilor de lipsă a obiectivității în cazul unora din vizitele de evaluare etc. Suplimentar, este necesară verificarea modalității de așezare a procedurilor de evaluare și monitorizare (monitorizarea fiind absentă în procesul acreditării și menținerii acesteia) raportat la cele două dimensiuni: *standardele de siguranță și standardele de calitate*.

⁴¹ Spre exemplu, opțiunile de tratament necesită o modalitate de standardizare la nivelul fiecărei unități sanitare, realizabilă în principiu prin intermediul protocoalelor de practică.

Obligațiile privitoare la calitatea serviciilor medicale

(21) a. În concluziile sale, Consiliul a recunoscut că **există un ansamblu de valori și principii comune, valabile în întreaga Uniune, cu privire la modul în care sistemele de sănătate răspund nevoilor populației și ale pacienților pe care îi deservesc. Valorile generale ale universalității, ale accesului la îngrijiri de bună calitate, ale echității și solidarității au fost recunoscute la scară largă în cadrul activităților diferitelor instituții ale Uniunii.**⁴³(s.n.)

Aceste valori trebuie respectate (și) în ceea ce privește pacienții și cetățenii din alte state membre, aceștia trebuind să beneficieze de un tratament echitabil, orientat mai curând în funcție de necesitățile acestora în materie de asistență medicală decât în funcție de statul de apartenență.⁴⁴ În acest sens, statele membre trebuie să respecte următoarele principii:

- principiul liberei circulații a persoanelor în cadrul pieței interne;
- principiul nediscriminării, printre altele cu privire la naționalitate;
- principiul necesității și al proporționalității oricăror restricții cu privire la libera circulație.⁴⁵

Limitarea restricțiilor nu trebuie interpretată însă în sensul creării unor obligații care ar conduce la agravarea situației din sistemul sanitar al unui stat în sensul diminuării considerabile a capacității acestuia de acordare a serviciilor medicale. Spre exemplu, furnizorii de servicii medicale nu pot fi obligați să accepte furnizarea tratamentului planificat pacienților provenind din alte state membre sau să acorde prioritate acestora în detrimentul altor pacienți, de exemplu prin prelungirea termenului de așteptare pentru tratamentul acordat altor pacienți.⁴⁶

Dacă fluxurile de pacienți creează o cerere ce depășește capacitățile existente într-un stat membru pentru un anumit tip de tratament, statul membru poate invoca motivele de sănătate publică pentru a lua măsuri de limitare a acelor fluxuri, în conformitate cu articolele 52 și 62 din TFUE.⁴⁷ Posibilitățile

⁴² Dacă sistemul va păstra actuala structură de organizare, principalii actori în culegerea și oferirea informațiilor de acest gen ar trebui să fie Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Ministerul Sănătății. Lor li se adaugă CoNAS, ca instituție însărcinată cu monitorizarea respectării de către unitățile sanitare a unor standarde de sănătate. Organismele profesionale ar trebui să facă și ele parte din acest sistem al oferirii informațiilor relevante pentru pacienții străini, în măsura în care statul le-a cedat atribuții în acest domeniu.

⁴³ Am reluat aceste prevederi, expuse deja în prima secțiune din această parte a studiului, din cauza importanței acestora și a afectelor multiple pe care le au în planuri diferite, respectiv în planul politicilor de sănătate ale unui stat și din perspectiva introducerii unor standarde minime de calitate ale serviciilor medicale.

⁴⁴ Ar trebui deslușit în ce măsură asistăm la acest punct la o excepție de la *principiul nivelului de servicii din statul de origine* la care are dreptul un pacient care se tratează într-un alt stat. Interpretarea pe care o dăm este aceea că respectarea acestui principiu regulator în ceea ce privește rambursarea/decontarea serviciilor medicale nu trebuie să afecteze necesitățile concrete de servicii medicale ale pacientului.

⁴⁵ Am putea interpreta acest principiu în sensul unor limitări ale restricțiilor privitoare la libera circulație având ca temei protecția propriilor sisteme de sănătate.

⁴⁶ Pentru acele tipuri de servicii medicale pentru care un stat are liste de așteptare, în principiu, pacienții dintr-un alt stat nu pot accede la înscrierea pe acele liste deoarece asta ar putea conduce la afectarea cetățenilor din statul respectiv.

⁴⁷ TFUE, Articolul 62 (Secțiunea Serviciile)

Dispozițiile articolelor 51–54 se aplică domeniului reglementat de prezentul capitol. (N.a. Este vorba de conectarea libertății de circulație a serviciilor cu cea de circulație a cetățenilor.)

(Cap. 2, **Dreptul de stabilire**)

de intervenție sunt însă limitate de obligația respectării prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială. Reținem astfel prezumția de afectare a calității serviciilor medicale dintr-un stat în cazul în care se ivesc fluxuri mari de pacienți către acel stat.

(22) „Ar trebui depuse eforturi sistematice și continue pentru a asigura îmbunătățirea standardelor de calitate și siguranță în conformitate cu concluziile Consiliului și ținând seama de progresele înregistrate în știința medicală internațională și de bunele practici medicale recunoscute la nivel general, precum și de noile tehnologii din domeniul sănătății.”

Raportat la acest punct două întrebări sunt fundamentale: 1) Este vorba de o obligație de diligență sau de una de rezultat? 2) Această obligație este aplicabilă în mod unitar tuturor statelor membre? Răspunsul la aceste întrebări poate fi furnizat de o interpretare sistematică a Directivei (și, suplimentar, a TFUE). În principiu, considerăm că statele membre au cel puțin o obligație de diligență⁴⁸ în ceea ce privește stabilirea unor standarde de calitate ale serviciilor medicale. Chiar dacă Directiva pare a sugera că ea are caracter obligatoriu din perspectiva raporturilor cu cetățenii/pacienți proveniți din alte state membre, numeroasele prevederi privitoare la egalitatea de tratament (aplicabilă în raporturile dintre pacienții din propriul stat și cei proveniți din alt stat membru) conduc la concluzia că ele trebuie considerate obligații în raport cu toți pacienții. Ceea ce ne conduce la concluzia că **Directiva 24/2011 stabilește cel puțin obligații de diligență în ceea ce privește fixarea unor standarde de calitate a serviciilor medicale prestate în sistemul sanitar românesc**. Concluzia este cu atât mai mult justificată dacă acceptăm ipoteza unor diferențe în minus față de alte state în privința calității.

Articolul 51 Sunt exceptate de la aplicarea dispozițiilor prezentului capitol, în ceea ce privește statul membru interesat, activitățile care sunt asociate în acest stat, chiar și cu titlu ocazional, exercitării autorității publice.

Parlamentul European și Consiliul, hotărând în conformitate cu procedura legislativă ordinară, pot excepta anumite activități de la aplicarea dispozițiilor prezentului capitol.

Articolul 52

(1) Prevederile prezentului capitol și măsurile adoptate în temeiul acestuia nu aduc atingere aplicării actelor cu putere de lege și actelor administrative care prevăd un regim special pentru resortisanții străini din motive de ordine publică, siguranță publică și sănătate publică.

(2) Parlamentul European și Consiliul, hotărând în conformitate cu procedura legislativă ordinară, adoptă directive privind coordonarea dispozițiilor menționate anterior.

Articolul 53

(1) În vederea facilitării accesului la activitățile independente și a exercitării acestora, Parlamentul European și Consiliul, hotărând în conformitate cu procedura legislativă ordinară, adoptă directivele privind recunoașterea reciprocă a diplomelor, certificatelor și a altor titluri oficiale de calificare, precum și privind coordonarea actelor cu putere de lege și a actelor administrative ale statelor membre cu privire la accesul la activitățile independente și la exercitarea acestora.

(2) În ceea ce privește profesiile medicale, paramedicale și farmaceutice, eliminarea treptată a restricțiilor este subordonată coordonării condițiilor de exercitare a acestora în diferitele state membre.

Articolul 54

Societățile constituite în conformitate cu legislația unui stat membru și având sediul social, administrația centrală sau locul principal de desfășurare a activității în cadrul Uniunii sunt asimilate, în aplicarea prezentei subsecțiuni, persoanelor fizice resortisante ale statelor membre.

Prin societăți se înțeleg societățile constituite în conformitate cu dispozițiile legislației civile sau comerciale, inclusiv societățile cooperative și alte persoane juridice de drept public sau privat, cu excepția celor fără scop lucrativ.

⁴⁸ Rămâne să stabilim dacă putem identifica prevederi care stabilesc obligații de rezultat în acest domeniu. Motiv pentru care formula „au cel puțin o obligație de diligență” are, deocamdată, un caracter provizoriu.

Modificarea de paradigmă în abordarea malpraxisului ca efect al Directivei

(23) Directiva stabilește necesitatea existenței unor „*obligații comune clare în ceea ce privește mecanismele de intervenție în cazul unui prejudiciu rezultat în urma asistenței medicale, pentru a evita ca lipsa de încredere în mecanismele respective să constituie un obstacol în calea solicitării asistenței medicale transfrontaliere.*” Considerăm că asta înseamnă obligația instituirii unor mecanisme de cooperare între state inclusiv în ceea ce privește asigurările de malpraxis/despăgubiri în caz de prejudicii, atât din partea personalului cât și din partea unităților sanitare. Suplimentar, este luată în considerare posibilitatea instituirii unui sistem de protecție și despăgubire centrat pe pacient, care să suplimenteze pe cele centrate pe furnizorii de servicii medicale.

(24) „*Statele membre ar trebui să se asigure că sunt instituite, pentru asistența medicală acordată pe teritoriul lor, mecanisme pentru protecția pacienților și pentru repararea daunelor în cazul unui prejudiciu și că aceste mecanisme sunt adecvate naturii și amplitudinii riscului. Cu toate acestea, ar trebui să rămână la latitudinea statului membru să determine natura și modalitățile de funcționare ale unor astfel de mecanisme.*”

Dacă vom considera că asigurările de malpraxis acoperă aspectul de „reparare a daunelor aduse pacienților în caz de prejudiciu”,⁴⁹ constatăm că ele trebuie să îndeplinească cel puțin două condiții esențiale:

- să conțină mecanisme pentru repararea daunelor în cazul unui prejudiciu;
- aceste mecanisme să fie adecvate naturii și amplitudinii riscului.

Acest aspect este deosebit de important din perspectiva unei viitoare legi a malpraxisului, care ar trebui să acopere riscurile și eventualele despăgubiri aferente raportat atât la pacienții români cât și la pacienții străini. Ceea ce înseamnă, spre exemplu, că despăgubirile de care poate beneficia un pacient trebuie raportate la nivelul despăgubirilor din U.E.⁵⁰ În discuție sunt atât plafoanele aferente înțelegerii părților cât și cele stabilite prin intermediul instanțelor. O interpretare contrară ne-ar conduce la o situație paradoxală, în care doi pacienți tratați în aceeași unitate, de același medic/asistent medical, și care au suferit același prejudiciu, ar beneficia la despăgubiri diferite, stabilite în funcție de statul de origine al pacientului, ceea ce exprimă o discriminare inacceptabilă.

În ceea ce privește **mecanismele de protecție a pacienților**, altele decât cele ce țin de domeniul malpraxisului, situația este cu atât mai complicată cu cât includem în această categorie mai multe instanțe/proceduri. Spre exemplu, dacă vom considera că *Ghidurile de practică medicală* fac parte din me-

⁴⁹ Formularea necesită o analiză atentă deoarece considerăm că este vorba doar de o aparentă tautologie. Literatura de specialitate consacră o diferență de esență între sistemul malpraxisului și sistemul despăgubirii pacienților în caz de prejudicii, Directive sugerând mai curând necesitatea celui de-al doilea sistem.

⁵⁰ Estimăm însă că impactul asupra salariaților pe care-l are introducerea unor mecanisme și nivele de despăgubire comparabile cu alte state membre poate fi unul deosebit de negativ datorită creșterii exponențiale a primelor de asigurare. În acest sens, considerăm oportună o formulă de „co-asigurare”, costul primelor de asigurare urmând a fi împărțit între angajat și angajator. Remarcăm aici faptul că orientarea reformei către creșterea gradului de liberalizare a exercitării profesiilor medicale ascunde de fapt și o astfel de pasare a responsabilităților și costurilor suplimentare determinate de prevederile Directivei către salariați. Motiv pentru care considerăm sistemul despăgubirii pacienților în caz de prejudicii mult mai adecvat la intențiile Directivei și la realităților românești decât cel al malpraxisului.

canismele de protecție a pacienților,⁵¹ ajungem la concluzia că acestea sunt supuse unui mecanism de adaptare la forme echivalente din alte state ale U.E. Toate acestea constituie nivelurile de referință, modalitatea de atingere a lor fiind la latitudinea statelor membre.

În contextul general al malpraxisului considerăm urgentă schimbarea de paradigmă prin trecerea de la „modelul Acarul Păun” la constatarea erorilor sistemului, respectiv trecerea la sistemul despăgubirilor în caz de prejudiciu. Credem că este relevant din acest punct de vedere și sistemul de evaluare a personalului, care la ora actuală întreține un paradox: salariați cu evaluări excelente acuzați de malpraxis. Din punctul nostru de vedere aceștia pot invoca cu succes erorile de sistem drept cauză în situațiile de malpraxis.

Ipoteza plafonării prin lege a cuantumului despăgubirilor acordate în caz de malpraxis, existentă în proiectul de lege propus de Ministerul Sănătății, pentru a menține un cost suportabil pentru angajați a asigurării de malpraxis, este problematică deoarece odată cu aplicarea Directivei nr. 24/2011 cuantumul despăgubirilor trebuie să se raporteze la echivalentul lor din Uniunea Europeană.

Protecția datelor cu caracter personal

(25) Din perspectiva protecției datelor cu caracter personal raportate la asistența medicală transfrontalieră sunt relevante trei dimensiuni esențiale:

- a) asistența medicală transfrontalieră este posibilă doar în contextul accesului transfrontalier la datele personale din partea instituțiilor și unităților sanitare;
- b) nou cadru trebuie să asigure respectarea dreptului „*persoanelor fizice de a avea acces la propriile date cu caracter personal privind starea lor de sănătate, de exemplu datele din dosarele lor medicale care conțin informații precum diagnostice, rezultate ale examinărilor, evaluări realizate de medicii curanți și orice alt tratament sau alte intervenții realizate*”;
- c) necesitatea creării unor proceduri sigure de protecție a datelor personale, care să respecte drepturile fundamentale în domeniu.

După cum se poate observa, este vorba atât de extinderea cadrului de accesarea și prelucrarea a datelor personale,⁵² inclusiv la nivelul U.E., cât și de creșterea gradului de acces al pacienților la propriile date personale. Din perspectiva accesului pacienților la datele personale, este evidentă necesitatea creării unei proceduri specifice de acces la propriile date privind starea de sănătate, nota de fundamentare dând ca exemple: datele din dosarele medicale care conțin informații precum diagnostice, rezultate ale examinărilor, evaluări realizate de medicii curanți și orice alt tratament sau alte intervenții realizate. Ca-

⁵¹ Chiar dacă Ghidurile de practică medicală par a proteja mai curând interesele asiguratorilor, fiind orientate împotriva costurilor excesive ale serviciilor medicale (uneori chiar cu riscul afectării bunei vindecări a pacienților), considerăm că ele au și o importantă dimensiune de protecție a pacienților prin intermediul aspectului de standard minim de tratament.

⁵² Ceea ce presupune crearea unor standarde în domeniu și respectarea lor de fiecare stat membru. Asta implică, spre exemplu, compatibilizarea programelor de prelucrare a datelor cu caracter personal, pentru a se putea asigura astfel interoperabilitatea.

racterul de exemplu sugerează posibilitatea introducerii unui acces exhaustiv al pacientului la propriile date cu caracter personal.⁵³

În cazul României, este evidentă necesitatea creării mai întâi a unor proceduri de stocare a acestor date și apoi crearea procedurilor de acces, pentru a putea vorbi de-o armonizare legislativă eficientă, din acest punct de vedere, la prevederile Directivei. Introducerea acestor mecanisme de transparentizare 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 către 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 malpraxis⁵⁴ sau, de preferat, prin introducerea unui sistem de despăgubire a pacienților în caz de prejudiciu.

⁵³ La limită, el poate să includă accesul la criteriile de diagnostic și metoda de alegere a procedurii de tratament, aspecte care țin mai degrabă de Ghidurile și protocoalele de practică.

⁵⁴ Este motivul pentru care o nouă lege a malpraxisului este pe agenda Ministerului Sănătății, anticipându-se astfel o parte din problemele viitoare ale sistemului.

Analiza prevederilor Directivei

Obiectivele și principiile 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.

Chiar dacă într-un mod secundar, Directiva este totuși fundamentată și pe libera circulație a cetățenilor în statele membre U.E.⁵⁵ Combinația dintre libertatea de circulație a serviciilor medicale, libertatea de circulație a cetățenilor/lucrătorilor și prevederile Directivei conduce la nașterea **libertății de circulație a pacienților**, aflată în plin proces de definire. Chiar dacă suficient de limitată pentru a isca dubii asupra oportunității utilizării acestei formule în calitate de principiu U.E., **libertatea de circulație a pacienților** capătă prin intermediul Directivei câteva dimensiuni importante, suficiente pentru a anticipa posibilitatea ca în viitor această libertatea să fie conturată mult mai amplu, în special prin intermediul hotărârilor Curții.

Dintr-o altă perspectivă, putem considera că Directiva are drept temă condițiile acordării serviciilor medicale pacientului dintr-un stat membru de afiliere în alt stat membru, completând cadrul juridic preexistent în domeniul medicinei de urgență și al prevederilor privind coordonarea sistemelor sociale.

În conformitate cu prevederile art. 4, alin. 1, medicina transfrontalieră trebuie să țină cont de cadrul general al **principiilor universalității, accesului la îngrijiri de bună calitate, echității și solidarității**. Așa cum aminteam și la analiza fundamentării, putem considera că Directiva consacră aceste principii la nivelul U.E.. În consecință, în cadrul obligației de transpunere în legislația națională a prevederilor Directivei este necesară luarea în considerare a acestor principii de organizare a sistemelor naționale de sănătate în ceea ce privește dimensiunea lor socială.

Ipotezele de lucru ale Directivei

Directiva operează cu două ipoteze diferite în ceea ce privește accesul unui cetățean dintr-un stat membru la serviciile medicale dintr-un alt stat membru:

- situația cetățeanului dintr-un stat membru de afiliere aflat pe teritoriul altui stat membru și care accesează serviciile medicale din acel stat;
- situația cetățeanului dintr-un stat membru de afiliere care dorește să se trateze în alt stat membru și:
 - o solicită o autorizare prealabilă în acest sens;
 - o accesează servicii medicale pentru care nu are nevoie de-o autorizare prealabilă;
 - o se tratează în alt stat membru în condițiile în care:

⁵⁵ Dintr-o perspectivă extrem de critică am putea spune că intențiile Directivei sunt legate mai curând de libera circulație a lucrătorilor, dorind să acorde o formă de sprijin acesteia prin intermediul sistemelor de sănătate.

- autorizarea prealabilă i-a fost refuzată, dar el consideră că avea dreptul la aceasta;
- autorizarea prealabilă a întârziat.

În ceea ce privește motivele apelării la medicina transfrontalieră, din perspectiva Directivei dorința unui cetățean dintr-un stat al Uniunii Europene de a se trata în alt stat membru poate fi determinată de:

- faptul că tratamentul nu-i poate fi acordat la timp datorită listelor mari de așteptare;⁵⁶
- diferențele dintre state în ceea ce privește serviciile medicale;
- situațiile în care membrii de familie se află într-un alt stat membru;

I. Responsabilitățile statului membru în care se efectuează tratamentul

În principiu, în ceea ce privește responsabilitate, putem spune că se aplică legislația, standardele și orientările de calitate și siguranță ale statului membru în care se efectuează tratamentul, însă cu luarea în considerare a prevederilor U.E. în domeniu, inclusiv a condițiilor stipulate în Directivă. Indicăm în continuare cele mai importante condiționări:

Constituirea sistemului și a standardelor privind informațiile ce trebuie furnizate și condițiile ce trebuie îndeplinite:

a) Constituirea și funcționarea punctelor naționale de contact (PNC):

- Publicarea datelor de contact și a denumirilor acestora;
- PNC –urile furnizează pacienților, la cerere, datele de contact ale punctelor naționale de contact din alte state membre;
- Acestea trebuie să se consulte cu:⁵⁷
 - Organizațiile de pacienți
 - Furnizorii de servicii medicale
 - Asigurătorii de sănătate
- 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;

⁵⁶ În acest sens, Directiva asigură un deuseu pentru cetățeni în vederea acordării serviciilor medicale sau o măsură prin intermediul căreia statele se pot sprijini reciproc în acest domeniu. De observat faptul că sentințele Curții au fost date în special pentru astfel de cazuri.

⁵⁷ Putem deduce că obiectul acestor consultări îl reprezintă ansamblul drepturilor și obligațiilor pe care părțile le au în cadrul general al medicinei transfrontaliere.

- 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;
- accesibilitatea spitalelor pentru persoanele cu handicap.

b) Informațiile pe care trebuie să le ofere furnizorii de servicii medicale:⁵⁸

- a. 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:
 1. Răspunderea individuală
 2. Răspunderea colectivă.

Dacă furnizorii de servicii medicale oferă deja pacienților informații relevante pe această temă, Directiva nu obligă furnizorii de servicii medicale să ofere informații mai ample. *Per a contrario*, în situația în care aceste informații nu sunt deja oferite, trebuie să luăm în considerare următoarele consecințe:

- Statul membru trebuie să introducă obligativitatea acestora prin intermediul legislației ce transpune prevederile Directivei. Dacă el nu procedează la aceste modificări legislative pacienții afectați în aceste drepturi ale lor sau datorită netranspunerii acestora au o acțiune directă împotriva statului, indiferent de tipul furnizorului de servicii medicale.
- Furnizorilor publici le sunt aplicabile prevederile Directivei chiar în situația în care acestea nu sunt prevăzute în legislația națională, datorită calității lor de instituții/organizații/unități ale statului.

c) Statul membru trebuie să se asigure că:

- există proceduri transparente pentru depunerea de plângeri;
- există mecanisme prin intermediul cărora pacienții pot solicita repararea daunelor dacă aceștia suferă prejudicii;
- există sisteme de asigurării de răspundere profesională (sau echivalent) adecvate naturii și amplitudinii riscului;
- sistemele de gestionare a informațiilor cu caracter personal satisfac standardele europene privind protecția datelor cu caracter personal;
- pacienții au dreptul la dosarul medical al tratamentului de care au beneficiat și au acces cel puțin la o copie a acestuia;
- este aplicat principiul nediscriminării în funcție de naționalitate față de toți pacienții proveniți din statele membre;
- furnizorii de pe teritoriul lor aplică pacienților din alte state membre:

⁵⁸ Indicăm aici informațiile pe care furnizorii de servicii medicale trebuie să le ofere pacienților în mod direct, informații care se adaugă celor pe care furnizorii trebuie să le ofere punctelor naționale de contact.

- aceeași gamă de onorarii precum cele aplicate pacienților autohtoni dacă există situații medicale comparabile;
- cer un preț calculat în conformitate cu criteriile obiective și nediscriminatorii dacă nu există prețuri pentru servicii medicale comparabile.

Restricționarea accesului la serviciile sale medicale pentru cetățenii din alte state membre

În condițiile în care principiul nediscriminării cetățenilor altui stat membru tinde să sugereze accesul egal la serviciile medicale indiferent de statul membru de afiliere și indiferent de statul membru în care sunt furnizate serviciile medicale, se naște următoarea întrebare: Există limite în ceea ce privește libera circulație a pacienților? Altfel spus, care este dimensiunea acestei libertăți? Este clar că, în ceea ce privește rambursarea costurilor aferente serviciilor medicale de care un cetățean a beneficiat într-un alt stat membru, există niște limite și ele vor fi tratate cu atenție în momentul în care ne ocupăm de autorizarea prealabilă și condițiile conexe. Rămâne însă de lămurit dacă statul membru în care se face tratamentul poate limita accesul la serviciile medicale pentru cetățenii dintr-un alt stat membru și condițiile în care poate face acest lucru.

Art. 4, alin. 3 paragraful al doilea din Directivă prevede condițiile în care un stat membru poate îngreuna accesul cetățenilor din alt stat membru la serviciile medicale proprii, chiar dacă ele sunt cumva mascate de formula discret evazivă a *posibilității statului membru de tratament... de a adopta măsuri privind accesul la tratament menite să îndeplinească responsabilitatea sa fundamentală de a asigura acces suficient și permanent la asistență medicală pe teritoriul său*. Deci, în principiu, un stat membru poate restricționa accesul la serviciile sale medicale pentru pacienții din alte state membre, însă numai în anumite situații. De formularea și întinderea acestor condiții depinde mărimea libertății pacienților de a accesa serviciile medicale dintr-un alt stat membru.

Un stat membru de tratament poate restricționa accesul la serviciile sale medicale pentru cetățenii din alte state membre atunci când *acest lucru este justificat de următoarele motive imperative de interes general*:

- *cerințele de planificare referitoare la asigurarea unui acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente de înaltă calitate în statul membru în cauză;*
- *dorința de a controla costurile și de a evita, pe cât posibil, orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane;*
- *dorința de a adopta măsuri privind accesul la tratament menite să îndeplinească responsabilitatea sa fundamentală de a asigura acces suficient și permanent la asistență medicală pe teritoriul său.*

Aceste măsuri de restricționare a accesului au următoarele limite:

- *se limitează la ceea ce este necesar și proporțional;*

- nu pot constitui un mijloc de discriminare arbitrară;
- sunt făcute publice în prealabil.

Statul membru are libertatea să-și stabilească propriile prețuri, cu condiția să nu discrimineze pacienții din alte state membre.

Statului membru îi sunt aplicabile prevederile proprii privind utilizarea limbilor în instituțiile/organizațiile sale. Totuși, dacă dorește, poate alege să furnizeze informațiile și în alte limbi.⁵⁹

Câteva perspective critice

Sensul libertății pacienților de a accesa serviciile medicale dintr-un alt stat membru

Considerăm că *libertatea pacienților de a accesa serviciile medicale dintr-un alt stat membru* are un statut mai delicat, fiind în bună măsură parte a *libertății de circulație a pacienților* și depășindu-i totodată, întrucâtva, conținutul. Astfel, *libertatea pacienților de a accesa serviciile medicale dintr-un alt stat membru* este parte a libertății de circulație a pacienților în sensul intenționat de Directivă în momentul în care costurile aferente serviciilor medicale sunt cuprinse într-unul din mecanismele următoare: rambursare, decontare în contextul Directivei sau beneficiază de mecanismele aferente prevederilor specifice coordonării sistemelor sociale. Libertatea pacienților de a accesa serviciile medicale dintr-un alt stat excede sensul dat de Directivă liberei circulații a pacienților în momentul în care costurile serviciilor medicale sunt suportate de pacient sau prin alte formule decât sistemele de asigurări sociale de sănătate/sistemele sociale (incluzând formula asigurărilor private de sănătate). De altfel, în condițiile în care un pacient nu primește autorizarea prealabilă sau nu o primește în timp util dar accesează serviciile medicale dintr-un alt stat membru urmând ca ulterior să încerce rambursarea costurilor prin intermediul instanței, în ipoteza în care va avea câștig de cauză, el are pentru un anumit interval un statut incert în ceea ce privește situația sa juridică din perspectiva sensului social al libertății de circulație a pacienților. Situația este aplicabilă și în cazul în care nivelul rambursării este sub nivelul costurilor serviciilor medicale, în ceea ce privește diferența de cost suportată de pacient.

Prin intermediul aceste abordări încercăm să sugerăm că limitele în care se efectuează tratamentul, stabilite de statul membru, dau de fapt seama de cea mai importantă limitare a libertății circulației pacienților în sensul tare al acesteia, perspectivele sociale ale acestei libertăți, chiar dacă deosebit de importante în contextul acestei Directive, căzând într-un plan secundar.

Limitele libertății unui stat membru de a restricționa accesul la serviciile medicale pentru cetățenii din alt stat membru

În principiu, formularea situațiilor în care un stat membru poate introduce restricții ale libertății de accesare a serviciilor medicale este suficient de generală pentru a considera că aici poate intra aproape orice. Dacă vom corela acest aspect cu faptul că Directiva nu anticipează nașterea unor fluxuri

⁵⁹ Complanța lingvistică a furnizorilor de servicii medicale va constitui o variabilă foarte importantă din perspectiva fluxului de pacienți. Unitățile sanitare care aplică o strategie de pregătire a personalului în acest domeniu, corelată cu o selecție strategică a limbilor, ar putea avea un avantaj competitiv.

mari de pacienți ca urmare a aplicării prevederilor ei, atunci aceste norme trebuie cu atât mai mult interpretate în sensul unei mari libertăți a statelor membre de a introduce restricții.

În același timp însă considerăm că trebuie luată în considerare și influența altor variabile. Cea mai importantă contribuție o au hotărârile Curții, care vor defini în continuare sensul acestor prevederi odată cu intrarea lor în vigoare/transpunerea lor în legislațiile statelor membre.

Importantă în acest sens este și decizia politică, în condițiile în care introducerea unor restricții severe poate afecta libertatea de circulație a cetățenilor. Analiza efectelor unor astfel de politici trebuie întreprinsă în cadrul general al strategiilor privind combaterea declinului demografic, care afectează într-o măsură considerabilă în special statele occidentale. Dacă ne raportăm la politicile oficiale și la strategiile informale, putem constata încurajarea migrației lucrătorilor, pe care o practică o bună parte din statele occidentale, ea fiind coerentă mai curând cu o politică mai relaxată în domeniul condițiilor de acces.

II. Responsabilitățile statului membru de afiliere

Obligațiile de informare a pacienților

Obligațiile de informare trebuie privite în contextul ansamblului informațiilor oferite de statele membre pacienților conform Directivei, responsabilitățile statului membru de afiliere fiind complementare cu cele ale statului membru de tratament. Având în vedere faptul că responsabilitățile statului membru de tratament le-am discutat într-o secțiune anterioară, completăm tabloul general al informațiilor ce trebuie oferite pacienților cu cele oferite de statul membru de afiliere.

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:
 - o Condițiile de rambursare a costurilor;
 - o Procedurile de evaluare și stabilire a dreptului de rambursare;
 - o Căile de apel în cazul în care pacienții consideră că drepturile nu le-au fost respectate;
 - o 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.

Rambursarea costurilor serviciilor medicale

Rambursarea costurilor serviciilor medicale de care un cetățean a beneficiat într-un alt stat membru constituie cea mai importantă obligație a statelor membre de afiliere, de situația acesteia depinzând libera circulație a pacienților, în sensul social avut în vedere de Directivă.

Rambursarea costurilor medicale este guvernată de câteva reguli:

- 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 prealabile 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.

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 posibile două situații:

- 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 are 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 prealabile și chiar până la stimularea migrației propriilor pacienți.⁶⁰

Autorizarea prealabilă

Deoarece *autorizarea prealabilă* reprezintă cea mai importantă instituție prevăzută de Directivă raportat la libertatea de circulație a pacienților, ea definind cea mai importantă limită, respectiv cea stabilită de statul membru de afiliere, abordăm problema acesteia într-o manieră mai amplă.

Hotărârile Curții în domeniul autorizării prealabile

Directiva invocă, într-o formă rezumativă, hotărârile Curții în favoarea introducerii autorizării prealabile, acestea indicând fundamentele dreptului statelor de a decide în acest sens. Redăm în continuare textul așa cum este prezentat el în Directivă, subliniind aspectele pe care le considerăm deosebit de relevante:

(40) În conformitate cu jurisprudența constantă a Curții de Justiție, statele membre pot supune unei autorizări prealabile suportarea costurilor de către sistemul național pentru asistența spitalicească acordată în alt stat membru. Curtea de Justiție a hotărât că această cerință este atât necesară, cât și rezonabilă, întrucât numărul spitalelor, distribuția geografică și modul de organizare al acestora, echipamentele cu care sunt dotate și chiar natura serviciilor medicale pe care sunt în măsură să le ofere reprezintă aspecte pentru care trebuie să fie posibilă o planificare, în general concepută pentru a satisface diferite nevoi. Curtea de Justiție a hotărât că o astfel de planificare încearcă să asigure existența unui acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente spitalicești de înaltă calitate în statul membru vizat. În plus, aceas-

⁶⁰ Se naște întrebarea dacă o astfel de atitudine poate dăuna statului/statelor în care se efectuează tratamentul? Pentru a răspunde la această întrebare considerăm că trebuie să operăm cu două ipoteze diferite:

- a) Costurile cu serviciile medicale mai mici din alt stat membru sunt determinate de eficiența deosebită a sistemului și/sau de costurile mai mici cu forța de muncă – statul în care se efectuează tratamentul nu înregistrează pierderi;
- b) Costurile cu serviciile medicale mai mici din alt stat membru sunt artificiale, determinate fie de o subestimare a costurilor (care se decontează în final pe seama furnizorilor de servicii medicale, a pacienților etc.) fie de forme diverse de subvenționare a costurilor – statul în care se efectuează tratamentul are de pierdut.

ta vine în întâmpinarea dorinței de a **controla costurile și a preveni**, pe cât posibil, **orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane**. Potrivit Curții de Justiție, o astfel de risipă ar crea prejudicii cu atât mai mari, fiind în general recunoscut că sectorul asistenței spitalicești generează costuri considerabile și că acesta trebuie să satisfacă nevoi în creștere, în timp ce resursele financiare puse la dispoziție pentru asistența medicală nu sunt nelimitate, oricare ar fi modul de finanțare aplicat. (s.n.)

Reluând într-o formă sintetică, putem constata că:

- introducerea autorizării prelabile este o posibilitate a statelor membre (*per a contrario*, ar însemna că nu este o obligația a acestora);
- autorizarea prelabilă este o cerință necesară și rezonabilă (ceea ce anulează caracterul de posibilitate, transformând autorizarea prelabilă într-un instrument necesar⁶¹);
- necesitatea autorizării prelabile este fundamentată în special:
 - o pe nevoia de planificare a sistemelor de sănătate;
 - o pe necesitatea de a controla costurile;
 - o pe nevoia de a preveni în limitele posibilului risipa de resurse financiare, tehnice și umane.⁶²
- 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;⁶³

În același timp însă (44) *În conformitate cu jurisprudența constantă a Curții de Justiție criteriile pentru acordarea sau refuzul autorizării prelabile ar trebui să se limiteze la ceea ce este necesar și proporțional din perspectiva acestor motive imperative de interes general.*

Din perspectiva jurisprudenței Curții de Justiție a Uniunii Europene, în principiu, autorizarea prelabilă nu ar trebuie să împiedice acordarea în alt stat a serviciilor medicale de care pacientul ar fi beneficiat oricum în statul membru de afiliere. Referindu-se la acest aspect în fundamentarea prevederilor sale Directiva menționează: „suportarea de către sistemul obligatoriu de securitate socială sau de către sistemul național de sănătate a costurilor asistenței medicale acordate în alt stat membru sub rezerva unei autorizări prelabile constituie o limitare a liberei circulații a serviciilor. Prin urmare, ca regulă generală, statul membru de afiliere nu ar trebui să supună autorizării prelabile suportarea costurilor asisten-

⁶¹ Directiva are un aspect de ambiguitate în mai multe părți ale sale, părând a conține numeroase prevederi contradictorii. În ceea ce privește caracterul autorizării prelabile raportat la statele membre, respectiv balansul între posibilitate și necesitate, prevederile Directivei tind să acopere o gamă foarte largă de interese, fără însă a le putea satisface întru totul. Raportat la textul citat, Directiva ia în considerare hotărârile Curții, reluând unele sentințe cu un caracter contrar. Unii autori sugerează că acest comportament la Curții, respectiv revenirea la unele din hotărârile anterioare, dă seama de faptul că sistemul juridic al U.E., generat în special de caracterul obligatoriu al hotărârilor Curții care tinde să creeze uneori drept, nu are întru totul caracterul dreptului anglo-saxon, revenirea la deciziile anterioare indicând în acest caz apropierea de sistemul juridic franco-german.

⁶² Toate acestea constituie argumente ce fundamentează introducerea autorizării prelabile, precum și criteriile necesare împreună cu procedura de soluționare a cererilor pe această temă.

⁶³ Altfel spus, autorizarea prelabilă protejează interesele cetățenilor-pacienți care doresc să se trateze în statul membru de afiliere, având în acest caz rolul de a contribui la menținerea propriului sistem de sănătate.

ței medicale acordate în alt stat membru în condițiile în care costurile asistenței respective ar fi fost suportate de către sistemul său obligatoriu de securitate socială sau de sistemul național de sănătate, în cazul în care aceasta ar fi fost acordată pe teritoriul propriu.” (38) După cum se poate observa, din momentul în care statul/sistemul de asigurări sociale ar deconta/rambursa/plăti oricum, la același cost, serviciile medicale, rambursarea acestora în cazul în care sunt acordate în străinătate nu modifică situația din perspectiva costurilor aferente. Această evaluare are caracterul de principiu fundamental în arhitectura Directivei, stabilindu-i cadrul general de aplicare. Ceea ce înseamnă că autorizarea prealabilă are mai curând caracterul de excepție, situațiile în care este aplicabilă trebuind să fie clar delimitate.

Precizările directivei

Textul directivei indică faptul că trebuie să rămână la latitudinea statelor membre să decidă dacă este necesară introducerea unui sistem de autorizare prealabilă. Statele care decid introducerea autorizării prealabile trebuie să facă următoarele demersuri:

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

În principiu, condițiile în care cetățeanul poate beneficia de asistență medicală în statul membru de afiliere sunt aplicabile și în ceea ce privește dreptul acestuia de a se trata într-un alt stat membru. Astfel, pot exista condiții generale, criterii de eligibilitate și formalități de reglementare și administrative privind primirea de asistență medicală și rambursarea costurilor asistenței medicale. Directiva dă câteva exemple de astfel de condiții:

- cerința de a consulta un medic generalist înainte de a consulta un specialist sau înainte de a beneficia de asistență spitalicească;⁶⁴

⁶⁴ Se pune problema ce se întâmplă în situația în care statul membru în care se efectuează tratamentul nu are aceste condiții? În principiu, o astfel de situație pare a fi exclusă de cadrul juridic creat de prezenta Directivă, ea având ca subiect libera circulație a pacienților (de fapt, libera circulație a serviciilor, ce are în acest caz un impact semnificativ asupra circulației pacienților). Altfel spus, pentru a putea fi accesat cadrul juridic al prezentei directive (evident, în special *via* prevederilor din legislația națională care transpun stipulațiile acestei directive) un cetățean trebuie să aibă calitatea de pacient, ceea ce înseamnă că trebuie să fie mai întâi diagnosticat. Având în vedere această ipoteză/condiție pare rezonabil să considerăm că, în principiu, diagnosticarea se face (ori cel puțin este declanșată) în statul de origine (statul membru de afiliere). Or, stabilirii diagnosticului îi sunt aplicabile procedurile și traseele administrative naționale. Ceea ce are drept rezultat faptul că un cetățean nu poate accesa, spre exemplu, în mod direct serviciile medicale dintr-un alt stat, depășind toate filtrele/condiționările administrative anterioare. Deoarece procedura autorizării prealabile necesită în mod obligatoriu existența unui diagnostic, deci dovedirea calității de pacient, problema se pune în special pentru tratamentele care exced procedura autorizării prealabile, adică cele pentru care autorizarea prealabilă nu este necesară. Dacă ne gândim, spre exemplu, la prescrierea ochelarilor, este evident faptul că aceasta trebuie făcută în cadrul administrativ național (recomandare de la medi-

- o evaluare de către un cadru medical sau un administrator de servicii medicale care furnizează servicii sistemului obligatoriu de securitate socială cum ar fi medicul generalist sau medicul primar la care pacientul este înregistrat;

Limitele acestor condiții impuse pentru accesarea sistemului social de sănătate sunt date de măsura în care respectivele condiții sunt:

- *necesare;*
- *proporționale cu obiectivul urmărit;*
- *nu au un caracter discreționar sau discriminatoriu.*

Pentru exemplele date evaluarea trebuie introdusă doar dacă acest lucru este necesar pentru determinarea dreptului individual al pacientului la asistență medicală.

Aceste limite se aplică, simultan, la accesarea serviciilor medicale furnizate în cadrul sistemelor naționale publice/sociale de sănătate și la accesarea serviciilor medicale dintr-un alt stat membru. Sunt deosebit de importante două constatări:

- obiectivele Directivei pot fi atinse doar în condițiile în care sistemele naționale sociale/publice de sănătate respectă anumite criterii. Ceea ce înseamnă că prevederile Directivei creează inclusiv unele reguli de funcționare pentru sistemele naționale de sănătate.
- Condițiile de accesare a serviciilor medicale dintr-un alt stat și limitele acestora au în vedere condițiile din statul membru de afiliere, „ponderate” însă de limitele stabilite prin Directivă.

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;⁶⁵
 - 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.

Pentru accesarea serviciilor medicale naționale și a celor dintr-un alt stat membru este necesară stabilirea unor criterii pe baza cărora trebuie luată deciziile pentru fiecare din pacienți. Criteriile utilizate trebuie:

- *să fie aplicate în mod obiectiv, transparent și nediscriminatoriu;*

cul de familie, consult la un specialist din cadrul sistemului de asigurării sociale) pentru ca pacientul să poată beneficia de rambursare costurilor.

⁶⁵ În cea mai mare parte este vorba de restricții determinate de finanțare.

- 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;⁶⁶
- deciziile să fie luate cu celeritate.

Așa cum aminteam, faptul că Directiva se referă simultan la sistemele naționale de sănătate și la condițiile ce trebuie îndeplinite pentru libera circulație a pacienților/serviciilor medicale, creează un anumit set de obligații pentru sistemele naționale de sănătate pe care și România este ținută să le respecte prin introducerea unor prevederi legale specifice. Altfel spus, conformitatea la prevederile directivei include crearea unui anumit cadru juridic aplicabil serviciilor medicale acordate în sistemul public/de asigurări sociale de sănătate din România, în opinia noastră el trebuind să se situeze în primele obiective ale reformei sistemului de sănătate. Putem considera că Directiva prezumă faptul că absența criteriilor de acces la serviciile medicale publice/sociale naționale și faptul că aceste criterii, în măsura în care există, nu respectă condițiile enunțate, constituie o îngrijorare a libertății de acordare a serviciilor medicale/de circulație a pacienților. Altfel spus, conformitatea la prevederile Directivei presupune câteva modificări structurale esențiale pentru sistemul sanitar românesc.⁶⁷

Față de aceste criterii aplicabile la nivel național, statele membre sunt libere să introducă și criterii și condiții suplimentare pentru autorizarea prealabilă în cazul pacienților care doresc să beneficieze de asistență medicală în statul membru de afiliere al acestora. Acestea însă trebuie să respecte și ele condițiile amintite anterior, la care se adaugă, după cum vom vedea, alte restricții. Altfel spus, statul membru de afiliere poate restricționa accesul propriilor cetățeni la serviciile medicale dintr-un alt stat membru, însă numai în anumite condiții bine precizate și îndeplinind, suplimentar, obligația ca accesul la serviciile medicale sociale/publice naționale să îndeplinească la rândul său aceste condiții. Ceea ce înseamnă că înțelegerea autorizării prealabile ca instituție juridică depinde într-un mod decisiv de stabilirea condițiilor în care aceasta poate fi utilizată și introducerea lor în cadrul normativ național.

Având în vedere faptul că sunt obstacolele în calea liberei circulații a serviciilor medicale, criteriile aferente acordării autorizării prealabile ar trebui să fie justificate din perspectiva motivelor imperative de interes general, cum ar fi:

- cerințele de planificare referitoare la asigurarea unui acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente de înaltă calitate în statul membru în cauză;
- dorința de a controla costurile și de a evita, pe cât posibil, orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane.

⁶⁶ De înțelesul pe care Curtea îl va da acestei propoziții depinde într-o măsură considerabilă libera circulație a pacienților.

⁶⁷ Observațiile noastre se bazează atât pe constatarea puținătății unor astfel de criterii cât și prezumția nerespectării condițiilor enunțate în cazul criteriilor existente, în sistemul sanitar românesc. Analiza fiecărui criteriu poate releva o multitudine de cazuri (unele din ele de notorietate) în care aceste condiții nu sunt respectate.

În acest sens trebuie luate în considerare exemplele de motive indicate de Curtea de Justiție:

- riscul de a submina în mod grav echilibrul financiar al unui sistem de securitate socială;
- obiectivul menținerii din motive de sănătate publică a unor servicii medicale și spitale-cești echilibrate deschise tuturor;
- obiectivul menținerii capacității de tratament sau a competenței medicale pe teritoriul național, esențiale pentru sănătatea publică și chiar pentru supraviețuirea populației;
- principiul general al asigurării siguranței pacientului.

Având în vedere că *impactul asupra sistemelor naționale de sănătate cauzat de mobilitatea pacienților ar putea varia între statele membre sau între regiunile dintr-un stat membru, în funcție de factori cum ar fi poziția geografică, barierele lingvistice, localizarea spitalelor în regiuni de frontieră sau mărimea populației și a bugetului destinat asistenței medicale,*(44) rămâne la latitudinea statelor membre stabilirea unor criterii pentru refuzul autorizării prealabile care să fie necesare și proporționale în contextul specific respectiv, ținând seama și de asistența medicală care intră sub incidența sistemului de autorizare prealabilă, deoarece anumite tratamente cu un caracter foarte specializat vor fi mai ușor afectate decât altele, chiar și de un flux limitat de pacienți. Libertatea statelor membre de a stabili criterii include posibilitatea ca acestea să fie diferențiate raportat la diferitele regiuni, județe sau alte forme de organizarea administrativă relevante din punctul de vedere al organizării sistemului sanitar și chiar din cel al posibilității de a furniza anumite tratamente. Este evidentă necesitatea unei proceduri speciale, care să țină cont de mai multe aspecte. Considerăm că sarcina probei existenței situațiilor care justifică refuzul acordării autorizației prealabile revine statului, cetățeanul neputând fi obligat să demonstreze lipsa influențelor de acest gen.

Alte condiții pe care trebuie să le îndeplinească autorizarea prealabilă și mecanismele adiacente, inclusiv rambursarea costurilor:

- pacienții să beneficieze de garanții de obiectivitate, nediscriminare și transparentă;
- deciziile:
 - o trebuie luate în timp util, rezonabil
 - o trebuie să ia în considerare:
 - principiile generale;
 - circumstanțele fiecărui caz în parte;
 - o trebuie luate într-un termen scurt, dacă o impune caracterul urgent al tratamentului.

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:
 - o Cetățeanul trebuie să aibă acces la un serviciu inclus în listă/garantat în funcție de nevoile sale;
 - o 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.

Decontarea/rambursarea costurilor în situația introducerii autorizării prealabile

Dacă regula în materie de rambursare a costurilor serviciilor medicale transfrontaliere o reprezintă raportarea la costul serviciului medical din statul membru de afiliere, în cazul existenței autorizării prealabile se adaugă câteva prevederi suplimentare.

- Se menține regula generală: costurile trebuie să fie rambursate de către statul membru de afiliere până la nivelul costurilor care ar fi fost acoperite în cazul în care aceeași asistență medicală ar fi fost acordată în statul membru de afiliere, fără a se depăși costurile efective ale asistenței medicale primite. (46)
- În situațiile în care reglementările U.E. privind coordonarea sistemelor sociale sunt aplicabile, autorizarea prealabilă trebuie acordată iar decontarea se face la nivelul costurilor sau conform înțelegerii dintre state. Excepție face situația în care pacientul optează pentru cadrul creat de Directiva nr. 24/2011, renunțând astfel la prevederi mai favorabile.⁶⁸
- În situația în care statul refuză acordarea autorizației prealabile în primă instanță, pacientul urmează totuși tratamentul într-un alt stat membru iar cererea de autorizare este aprobată în urma unei reexaminări administrative⁶⁹ sau judiciare a cererii, rambursarea costurilor medicale se face la nivelul de cost al acestora.⁷⁰

Directiva sugerează posibilitatea combinării rambursării cheltuielilor pentru serviciile de sănătate cu cele legate de diferite aspecte sociale, în special în cazul costurilor suplimentare suportate de o persoană cu handicap. De altfel, problematica specifică acestor cazuri este una mult mai complicată, în fapt fiind incidente și prevederile privind egalitatea de șanse și combaterea discriminării.⁷¹

Limitele autorizării prealabile

După cum am putut observa, instituția autorizării prealabile este una generatoare de limite în calea liberei circulații a pacienților. Dacă puterea de decizie a statelor membre în acest domeniu ar fi nelimitată atunci nu s-ar mai putea vorbi de libera circulație a pacienților, dreptul de circulație fiind mai curând unul conjunctural. De altfel, trebuie să ne amintim faptul că Directiva a luat naștere în special în urma mai multor hotărâri ale Curții care au recunoscut dreptul cetățenilor dintr-un stat membru la ram-

⁶⁸ Instituțiile statului sunt obligate să informeze pacientul despre această situație.

⁶⁹ Reținem astfel necesitatea unei instituții ierarhic superioare, căreia i se poate adresa plângerea împotriva deciziei de respingere a autorizării prealabile dată de instituția din prima linie. Ceea ce înseamnă că sunt aplicabile procedurile specifice contenciosului administrativ.

⁷⁰ Redăm formula din Directivă, pct. 46, ultima frază din fundamentare: *Astfel se respectă jurisprudența Curții de Justiție, care a precizat că pacienții cărora li s-a refuzat autorizarea prealabilă pe baza unor motive care s-au dovedit ulterior nefondate au dreptul la rambursarea integrală a costului tratamentului obținut într-un alt stat membru, conform dispozițiilor legislației statului membru în care se efectuează tratamentul.*

⁷¹ Estimăm că odată cu intrarea în vigoare a Directivei se va dezvolta și o întreagă cazuistică pe această temă.

bursarea costurilor serviciilor medicale efectuate în alt stat, în anumite condiții specifice.⁷² 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.

Situația este foarte complexă. Spre exemplu, în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale, diferențele de la un stat la altul (care pot fi semnificative, dacă ținem cont de faptul că nivelul de finanțare al sistemului este o variabilă importantă pentru calitatea serviciilor medicale) pot influența aceste condiții de acordare a autorizării prealabile? În acest context se ivesc câteva întrebări: Care este raportul dintre interesele generale ce pot fi invocate de către un stat membru pentru a interzice autorizarea prealabilă și interesul direct al pacienților privind propria sănătate? Pot fi opuse interesele de ordin general celor personale, ale unor pacienți care pot fi uneori să se afle în situații ce le pun viața în pericol? Este necesară crearea unor standarde europene în domeniu? Diferențele mari de la un stat la altul pot fi abordate din perspectiva nerespectării drepturilor omului?

Analiza limitelor libertății statului de a recurge la autorizarea prealabilă trebuie să pornească de la reamintirea a două din obiectivele fundamentale ale Directivei:

- *de a permite **libertatea de a furniza servicii medicale pentru pacienți**,*
- ***înlăturarea obstacolelor nejustificate din calea acestei libertăți fundamentale în cadrul statului membru de afiliere al pacientului.***

După cum se poate lesne observa, ambele obiectivă exprimă limite ale autorizării prealabile, primul făcând trimitere la scopul concret al Directivei, respectiv de a permite **libertatea de a furniza servicii medicale pentru pacienți**, ce poate fi înțeleasă și sub forma liberii circulații a pacienților, iar cel de-al doilea indicând faptul că autorizarea prealabilă poate lua în considerare doar motive justificate, fiecare motiv de respingere fiind un obstacol în calea libertății de a furniza servicii medicale. Această a doua parte arată faptul că motivele de refuz a autorizării prealabile trebuie să fie suficient de puternice pentru a justifica limitarea acestei libertăți fundamentale.

În principiu, punctul de referință pentru serviciile de care un cetățean poate beneficia într-un alt stat îl constituie nivelul prestațiilor la care are dreptul pacientul în țara sa/statul membru de afiliere. Cum acest lucru este mai greu de pus în practică în condițiile unor diferențe semnificative între metodele de tratament, Directiva ia în considerare și cazurile limită. În acest sens ea operează cu două concepte esențiale, *prestațiile medicale și tipurile sau metodele de tratament*, fără ca acestea să beneficieze de o definiție explicită. Chiar dacă stabilirea dreptului pacientului la prestațiile medicale într-un alt stat pornește de la un nivel minim reprezentat de **nivelul prestațiilor** din țara de origine/statul membru de afiliere, Directiva admite posibilitatea unor diferențe de tratament care, în principiu, ar trebui „omologate”. Acest proces de „omologare” trebuie să facă subiectul autorizării prealabile; motiv pentru care considerăm că procedura de autorizare prealabilă trebuie să includă și criterii de analiză și mecanisme procedurale specifice acestei „omologări”.

⁷² Din acest punct de vedere Directiva este un exemplu de acțiune cetățenească ce are drept rezultat modificarea legislației.

De asemenea, cadrul legal specific autorizării prealabile trebuie să introducă precizări și în ceea ce privește includerea sau nu a posibilității de a rambursa costurile serviciilor medicale dincolo de limitele la care acestea sunt decontate în România. Aceste prevederi sunt foarte importante dacă luăm în considerare situația în care autorizarea prealabilă este solicitată pentru servicii medicale care nu pot fi acordate în țară,⁷³ deoarece în aceste situații este vorba de o limitare a dreptului pacientului la tratament medical de către modul în care este gestionat sistemul de sănătate. Discuțiile devin și mai complicate dacă încercăm să stabilim un nivel de raportare, un standard al serviciilor medicale/tratamentelor ce ar trebui acordate pentru diferitele afecțiuni.⁷⁴ Putem spune în acest sens că Directiva instituie un drept al cetățeanului la cel mai bun tratament din Uniune? În definitiv, esența dreptului la circulație al pacienților aduce inevitabil în discuție problema motivelor pentru care pacienții ar apela la servicii medicale într-un alt stat, pe primul loc situându-se intenția de a beneficia de cel mai bun tratament posibil ca principal motiv.⁷⁵ Asta ar însemna că putem considera performanța și eficiența tratamentului drept un standard din punctul de vedere al Directivei.

Refuzul de a acorda autorizare prealabilă nu poate să se bazeze pe motivul că pe teritoriul național există liste de așteptare menite să permită planificarea și gestionarea acordării de asistență spitalicească, pe baza unor priorități clinice generale prestabilite, fără a efectua o evaluare medicală obiectivă.

În situația în care statul membru decide să aplice criteriile diferențiate la nivel regional sau al altei forme de organizare administrativă ori medicală este obligat să creeze un *sistem transparent și ușor accesibil, iar criteriile sunt în prealabil puse la dispoziția publicului.* (44)

În principiu, în situația în care un pacient ce are dreptul la asistență medicală nu poate beneficia de serviciile medicale necesare într-un *termen justificat din punct de vedere medical*, statul membru ar trebui să fie obligat să acorde autorizația prealabilă. După cum putem observa, conceptul cheie îl reprezintă *termenul justificat din punct de vedere medical*, el dând seama de una din modalitățile negative de îndreptățire a pacientului la tratamentul în al stat membru, motivată de riscurile pe care le reprezintă întârzierea tratamentului medical. Este evident faptul că acest concept va necesita un travaliu juridico-administrativ atent, inclusiv prin prevederea termenelor de tratament justificate din punct de vedere

⁷³ Această ipoteză ridică în mod evident problema condițiilor în care cetățenii pot primi autorizarea prealabilă. Două situații diferite pot fi sesizate aici: serviciile medicale care nu pot fi acordate în România datorită lipsei specialiștilor și solicitarea pacientului determinată de diferențele de calitate între serviciile medicale sau de alte criterii.

⁷⁴ Aici legiuitorul român se află într-o adevărată dilemă în ceea ce privește modalitate de definire a prestațiilor la care cetățenii au dreptul. Dacă definirea se face pe tipuri de afecțiuni ce beneficiază de tratament se pune în mod evident problema unor tratamente mai eficiente în alte state. Dacă definirea se face pe tipuri de tratament respectiv proceduri terapeutice se pune problema unor excluderi inadecvate. Având în vedere diferența pe care Directiva o face între *prestații și metodele de tratament*, considerăm că definirea pachetului de bază ar trebui făcută pe tipuri de afecțiuni.

⁷⁵ Evident, se adaugă atât motivele ce țin de tehnicile terapeutice (durere, durată de vindecare, sechele etc.) cât și motive personale (apropierea de familie, confort etc.).

medical în ghidurile de practică medicală și în alte documente de acest tip. Această prevedere este cu atât mai importantă cu cât disfuncționalitățile unui sistem medical sunt mai mari.⁷⁶

Pentru stabilirea întinderii autorizație prealabile sunt deosebit de relevante hotărârile Curții în ceea ce privește limitele autorizării prealabile. Spre exemplu, în cauza C 157/99 Geraets-Smits și Peerbooms (2011) Curtea a stabilit că autorizarea prealabilă ar putea fi justificată de considerente ce țin de stabilitatea sistemului social național, însă refuzul autorizării nu poate fi unul arbitrar, ci trebuie să fie condiționat de **existența unui tratament cu aceleași rezultate și în timp util** din punct de vedere medical în țara de origine.

⁷⁶ Mai ales în condițiile în care disfuncționalitățile tind să afecteze sănătatea pacienților prin faptul că serviciile medicale nu-i pot fi acordate în *termenele justificate din punct de vedere medical*. În același timp însă, ne rețin atenția o serie întreagă de excluderi, respectiv:

- tot ceea ce nu se încadrează în termenul justificat din punct de vedere medical;
- situațiile în care asistența transfrontalieră poate expune pacientul sau publicul larg la un risc care prevalază asupra interesului pacientului de a beneficia de asistența medicală transfrontalieră dorită. Întinderea efectelor depinde de înțelesul pe care-l capătă riscul în acest caz.

Alte prevederi ale Directivei

Statele membre sunt obligate la asistență reciprocă și cooperare cel puțin în ceea ce privește:

- Punerea în aplicare a prevederilor Directivei;
- Standardele și orientările privind calitatea și siguranța;⁷⁷
- Schimbul de informații privitor la:
 - o Informațiile obligatorii stabilite de Directivă;
 - o Dreptul de practică al cadrelor medicale (prin Sistemul de informare al pieții interne - Directiva 49/2008).
- Acordarea asistenței medicale transfrontaliere la nivel regional și local.

Cooperarea poate constitui obiectul unor acorduri, Comisia încurajând statele membre să le încheie.

Recunoașterea prescripțiilor medicale eliberate într-un alt stat membru⁷⁸

Pentru ca prescripțiile eliberate într-un stat membru să fie recunoscute în alt stat membru este necesar ca:

- Medicamentul să fie autorizat pentru introducerea pe piață în ambele state;
- Prescripția să nu facă obiectului unor restricții.

Restricțiile privind recunoașterea prescripțiilor individuale pot fi introduse numai cu respectarea următoarelor condiții:

a) Generale:

- Se limitează la ceea ce este necesar și proporțional pentru protejarea sănătății umane;
- Sunt nediscriminatorii.

b) Particulare:

- Se bazează pe îndoieli legitime și justificate legate de următoarele caracteristici ale prescripției:⁷⁹
 - o Autenticitatea
 - o Conținutul
 - o Claritatea.

⁷⁷ Acesta este unul din argumentele fundamentale în favoarea constituirii unui grup de lucru la nivelul Comisiei pe tema armonizării standardelor de acreditare a unităților sanitare.

⁷⁸ Pentru informațiile complete privind procedurile aplicabile a se vedea Directiva 2012/52/UE a Comisiei din 20 decembrie 2012 de stabilire a unor măsuri pentru facilitarea recunoașterii prescripțiilor medicale emise în alt stat membru.

⁷⁹ Având în vedere aceste condiții este evidentă necesitatea introducerii prescripțiilor electronice în România sau cel puțin trecerea la un format standardizat, ce exclude scrierea manuală (evident, exceptând semnătura). Pentru a putea verifica îndeplinirea acestor condiții este necesară constituirea unei baze de date cu toți profesioniștii care au dreptul la prescripții medicale (și tipul de prescripții la care are dreptul fiecare din ei), accesibilă la nivelul U.E. Suplimentar, sistemul informatic trebuie să permită verificarea fiecărei prescripții și la emițătorul ei; altfel spus, fiecare profesionist cu drept de practică medicală și de prescripție ar trebui să aibă propria bază de date cu prescripțiile eliberate, accesibilă pe canalele informatice specializate la nivelul U.E.

Recunoașterea prescripțiilor nu anulează reglementările naționale speciale în domeniul anumiților medicamente sau dreptul farmacistului de a refuza, pe temeuri etice, eliberarea unei prescripții, dacă el are dreptul legal de refuz.

Prevederile aplicabile prescripțiilor medicale se aplică și dispozitivelor medicale.

Rețelele europene de referință

Comisia sprijin statele membre în vederea dezvoltării rețelelor europene de referință.⁸⁰ Acestea pot fi constituite între furnizorii de servicii medicale și centrele de expertiză din statele membre, în special în domeniul bolilor rare. Criteriile și condițiile specifice pe care trebuie să le îndeplinească furnizorii de servicii medicale care doresc să facă parte din aceste rețele vor fi elaborate de Comisie. Directiva menționează câteva din criteriile și condițiile pe care trebuie să le îndeplinească rețelele de referință:⁸¹

- *dispun de cunoștințe și expertiză pentru a diagnostica, monitoriza și gestiona pacienții, după caz, cu rezultate pozitive dovedite;*
- *urmează o abordare multidisciplinară;*
- *oferă un nivel ridicat de expertiză și dispun de capacitatea de a elabora orientări în materie de bune practici și de a pune în aplicare măsuri îndreptate spre rezultate și controlul calității;*
- *contribuie la cercetare;*
- *organizează activități de educare și formare; și*
- *colaborează strâns cu alte centre și rețele de expertiză la nivel național și internațional.*⁸²

Pentru a putea fi organizată o rețea de referință sprijinită de Comisie aceasta trebuie să asume cel puțin trei din următoarele obiective:

- *să contribuie la atingerea potențialului cooperării europene în materie de asistență medicală de înaltă specializare destinată pacienților și sistemelor de asistență medicală, prin exploatarea inovațiilor din știința medicală și a tehnologiilor din domeniul sănătății;*
- *să contribuie la utilizarea în comun a cunoștințelor referitoare la prevenirea îmbolnăvirilor;*
- *să faciliteze îmbunătățirea diagnosticării și furnizării de asistență medicală de înaltă calitate, accesibilă și eficientă din punct de vedere al costurilor pentru toți pacienții a căror situație medicală necesită o concentrare deosebită de expertiză în domenii medicale în care expertiza este rară;*
- *să maximizeze utilizarea rentabilă a resurselor prin concentrarea acestora acolo unde sunt necesare;*
- *să consolideze cercetarea, supravegherea epidemiologică, cum ar fi întocmirea de registre, și asigurarea formării cadrelor medicale;*

⁸⁰ Una din formele de materializare a acestui sprijin o constituie crearea unor linii de finanțare în cadrul fondurilor U.E. specifice acestor activități.

⁸¹ Pornind de la aceste criterii putem deduce o mare parte din criteriile ce vor trebui îndeplinite de furnizorii de servicii medicale.

⁸² Art. 12, alin. 4, lit. a) din Directivă.

- să faciliteze mobilitatea virtuală sau fizică a expertizei și dezvoltarea, comunicarea și răspândirea de informații, cunoștințe și bune practici și, în special, să stimuleze dezvoltarea diagnosticării și tratamentului bolilor rare, în cadrul și în afara rețelelor;
- să încurajeze elaborarea unor criterii de referință în materie de calitate și de siguranță și să acorde sprijin pentru dezvoltarea și răspândirea celor mai bune practici în cadrul și în exteriorul rețelei;
- să ajute statele membre care au un număr insuficient de pacienți cu o anumită situație medicală sau cărora le lipsește tehnologia sau expertiza pentru a furniza servicii foarte specializate de înaltă calitate.⁸³

Bolile rare

Comisia sprijină cooperarea statelor membre în domeniul dezvoltării capacităților de diagnostic și tratament a bolilor rare în special în următoarele direcții:

- sporirea gradului de informare a cadrelor medicale în ceea ce privește instrumentele existente la nivelul Uniunii, centrată pe:
 - o asistență în vederea diagnosticării corecte a bolilor rare;
 - în special prin baza de date Orphanet;
 - o existența rețelele europene de referință;
- sporirea gradului de informare a:
 - pacienților;
 - cadrelor medicale;
 - organismele responsabile de finanțarea asistenței medicale.
- privitor la posibilitățile oferite de Regulamentul (CE) nr. 883/2004 de a trimite pentru diagnostic și tratament în statele membre pacienții care suferă de boli rare chiar și pentru diagnosticare și tratamente ce nu sunt disponibile în statul membru de afiliere.⁸⁴

Constituirea și funcționarea rețelei de e-sănătate

Uniunea sprijină constituirea rețelei de e-sănătate la nivelul Uniunii. Aceasta are rolul de a conecta între ele autoritățile naționale responsabile de e-sănătate desemnate de statele membre.⁸⁵ Dintre obiectivele acestei rețele amintim:

⁸³ Art. 12, alin. 2 din Directivă.

⁸⁴ Observăm aici că ceea ce am putea considera drept un *blind spot* din punctul de vedere al posibilităților de diagnosticare ale unui stat intră în sfera de preocupări a Comisiei, existând posibilitatea de a urma proceduri de diagnostic și tratament în alte state. Pentru ca aceste posibilități să fie aplicabile considerăm necesară introducerea unor proceduri riguroase de identificare a unor astfel de cazuri care presupun declinarea de competență a specialiștilor/furnizorilor de servicii medicale din România.

⁸⁵ Deducem de aici necesitatea constituirii unei asemenea autorități pentru România, care ar trebui să aibă un caracter strategic, integrând rețelele de comunicare existente și contribuind la implementarea unor noi soluții ce țin de domeniul e-health. În mod evident, Comisia încurajează această direcție de dezvoltare atât la nivelul parteneriatelor dintre state cât și la nivel național. De altfel, analiza orientării fondurilor alocate de Comisie pentru sănătate relevă faptul că un procent semnificativ din acestea sunt destinate proiectelor e-health.

- Elaborarea unei liste de date (neexhaustivă) are urmează a fi incluse în fișele electronice ale pacienților;
- Identificarea metodelor eficiente de a utiliza informațiile medicale.
- Sprijinirea statelor membre pentru identificarea, autentificarea și facilitarea transferului de informații în cadrul asistenței medicale transfrontaliere.

Această rețea ar trebui să asigure și canalul de transmitere a informațiilor necesare pentru aplicabilitatea prevederilor privitoare la medicina transfrontalieră, în lipsa acesteia statele membre fiind nevoite să dezvolte acorduri bilaterale prin intermediul cărora să conecteze punctele naționale de informare între ele. Având în vedere complexitatea măsurile ce trebuie luate pentru a crea sistemul de informare suport pentru Directivă, considerăm că implementarea acestuia va fi semnificativ întârziată raportat la data stabilită pentru intrarea în vigoare a acesteia.

Cooperarea privind evaluarea tehnologiei medicale

Uniunea sprijină constituirea unei rețele voluntare între autoritățile sau organismele naționale responsabile de evaluarea tehnologiilor în domeniul sănătății. Această rețea trebuie să funcționeze în principii bunei guvernante, incluzând următoarele criterii de funcționare:

- Transparența;
- Obiectivitatea;
- Independența;
- Avizele experților;
- Caracterul echitabil al procedurilor;
- Consultări adecvate ale părților interesate.

Sprijinul Uniunii poate fi acordat sub următoarele forme:

- (a) contribuției la finanțarea asistenței tehnice și administrative;*
- (b) sprijinirii colaborării dintre statele membre în ceea ce privește dezvoltarea și comunicarea reciprocă a metodologiilor de evaluare a tehnologiilor medicale, inclusiv evaluarea eficienței relative;*
- (c) contribuției la finanțarea furnizării de informații științifice transferabile destinate utilizării în rapoartele naționale și în studiile de caz comandate de rețea;*
- (d) facilitării cooperării dintre rețea și alte instituții și organisme relevante ale Uniunii;*
- (e) facilitării consultării părților interesate cu privire la activitatea rețelei.⁸⁶*

Obiectivele acestei rețele vizează:

- Evitarea dublei evaluări;
- Schimb de informații în timp util în ceea ce privește eficacitatea relativă și eficiența pe termen scurt și lung a tehnologiilor medicale;
- Sprijinirea cooperării.

⁸⁶ Art. 15, alin. 3 din Directivă.

Impactul Directivei nr. 24/2011

Unul din riscurile majore care amenință atât procesul de reformă cât și pe cel de adaptare a legislației la prezenta Directivă⁸⁷ îl constituie tentația lejerității și a superficialității, deosebit de periculoasă în contextul unui domeniu de interes pentru Curtea de Justiție a Uniunii Europene.⁸⁸ În acest sens, estimăm o coerență a Curții cu intențiile inițiale, ea putând afecta statele care nu înțeleg sau nu reușesc adecvarea la prevederile Directivei.

Directiva 24/2011 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 prealabile;
- Asigurarea unui standard de calitate a serviciilor medicale;
- Crearea sistemului de informare a pacienților;
- Existența unui sistem funcțional de asigurări de malpraxis/despăgubiri în caz de prejudiciu;
- Asigurarea coerenței dintre măsurile de reformă și principiile de funcționare ale unui sistem de sănătate enunțate în Directivă.

La o primă analiză putem considera că, în condițiile unor sisteme de asigurări sociale/asigurări sociale de sănătate corecte, care plătesc serviciile medicale în funcție de costurile de piață, vor fi în avantaj statele care:

- Au un nivel ridicat în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale;
- Au personalul necesar pentru a acoperi un surplus de pacienți;
- Au infrastructura medicală necesară;
- „Importă pacienți” din alte state;
- Inhibă migrația pacienților din propria țară;
- Costul investițiilor în sănătate se regăsește în costul serviciilor medicale.⁸⁹

Observăm astfel că serviciile de sănătate ar putea deveni cel puțin o sursă de ocupare a forței de muncă, dacă nu chiar una de profit. În acest ultim sens, trebuie luat în considerare și impactul pe orizontală al creșterii cantității de servicii medicale furnizate într-un stat, mai ales în condițiile în care calitatea

⁸⁷ În cazul României am putea spune că cele două demersuri sunt de fapt identice în acest moment.

⁸⁸ Trebuie observat faptul că această Directivă este în bună măsură rezultatul unor sentințe ale Curții de Justiție a Uniunii Europene, date în interpretarea Tratatului privind Funcționarea Uniunii Europene, fapt indicat și în cuprinsul acesteia (ex. punctul 6 din Preambul). Funcționarea Curții după modelul anglo-saxon (regula precedentului) face din ea atât un arbitru în stabilirea interpretărilor prezentei Directive cât și un factor de decizie raportat la întregul cadru juridic al Uniunii și la interesele cetățenilor. Cum influența politică asupra Curții pare să tindă către zero, adaptările legale și instituționale ale statelor membre la prezenta Directivă trebuie să țină cont de interpretările juridice, lăsând umorile politice deoparte.

⁸⁹ Cel puțin sub forma amortizărilor.

ridicată a serviciilor medicale este determinată în mare parte și de consumul ridicat de materiale și medicamente sanitare.

Impactul Directivei nr. 24/2011 asupra cetățenilor români

După cum am precizat, nivelul de referință în ceea ce privește rambursarea costurilor serviciilor medicale de care un cetățean român a beneficiat într-un alt stat este cel din statul membru de origine/afiliere, respectiv România. 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,⁹⁰ 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 bugetele 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,⁹¹ respectiv segregarea pe criterii de apartenență națională.

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,⁹² 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, un cetățean-pacient român care dorește să se trateze într-un alt stat 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).

⁹⁰ Mergând pe ipoteza relației direct proporționale între nivelul finanțării și gradul de acoperire a costului real al serviciilor medicale.

⁹¹ Motiv pentru care credem că este esențial rolul Curții în ponderarea acestor tendințe.

⁹² Ele ajungând chiar mai mari, în mod paradoxal, tocmai în țările sărace, datorită corupției și proastei gestionări a sistemului.

Migrația pacienților

Directiva nu anticipează o modificare semnificativă a fluxului de pacienți ca urmare a implementării prevederilor ei, estimând ca fiind mai probabilă dorința de accesare a unor tipuri specifice de asistență medicală într-un alt stat, cum ar fi:

- asistența medicală foarte specializată;
- asistența medicală din zonele de frontieră;
- pacienții care au membrii de familie într-un alt stat membru;⁹³
- pentru a avea acces la o altă metodă de tratament decât cea oferită în statul membru de afiliere;⁹⁴
- sentimentul că vor beneficia în alt stat membru de un nivel mai mare de calitate al serviciilor medicale.

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. Reforma sistemului sanitar poate constitui o modificare suficient de radicală a contextului intern încât să determine ivirea unui factor de tip *push* sau *pull* (în funcție de orientarea reformei) pentru migrația pacienților.

Chiar dacă nu există date care să indice intenții semnificative de a migra din partea pacienților din România, situația nu poate fi interpretată ca una definitivă, ea având o oarecare lipsă de predictibilitate. Migrația de amploare din perioada 2002-2008 pe care a cunoscut-o România, determinată de factori contextuali interni și externi, este suficientă pentru a indica modalitatea în care o situație relativ stabilă se poate transforma rapid în una instabilă. Suplimentar, acest flux migratoriu pentru muncă va avea drept efect nașterea unui flux migrator al pacienților, el fiind anticipat chiar și de Directivă; este vorba de membrii de familie ai românilor care lucrează în alte state membre, în cazul cărora probabilitatea de a dori să se trateze în statul membru de destinație este mult mai mare.

În măsura în care se va ivi, migrația pacienților va fi puternic orientată în funcție de nivelul de venituri, de curajul de-a asuma neplăcerile deplasării, de accesul la infrastructură, de existența rețelilor migratorii, de crearea unor trasee dedicate migrației pacienților.

„Finanțarea” migrației pacienților prin intermediul sistemului de asigurări sociale de sănătate în contextul Directivei constituie doar una din variabile. Acestea i se adaugă finanțarea din asigurările private de sănătate, pe model complementar și chiar suplimentar. Dacă vom asista la definirea concretă a pachetului de bază de servicii medicale, care presupune în mod automat o reducere a serviciilor medicale de care poate beneficia populația în sistemul de asigurări sociale de sănătate,⁹⁵ măsura firească o va constitui dezvoltarea asigurărilor complementare de sănătate. Într-o astfel de variantă interesantă este

⁹³ Având în vedere situația specială a României, care are cca. trei milioane de lucrători în străinătate, în special în Italia și Spania, estimăm un impact potențial semnificativ al unor astfel de cazuri, el fiind dependent într-o măsură considerabilă și de ceea ce se va întâmpla în perioada următoare în sistemul sanitar românesc, respectiv de măsurile de reformă ce vor fi realizate.

⁹⁴ Gradul de actualizare a procedurilor de tratament dintr-un stat și imaginea de care se bucură una sau alta din metodele de tratament pot constitui variabile semnificative pentru procesul de migrație a pacienților.

⁹⁵ Raportat la nivelul actual de finanțare „publică” a sistemului de sănătate. Însă situația se menține chiar și în varianta creșterii finanțării sistemului, în măsura în care ea depinde de gradul de sărăcie al națiunii.

compliance asigurărilor complementare la contextul asistenței medicale transfrontaliere, presiunea exercitată de asigurați și oportunitățile oferite de asiguratori în acest sens putând fi definatorii pentru nașterea fluxului migratoriu. În ipoteza în care asigurările complementare vor fi compatibile cu asistența medicală transfrontalieră,⁹⁶ credem că sunt aplicabile două ipoteze:

- a) *Decontarea serviciilor medicale se va face la nivelul costurilor de piață* – atunci sunt întrunite toate condițiile pentru ca pacientul să beneficieze de un nivel mare al rambursării, deci, în principiu, contextul ar fi unul favorabil migrației.⁹⁷ Ipoteza trebuie completată cu următoarele elemente care întregesc tabloul: ea aduce cu sine scăderea serviciilor medicale din pachetul de bază, deci creșterea cuantumului celor din asigurarea complementară. În acest caz atitudinea asiguratorilor din sistemul complementar constituie o variabilă importantă, ce va influența semnificativ procesul migrației.⁹⁸
- b) *Decontarea serviciilor medicale se va face sub nivelul costurilor de piață (modelul actual)* – este greu compatibilă cu introducerea asigurărilor complementare de sănătate. Din această perspectivă însă Directiva ar putea reprezenta o fereastră de oportunitate pentru asigurările complementare, dacă pacienții înțeleg să-și asume fie costurile derivate din diferența dintre nivelul rambursării asigurate de statul român și costul concret al serviciilor medicale din pachetul de bază de care beneficiază în străinătate, fie costul total al serviciilor medicale din pachetul de bază (mai ales în ipoteza în care acesta va fi unul redus).

Dacă nivelul costurilor informale dintr-un stat este același sau destul de apropiat de costurile tratamentului într-un alt stat, este destul de probabil ca o astfel de situație să constituie condiții favorabile migrației pacienților. Disponibilitatea pacienților de plată (în special a unor categorii de pacienții) este o variabilă importantă în fenomenul migrației pacienților.

Una din soluțiile împotriva „migrației pacienților” o constituie modalitatea de rambursare a costurilor de către statul de origine, acesta putând crea 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 avantaj⁹⁹ în fața celui care se comportă corect față de proprii cetățeni.¹⁰⁰

⁹⁶ Considerăm că ele vor trebuie să fie compatibile, tocmai ca efect al Directivei, ipoteza contrară conducând la situația în care asigurările complementare ar constitui limitări ale libertății de circulație a pacienților.

⁹⁷ Pentru a evidenția mecanismul de acțiune suspendăm pentru moment influența altor variabile într-o asemenea ipoteză, cum ar fi creșterea calității serviciilor medicale care pot fi acordate la nivel național, aceasta putând avea un efect inhibitor asupra migrației pacienților.

⁹⁸ Având în vedere costurile mai reduse cu forța de muncă din România putem anticipa că interesul societăților de asigurări va fi mai curând ca serviciile medicale să fie acordate în țară, pentru a reduce costurile de decontare a serviciilor medicale de care beneficiază asigurații.

⁹⁹ Restricționarea migrației pacienților proprii prin intermediul autorizării prealabile constituie un avantaj din punctual de vedere al prezervării (și eventual chiar dezvoltării) infrastructurii medicale proprii și mai ales în situația existenței listelor de așteptare. A se vedea în acest sens estimările dinamice pentru fiecare ipoteză din cadrul prezentului studiu.

¹⁰⁰ În acest sens, estimăm o reacție și din partea Comisiei, cel puțin în cadrul rapoartelor ce vor fi întocmite periodic pe tema aplicării acestei Directive.

Analiza efectelor raportat la diferitele strategii abordate de statul român

Din perspectiva impactului Directivei, în cazul României posibilitățile sunt următoarele:

- a) **Menține actualele costuri ale rambursării/decontării serviciilor medicale**¹⁰¹ (cele prevăzute în Normele la Contractul cadru, utilizate în relațiile cu unitățile sanitare). Consecințele:
 - **Pe plan intern:**
 - Se menține diferența semnificativă dintre ceea ce sistemul declară că poate asigura și ceea ce asigură efectiv, cu următoarele consecințe:
 - Pacienții suportă diferențele de costuri;
 - Practic se extinde inegalitatea accesului la serviciile medicale, nivelul resurselor financiare generând diferențe chiar și în cazul serviciilor medicale cu o puternică tentă socială.
 - Pacienții români care se tratează în străinătate (presupunând existența autorizării prealabile) vor avea parte de:
 - Rambursarea costurilor serviciilor medicale de care au beneficiat la un nivel sub cel al costurilor de piață ale serviciilor medicale din statul membru de afiliere;
 - Amânarea rambursărilor va fi utilizată ca mecanism de echilibrare a bugetului;
 - În funcție de costurile serviciilor medicale din țara în care se tratează costurile pentru pacient pot fi:
 - Mai mari (în special datorită nivelului salariilor personalului din acea țară); gradul de satisfacție poate compensa în bună măsură diferența de costuri.¹⁰²
 - Mai mici (în special datorită eficienței; poate fi luat în considerare și impactul diferitelor tipuri de subvenționare); diferențele lingvistice și culturale precum și distanța sunt singurele care pot diminua tendința de migrație.
 - Sistemul de finanțare face economii/câștigă în situația în care tot mai mulți pacienți români se tratează în străinătate, fiind interesat să accelereze/simplifice procedura autorizării prealabile;
 - Are loc o diminuare a adresabilității unităților sanitare din țară în favoarea celor din străinătate, organizată pe criterii de venit:
 - Pacienții cu un nivel de venituri mai ridicat vor tinde să se trateze în străinătate;

¹⁰¹ Aceasta este varianta în care România păstrează întru totul actualul sistem.

¹⁰² Trebuie să luăm în considerare și efectul pe care-l poate avea un astfel de comportament asupra statusului social, acest demers putând intra în indicatorii unui anumit nivel de trai.

- În țară se vor trata în special pacienții cu venituri mici și cazurile sociale.
- Scad încasările unităților sanitare, situația având un impact semnificativ asupra:
 - Nivelului de salarizare se va reduce și mai mult:
 - În consecință se accentuează procesul migrației
 - Ca urmare are loc o scădere a nivelului de competență a salariaților din sănătate, unul din efecte constituindu-l o diminuare a capacității sistemului de-a acorda servicii medicale de calitate și serviciile medicale rare:
 - Lipsa posibilității de-a acorda anumite servicii medicale crește procesul migrației pacienților (scăderea calității serviciilor medicale considerăm că va avea același efect);
 - la naștere un adevărat cerc vicios.
 - Posibilitățile de acordare a medicamentelor și materialelor sanitare scad;
 - Investițiile în aparatură/*update* tehnici și servicii scad și ele:
 - Ambele au ca efect scăderea calității serviciilor medicale și a capacității de acordare a acestora, potențând astfel tendința de migrație a pacienților, împreună cu efectele ulterioare.
- **Pe plan extern**
 - Tratatamentul în România devine, în principiu, o afacere rentabilă pentru alte state membre, datorită costurilor mai mici pe care trebuie să le ramburseze propriilor cetățeni care au fost tratați în România;
 - Putem asista la nașterea unui flux de pacienți către România, cel puțin în fază inițială;
 - Deoarece pacienților din alte state membre nu le sunt în principiu aplicabile procedurile plăților informale, diferența dintre nivelul de plată al serviciilor medicale și nivelul de cost (pierderea) va fi suportată de :
 - Unitățile sanitare;
 - Pacienții din România;
 - Personalul din sistem (salariile scăzute).
 - Se vor menține deficiențele privitoare la calitatea serviciilor medicale:
 - Cresc exponențial situațiile litigioase;
 - Pe fondul creșterii nivelului de despăgubire (inerent Directivei) va avea loc o creștere a cuantumului primelor de asigurare:

- Se va reflecta în special în buzunarul salariaților având drept consecință o scădere a veniturilor;
- Va determinat apariția medicinei defensive;
- Crește neîncrederea personalului în sistem – se accentuează tendințele de migrație.
- Pot apărea „pacienții străini speculativi”, dornici de exploatarea în interes personal a situației prin intermediul litigiilor.

b) Crește valoarea de decontare a serviciilor medicale:

b.1) Crește valoarea decontării serviciilor medicale (tinzând către costurile de piață ale acestora) cu menținerea aceluiași nivel de finanțare al sistemului de asigurări sociale de sănătate:

b.1.1: scade nivelul pachetului de bază de servicii medicale.¹⁰³

- necesită introducerea asigurărilor complementare de sănătate:
 - *considerate ca parte a pachetului social:¹⁰⁴*
 - prevederile Directivei sunt aplicabile;
 - rambursarea serviciilor medicale tinde către costuri;
 - autorizarea prealabilă trebuie acordată de-o instanță mixtă: autoritățile de stat și asiguratorul complementar;
 - calitatea serviciilor medicale poate să influențeze semnificativ adresabilitate internă sau externă;
 - nivelul la care pacienții din alte state membre trebuie să suporte costurile serviciilor medicale din România tinde către costul real al acestora;
 - unitățile sanitare ar putea avea de câștigat;
 - salariații ar putea avea de câștigat;
 - *considerate ca parte a pachetului privat:*
 - nu intră în domeniul de acțiune a Directivei;
 - scade numărul serviciilor medicale pentru care pacienții români ar putea beneficia de rambursare;
 - se accentuează tendința de discriminare față de cetățenii altor state U.E.;
 - crește presiunea pentru sporirea sectorului privat de furnizare a serviciilor medicale în dauna celui public;

¹⁰³ Pachetul de bază de servicii medicale tinzând către pachetul minim.

¹⁰⁴ Am luat în considerare această variantă destul de puțin probabilă a introducerii unui sistem complementar ca parte a sistemului de asigurări sociale de sănătate având în vedere unele propuneri în acest sens care au circulat la nivel oficial. Chiar dacă este parte a unei strategii oneste de abordare a problemelor ce privesc finanțarea sistemului sanitar, o astfel de variantă ridică următoarea problemă: în ce măsură asigurările complementare de sănătate pot avea un caracter social?

- sau crește orientarea către servicii medicale în alte state membre (pe sistemul privat);
- scade posibilitatea statului român de a furniza serviciile medicale în sectorul public la nivelul serviciilor suportate de sistemele sociale/asigurările sociale de sănătate din alte state
 - scade nivelul de adresabilitate externă a sistemului sanitar public românesc.

b.1.2: se menține pachetul de bază actual de servicii medicale:

- necesită reducerea semnificativă a totalului serviciilor medicale acordate populației;
- eficiență teoretic în măsura în care ar putea elimina marja determinată de cererea indusă de servicii medicale (efectul sistemului DRG combinat cu finanțarea scăzută și absența unui nivel rezonabil al controlului);
- determină introducerea listelor de așteptare:
 - crește presiunea (justificată legal) pentru avizul prealabil în vederea tratării în străinătate;
- se accentuează diferența dintre nivelul teoretic și cel practic de asigurare a serviciilor medicale necesare populației.

b.2) Crește valoarea decontării serviciilor medicale (tinzând către costurile de piață ale acestora) cu creșterea nivelului de finanțare al sistemului de asigurări sociale de sănătate

- constituie varianta optimă din punctul de vedere al:
 - pacienților:
 - crește cantitatea și calitatea serviciilor medicale de care poate beneficia în țară;
 - scade presiunea pentru plățile informale;
 - crește nivelul de rambursare al tratamentelor din străinătate;
 - scade tendința de discriminare a pacienților români față de cei străini;
 - salariaților:
 - creșterea nivelului încasărilor unităților sanitare pentru pacienții români și străini poate conduce la creșterea nivelului de salarizare;
 - crește calitatea serviciilor medicale
 - crește gradul de satisfacție profesională;
 - scade tendința de migrație;
 - sistemului sanitar:
 - crește capacitatea unităților sanitare de acordare efectivă a serviciilor medicale;
 - crește capacitatea de dezvoltare a spitalelor;
 - crește calitatea serviciilor medicale:

- crește nivelul de adresabilitate;
 - scade tendința de migrație a pacienților;
 - crește încrederea cetățenilor în capacitatea statului de a le satisface dreptul la sănătate.
 - sunt aplicabile în parte mențiunile de la *scăderea pachetului de bază cu introducerea asigurărilor complementare cu caracter social*.
- c) Se elimină sistemul de asigurări sociale de sănătate trecându-se la finanțarea din bugetul statului a pachetului de bază/pachetului social de servicii medicale:**
- c.1) cu finanțarea la același nivel a sistemului:
 - c.1.1) asigurând același nivel de decontare a serviciilor medicale – a se vedea punctul a);
 - c.1.2) crescând nivelul de decontare a serviciilor medicale – a se vedea punctul b.1;
 - c.2) cu creșterea nivelului de finanțare (destul de puțin probabil) – a se vedea b.2);
 - c.3) cu scăderea nivelului de finanțare – o cumulare de efecte negative.

Calitatea serviciilor medicale

Având în vedere problemele ridicate de autorizarea prealabilă, una din întrebările principale care se pune este în ce măsură diferențele de calitate a serviciilor medicale între diferitele state pot influența condițiile de acordare a autorizării prealabile?

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. Altfel spus, garantarea unui anumit nivel de calitate a serviciilor medicale pentru pacienții altor state membre devine standard de calitate pentru întregul sistem medical public al unui stat.

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), aceasta fiind de fapt direcția esențială a reformei din sănătate.

În contextul Directivei, în România CoNAS-ul ar trebui să devină un centru de informare și garantare a calității serviciilor medicale. El poate intra într-o rețea a organismelor similare, prin intermediul cărora poate fi asigurat o bună parte din schimbul de informații.

Având în vedere deseale manifestări, din cuprinsul acestei Directive, ale interesului pentru calitate și la fel de frecventele mențiuni privind cooperarea între state, este evidentă necesitatea demersuri-

lor pentru crearea unor mecanisme eficiente privind calitatea serviciilor medicale. Ținând cont de faptul că principala instituție de reglementare în domeniul calității serviciilor medicale, raportat la condițiile de desfășurare a activității spitalelor, este Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor, este evidentă necesitate creării unui cadru de cooperare european în domeniu. În acest sens, demersul pentru stabilirea unor standarde minime de acreditare a unităților sanitare din statele Uniunii Europene (armonizarea la nivel minim a standardelor de acreditare), combinat cu interesul privind identificarea relației dintre calitatea vieții profesionale și calitatea serviciilor medicale, constituie una din cele mai indicate direcții de acțiune în spiritul acestei Directive.

Ținând cont de specializarea în ceea ce privește controlul, certificarea și monitorizarea standardelor de funcționare și de calitate a spitalelor, CoNAS-ul ar trebui să fie situată în prima linie a instituțiilor care oferă informații pacienților străini în domeniu. În același timp, având în vedere importanța creșterii calității serviciilor medicale din perspectiva Directivei nr. 24/2011, această instituție este prima chemată să modifice standardele de calitate a serviciilor medicale. De altfel, considerăm necesar un grup de lucru la nivelul U.E. pe tema unei armonizări a standardelor de acreditare a unităților sanitare, acționând astfel în direcția stabilirii unor standarde minime de calitate în domeniul serviciilor medicale la nivelul U.E.

Personalul din sistemul sanitar

Având în vedere faptul că efectele asupra salariaților din sănătate au fost analizate în diferitele secțiuni ale studiului, redăm aici punctual doar câteva din efectele anticipate:

- **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 (evidentă 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;
- 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.

Migrația personalului

Nu putem estima în marje rezonabile efectele Directivei asupra migrației personalului medical atât datorită lipsei de date comparative în ceea ce privește specificitatea diferitelor sisteme de asigurări sociale de sănătate cât și datorită necunoașterii tipului de politici adoptate de fiecare dintre statele membre în cadrul procedurii de armonizare legislativă raportat la aceasta.

Observații generale

În măsura în care se bazează pe sistemele sociale de sănătate, fundamentarea Directivei pe libertatea de a presta servicii este una problematică, având un efect semnificativ și în ceea ce privește interpretarea ei. Astfel, intențiile furnizorilor de servicii medicale joacă un rol foarte important în determinarea limitelor asigurării asistenței medicale transfrontaliere. Cum putem prezuma că este vorba de un cadru economic în care se situează acești furnizori, variabila profit are un impact semnificativ asupra întregului sistem. Motiv pentru care textul Directivei este contradictoriu în diversele sale locuri, respectiv acolo unde afirmă valorile clasice ale unui sistem social de sănătate (solidaritatea, echitatea etc.).

Prevederile Directivei oscilează continuu între dreptul/obligația statelor de a-și gestiona propriile sisteme sociale de sănătate și interesul pentru crearea unui spațiu european în domeniu. Dorința de a realiza o uniune fiscală poate determina câțiva pași în direcția creării unui sistem social pentru sănătate la nivelul U.E. Dacă luăm în considerare fundamentul economic al Uniunii și avem în vedere sumele aferente serviciilor de sănătate putem considera că sănătatea este mult mai probabil să fie vizată de măsuri de unificare decât alte sisteme sociale.

Înțelegerea prevederilor acestei Directive este dependentă de identificarea relațiilor pe care ea le are cu alte acte care reglementează acest domeniu, în special cu Regulamentul (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială la nivelul statelor membre. Luate împreună, ele creează cadrul de interpretare a ceea ce am putea considera a fi drepturile cetățeanului în domeniul sănătății la nivelul U.E.

Prevederile Directivei conduc la situația unor comparații și omologări dintre două sisteme diferite de finanțare a sănătății: sistemele de asigurări sociale de sănătate și sistemele sociale (care includ sănătatea ca parte a lor).

În cazul unui aflux mare de pacienți într-un stat poate fi anticipată o creștere a costului serviciilor medicale; însă costurile ce vor trebui suportate de propriile sisteme de asigurări sociale de sănătate fiind surclasate de avantajele pe care afluxul de pacienți le poate oferi.¹⁰⁵

Având în vedere faptul că atât agenții privați cât și pacienții sunt îndreptățiți să speculeze oportunitățile de pe piață este de așteptat ca fiecare slăbiciune a sistemului să fie exploatată. Asta ar putea include și o asigurare pentru rambursare, care să faciliteze recurgerea la serviciile medicale furnizate în alt stat cu prețul ridicării costului total al serviciilor medicale atât pentru stat cât și pentru pacienți.

¹⁰⁵ Într-un mode ideal creșterea ar putea fi direct proporțională cu surplusul adus de angajările suplimentare din sistemul sanitar.

Concluzii și recomandări

Uniunea Europeană include, cel puțin la nivel declarativ, 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. următoarele concepte 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.

Drept consecință, 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.

Faptul că Directiva se referă simultan la *sistemele naționale de sănătate* și la condițiile ce trebuie îndeplinite pentru libera circulație a pacienților/serviciilor medicale, creează un anumit set de obligații pentru sistemele naționale de sănătate, pe care și România este ținută să le respecte prin introducerea unor prevederi legale specifice. Altfel spus, conformitatea la prevederile directivei include crearea unui anumit cadru juridic aplicabil serviciilor medicale acordate în sistemul public/de asigurări sociale de sănătate din România, în opinia noastră el trebuind să se situeze în primele obiective ale reformei sistemului de sănătate. Putem considera că Directiva prezumă faptul că absența atât a criteriilor de acces la serviciile medicale publice/sociale naționale cât și faptul că aceste criterii, în măsura în care există, nu respectă condițiile enunțate, constituie o îngrădire a libertății de acordarea a serviciilor medicale/de circulație a pacienților. Altfel spus, conformitatea la prevederile Directivei presupune câteva modificări structurale esențiale pentru sistemul sanitar românesc.

Din punctul de vedere al liberei circulații a pacienților esențial este faptul că Directiva ia drept o achiziție indiscutabilă dreptul/libertatea unui cetățean dintr-un stat membru de afiliere de a se trata într-un alt stat membru, în discuție fiind de fapt dreptul la rambursarea costurilor serviciilor medicale în contextul în care un pacient își exercită această libertate.

În principiu, în contextul cadrului juridic creat de Directiva nr. 24/2011, statul român poate 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*.

Așa cum aminteam, Directiva 24/2011 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 prealabile;
- Asigurarea unui standard de calitate a serviciilor medicale;
- Crearea sistemului de informare a pacienților;
- Existența unui sistem funcțional de asigurări de malpraxis/despăgubiri pentru prejudicii;
- Asigurarea coerenței dintre măsurile de reformă și principiile de funcționare ale unui sistem de sănătate enunțate în Directivă.

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.

Amenințări

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,¹⁰⁶ 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.

¹⁰⁶ Cristian Vlădescu, Cristian Bușoi, *Politici de sănătate în Uniunea Europeană*, Editura Polirom, Iași, 2011, p. 130.

În opinia noastră în mod eronat se consideră că toate serviciile medicale de care ar putea beneficia cetățenii români în străinătate sunt supuse autorizării prealabile, cu excepția medicinei de urgență. Dreptul statelor de a introduce autorizarea prealabilă este unul limitat la situații definite, neputând fi extins la toate cazurile.¹⁰⁷ Regula o constituie libertatea furnizării serviciilor medicale, corelativ constituindu-i libertatea cetățenilor dintr-un stat membru de afiliere de a beneficia de serviciile medicale acordate într-un alt stat. Sensul Directivei nr. 24/2011 este cel stabilit în mod repetat prin sentințele Curții:¹⁰⁸ *resortisanții UE pot beneficia de îngrijiri medicale într-un alt stat membru fără autorizație prealabilă și pot obține rambursare în conformitate cu tarifele statului în care au asigurare. Aceste două cauze au vizat rambursarea costurilor aferente ochelarilor și tratamentului ortodontic al pacienților externi.* În acest context, a reduce eforturile de adaptare a legislației la construirea unui sistem de autorizare prealabilă și a considera că prevederile sunt similare legislației actuale în domeniu reprezintă o dovadă de neînțelegere a sensului Directivei. Autorizarea prealabilă trebuie văzută ca o excepție de la regulă, împărțând soarta juridică a excepțiilor.

Chiar dacă am fi îndreptățiți să vorbim de prevalența autorizării prealabile, situația sistemului sanitar din România este într-atât de dramatică încât numărul cazurilor care au dreptul legal de a beneficia de tratament în străinătate este foarte mare. Faptul că un spital nu are materialele și medicamentele necesare pentru acordarea tratamentului la care au dreptul pacienții ar putea fi invocat ca motiv pentru solicitarea autorizării prealabile.

Refuzul acordării autorizației prealabile invocând *menținerea unei capacități de tratament sau a unei competențe medicale pe teritoriul național care este esențială pentru sănătatea publică* este unul îndreptățit, dar care ridică însă o serie de dificultăți de aplicare. În primul rând considerăm că statului îi revine sarcina probei unei astfel de situații. Apoi, aceste capacități de tratament trebuie să respecte condițiile de calitate raportat la standardele europene în domeniu. Nu în ultimul rând, sunt importante și condițiile de acces la aceste capacități de tratament, orice disjuncție între dreptul legal al cetățeanului și realitățile practice (spre exemplu obligarea pacientului de a cumpăra medicamentele și a materialele sanitare) putând fi invocată împotriva statului. De altfel, nerespectarea condițiilor de acces la serviciile medicale în parametrii legali credem că va constitui unul din motivele cel mai frecvent invocate în lipsa unei reforme sanitare eficiente.

Reamintim faptul că atât în ceea ce privește asistența medicală pe teritoriul propriu cât și cea transfrontalieră (deci privind primirea de asistența medicală și rambursarea costurilor asistenței medicale), statele membre pot menține:

- condiții generale;
- criterii de eligibilitate,;
- formalități de reglementare și administrative;
- cerința de a consulta un medic generalist înainte de a consulta un specialist sau înainte de a beneficia de asistența spitalicească;

Aceste condiții pot fi introduse/menținute în măsura în care:

¹⁰⁷ În situația în care autoritățile din România vor cădea victimele unei astfel de interpretări, vom asista la o transpunere greșită a prevederilor acesteia în legislația internă, riscând sancțiunile de rigoare.

¹⁰⁸ Hotărârile Curții din 28 aprilie 1998, Kohll și Decker (cauzele C-158/96 și C-120/95)

- sunt necesare;
- sunt proporționale cu obiectivul urmărit;
- nu au un caracter discreționar sau discriminatoriu.

Totodată, aceste condiții generale, criterii și formalități trebuie:

- să fie aplicate:
 - o în mod obiectiv,
 - o în mod transparent,
 - o în mod 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.
- informațiile cu privire la aceste condiții trebuie puse la dispoziția publicului anticipat.

În același timp este necesar ca deciziile să fie luate cât mai repede posibil.

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. Altfel spus, garantarea unui anumit nivel de calitate a serviciilor medicale pentru pacienții altor state membre devine standard de calitate pentru întregul sistem medical public al unui stat.

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;¹⁰⁹
- *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 pen-

¹⁰⁹ Este posibil un scenariu chiar mai grav, costurile de rambursare reduse (mult inferioare celor de piață) riscând să genereze adevărate fluxuri de pacienți din alte state, aceste putând astfel chiar să încurajeze (chiar dacă neoficial) astfel de fluxuri migratorii capabile de a genera adevărate economii în propriile sisteme.

tru 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, spre exemplu lipsa profesioniștilor pentru anumite specializări 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.

Introducerea acestor mecanisme de transparentizare 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 malpraxis¹¹⁰ sau, de preferat, prin introducerea unui sistem de despăgubire a pacienților în caz de prejudicii.

Oportunități

În ansamblul efectelor estimate o situație aparte o au cetățenii români care lucrează legal în alte state. În momentul în care aceștia se întorc în țară și accesează serviciile medicale ei sunt în situația unor „pacienți migratori”, având în vedere faptul că sunt asigurați în statul în care lucrează. În măsura în care statul român va reuși să fie competitiv pe piața serviciilor medicale acești cetățeni ar putea deveni o importantă sursă de venituri pentru sistemul românesc de sănătate. Abordată în perspectivă, situația va cunoaște mai curând o accentuare, dacă avem în vedere faptul că în următoarea decadă o bună parte din lucrătorii români din străinătate vor dobândi statutul de pensionari în țările în care lucrează și majoritatea se va întoarce în România.¹¹¹ Este evident faptul că pentru statul român una din oportunități o reprezintă tratamentul asigurat românilor care lucrează în mod legal în alte state ale U.E., în cazul acestora tratamentul contra cost și rambursarea ulterioară a costurilor de către alte state putând contribui la o balanță pozitivă în ceea ce privește raportul dintre „exportul” și „importul” de pacienți. Două condiții sunt însă esențiale pentru reușita acestui proces: stabilirea costurilor reale pentru toate serviciile medicale și limitarea semnificativă a corupției adiacente acestui proces.¹¹²

¹¹⁰ Este motivul pentru care o nouă lege a malpraxisului este pe agenda Ministerului Sănătății, anticipându-se astfel o parte din problemele viitoare ale sistemului.

¹¹¹ Evident, nu am luat în considerare situația (necesară) armonizării sistemelor de protecție socială cu statele de destinație, în special cu Italia și cu Spania.

¹¹² Principalul mod de acțiune îl constituie „urgenta contra cost”: clasificarea unui caz drept urgență de către doctorul care a primit o sumă de bani. Poate fi considerat un gest ce ține de zona corupției în măsura în care pacientul în cauză are resursele necesare pentru a-și putea plăti în primă instanță tratamentul, urmând să beneficieze de

Complianța lingvistică a furnizorilor de servicii medicale va constitui o variabilă foarte importantă din perspectiva fluxului de pacienți. Unitățile sanitare care aplică o strategie de pregătire a personalului în acest domeniu, corelată cu o selecție strategică a limbilor, ar putea avea un avantaj competitiv.

În noul context se pot dezvolta următoarele tipuri de asigurări:

- pentru plata inițială a costurilor serviciilor medicale, până la primirea rambursării;
- pentru diferența dintre costurile serviciilor medicale și nivelul la care statul român le rambursează;
- împotriva riscului de nerambursare a costurilor medicale.

De asemenea, asigurările de sănătate centrate pe tratamentul în străinătate¹¹³ pot include posibilitatea demersurilor pentru rambursarea sumelor, prin crearea unor mecanisme flexibile de finanțare/decontare. Suplimentar, luăm în considerare posibilitatea dezvoltării unor servicii profesionale de consiliere și asistență/acompaniere a accesării serviciilor medicale din alt stat membru, care să includă și suportul lingvistic, ce poate accelera procesul.

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,¹¹⁴ 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.

În cadrul prezentului studiu am încercat să demonstrăm, luând în considerare efectele estimate ale Directivei, că 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 câteva măsuri de reformă ce ar acoperi în cea mai mare măsură interesul general, indicând totodată 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.

rambursarea costurilor în statul unde lucrează. În momentul în care este vorba de pacienți fără resurse, situația trebuie analizată într-o altă paradigmă, argumentul *ad misericordiam* prevalând.

¹¹³ Avem în vedere acele asigurări de sănătate care asumă dublarea (substituirea) asigurării sociale de sănătate prin asumarea unor costuri suplimentare de către pacient. De altfel, în condițiile în care pachetul de bază nu este definit sau are o definire legală nefuncțională în mod practic, toate asigurările medicale private dublează, cel puțin teoretic, partea care este/ar trebui să fie asigurată de sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

¹¹⁴ Aceasta fiind poate cel mai important „dezmembrământ” al *liberei circulații a cetățenilor*, alături de o altă dimensiune, respectiv *libera circulație a consumatorilor* (din care face parte și *libera circulație a pacienților*).

***The Impact of Directive 2011/24/EU
on the Romanian health system***

Foreword

The present study tackles the provisions of Directive 2011/24/EU from the perspective of its estimated impact on the Romanian healthcare system as a whole. The analysis is carried out both in relation with the present state of the system and considering its chances for reform, in an attempt at suggesting the best solutions in our view.

We did not intend a mere analytical rendition of the legal text; instead, we focused on what was relevant from the perspective of its impact, approaching the technical provisions and the ones which we considered as having minimum impact in a compendious manner. Stress was laid especially on the provisions which correspond to the “national sensitivity” in the field, considering that we have been, for many years, witnesses or actors in a debate on the reform of the healthcare system. To this effect, we have considered both issues pertaining to principles applicable to a healthcare system, inasmuch as the directive mentions them, and the functional mechanisms which should be taken into account.

Since Directive 2011/24/EU is not a singular gesture made by the European Union institutions, being preceded by normative acts and numerous resolutions of the European Union Court of Justice, the study starts from framing this directive in the judicial context and analyses the way in which it produces effects at national level. Even though it is not a complex approach to the Union’s juridical mechanisms, we consider that their introduction is sufficient for the understanding of the applicable juridical context.

The analysis of the provisions of the Directive is structured on two parts: an approach to the introductory text which underlies and explicates the interpretations that should be given to the directive and the approach to the legal text itself. Some of the provisions that we have tackled in the analysis of the foundation are not discussed again in the part dedicated to the articles of the Directive. This is not the case for some delicate aspects, such as the prior authorisation, which we tackle more thoroughly in the second part.

As previously stated, we insisted on presenting and analysing the provisions of the Directive which have a significant impact on the way of functioning of the Romanian healthcare system, as the transposition of these provisions in the national law is actually one of the reform measures announced. To put it otherwise, we consider that a large part of the healthcare system reform measures already made official, are, in fact, either results of the obligation to transpose the provisions of the Directive in the national law (e.g., amendments to the malpractice legislation, a more complex approach to the patients’ rights, etc.) or anticipations of its effects (e.g., specifications for a basic healthcare services pack, modifications at the wage scale level, etc.). This approach allowed us to suggest alternative reform variants, with their foreseeable effects, indicating every time the best solutions in our view.

As the provisions of the Directive must be made part of the national legislation by 25 October 2013, at this moment, the national provisions are being drafted. Therefore, we consider that the present study is, first and foremost, a framework for the debate with respect to the identification of the best legislative solutions, in accordance with the multiple interests involved, i.e., those of the citizens, patients, healthcare employees, as well as those of the Romanian State.

The judicial impact of directives at national level

For the analysis of the estimated impact of Directive 2011/24/EU on the Romanian health system is important to understand the way in which any directive acts on the national legislation and on the Romanian juridical space. Therefore, we briefly present what can be regarded as the judicial status of directives.

Unlike treaties and regulations, which have direct and immediate applicability in all Member States, being also compulsory at the law courts level, directives are framework regulations with effects produced by their transposition into national law. Mention should be made that their objectives are compulsory for Member States. This juridical status has a few significant effects:

- The judge applies for a specific case the national norms which translate the provisions/objectives of the directive.
- The directives are only opposable to Member States. They do not apply in the relationship between citizens. In other words, the obligation to translate the provisions and objectives of a directive into national legislation belongs to the State, which is why it can be held responsible for any divergence from the conformable transposition.
- Provided that the provisions of a directive are not transposed into national law, the judge shall refer to the provisions of the national law.

a) The direct effect of the directive

These application principles have an exception with a particularly great impact as far as this Directive is concerned: if the directive has not been implemented into national legislation within its terms and its provisions are *absolute* and *precise enough*, these provisions can be appealed to against any directive of national law, but only against the state. In this case, it is about the **direct enforcement of the provisions of the directive**, and **the appeal to its direct effect**, respectively. The definition of the State from perspective of the EU Law is crucial here: the Court case-law indicates that the provisions of the directive may be appealed to against agencies under the State's authority or control, against fiscal or financial institutions, against local or regional authorities, or even against public service authorities. We must also note that instituting proceedings against these institutions/organisations can be pursued either in their quality of public authority or as employers.¹¹⁵

The doctrine establishes the fact that its provisions can only be applied against the State as *the vertical direct effect* of the directive, adding *the horizontal direct effect* to it, i.e., the fact that one cannot apply to the provisions of the directive against another (either natural or legal person). One of these effects is the fact that, should the provisions within national law transposing the directive be missing, Member States cannot hold liable the ones who transgress its provisions.¹¹⁶

b) Interpretation of the provisions of the directive when transposed into national law

¹¹⁵ The provisions of Directive 2003/88 have a significant impact in this respect.

¹¹⁶ In this respect, one can note that failure to transpose the provisions of Directive 2011/24/EU into national legislation would render its provisions against natural persons and private legal persons inapplicable, but this is not the case for state institutions and similar organisations.

As far as the interpretation of the national law which transpose the provisions of a directive is concerned, the following aspects should be particularly noted:

- The local Courts should presume that the Member State is willing to fully abide by the objectives of the directive;
- The national transposition norms should be interpreted as closely as possible to the meanings of the provisions of the directive;¹¹⁷
- Interpretations of national law should be made in such a way that they will not contradict the provisions of the directive, without appealing to illegal interpretations of national law;
- Whenever in doubt as far as the interpretation of the provisions of the directive is concerned, the local Court will make a request for an interpretation from the European Union Court of Justice, the latter pronouncing a preliminary ruling.

c) “The direct effect” of the Court of Justice judgements in the interpretation of directives

Due to the importance of the precedent in the Community Law, the decisions of the European Union Court of Justice being very close to the *common law* system¹¹⁸, the judgements of the Court of Justice are opposable to the States and direct the interpretations of the national judges. This is the reason why can be speak, to a certain extent, of the existence of a direct effect of the Court of Justice ruling in interpreting and applying the provisions of directives.

Definitions and abbreviations

Member State of affiliation represents the state which the patient is citizen of or in which s/he has residence permit or other options which grant them affiliate status. In all situations, the patient must have the minimum rights to benefit from the healthcare services provided by the “social pack”.

Member State of treatment means the state on whose territory healthcare is provided.

The Court of Justice – The European Union Court of Justice

Directive – Directive 2011/24/EU

¹¹⁷ Relevant in this respect are cases adjudicated by the European Union Court of Justice, which have a mixed character: one of interpretation of the European legislation and one of creation of specific laws (the precedent principle applies).

¹¹⁸ The EU judicial system is similar to a great extent to the Anglo-Saxon system as far as the importance of precedent is concerned; therefore the interpretations given by the European Union Court of Justice are of the essence. The evolution of the interpretations concerning the prior authorisation depends to a great extent on the actions undertaken by patients associations in this direction.

Substantiation of Directive 2011/24/EU

Introduction

In order to conceptually delineate the objectives of this Directive, we shall start by approaching critically the arguments for the substantiation of Directive 2011/24/EU, its grounding principles. For this demarche, we have in view firstly a better understanding of the complex judicial framework which it generates, but also the fact that the Directive introduces implicit obligations of Member States, other than the ones specifically provided by its objectives. The analysis of the substantiation of the Directive focuses on aspects which we consider particularly significant, attempting at pinpointing their possible meanings, the problems they elicit, and to estimate their impact on the Romanian health system.

Methodological study definitions

Whenever the text of the Directive was considered as particularly relevant, we have quoted from it, fully or partially. As for the rest, we have presented the interpretations we gave to the legal text in a compendious manner. The citation of some texts from the Directive substantiation is indicated in italics, the number of each article being indicated at the beginning or the end of the paragraph.

Arguments in favour of a social health system

(1) As a general principle, treaties indicate the wish to protect health, suggesting that health is a priority. The provisions in the field include healthcare as part of the social dimension assumed by the EU.

(2) *“The majority of the provisions of this Directive aim to improve the functioning of the internal market and the free movement of goods, persons and services.”* The juridical framework is that of the fundamental liberties of the Union, i.e., the free movement of goods, persons, and services, the directive combining interests concerning the free movement of services with the ones concerning the free movement of individuals. In other words, the context is predominantly economic, comprising elements related to healthcare.

(3) *“The health systems in the Union are a central component of the Union’s high levels of social protection, and contribute to social cohesion and social justice as well as to sustainable development.”* The European Union includes, at declarative level, the healthcare system in the wider framework of the social protection system. The healthcare system reform should have regard to this aspect, ensuring at least a minimum level of social protection. To put it otherwise, we consider that introducing a neo-liberal healthcare system cannot be taken into consideration, as it would be incongruent with the EU strategies and legislation in the field.

(21) *“In its Conclusions the Council recognised that there is **a set of common values and principles that are shared across the Union about how health systems respond to the needs of the population and patients that they serve.** The overarching values of **universality, access to good quality care, equity, and solidarity** have been widely acknowledged in the work of various Union institutions”* (our emphasis).

Hence, we note the EU preoccupation for the functioning of society as a whole, with significant impact on the (social) health systems, acknowledging the existence of a set of common values and principles for all Member States. These values/principles are:

- universality
- solidarity
- equity
- access to good quality care.

We can further remark from this perspective that any intentional reform of the health system should be made with regard to these principles¹¹⁹, which means that the states' freedom to organise their own health systems is limited by the abidance to these principles (and to other subsequent provisions of this Directive).

Decisions left at the Member States level

(4).1 *“Member States retain responsibility for providing safe, high quality, efficient and quantitatively adequate healthcare to citizens on their territory.”* Although incidentally, the Directive mentions the Member State responsibility for the healthcare provided to their citizens. It is obvious that an attempt at reform on the part of Romania, which would result in excluding some citizens from access to certain categories of healthcare due to their limited financial resources, represents a significant difference from the rest of Member States which may trigger a complex set of phenomena whose impact is difficult to predict. With regard to the text above, another effect is the Romanian State's obligation to elaborate an efficient health system, which can be further interpreted in terms of certain limitations of an exaggerated emphasis on private systems. In addition, the obligation to ensure high quality healthcare requires significant efforts on the part of the Romanian system for ensuring the possibility of providing state-of-the-art medical techniques, which is only possible with adequate funding.¹²⁰

This sentence also raises an issue which tends to exceed the possibility of a state confronted with the migration phenomenon: the compulsoriness to ensure the required human resources, i.e., their presence at a qualitative and quantitative level sufficient to ensure adequate healthcare with high quality standards. The migration of the healthcare personnel brings forth workforce and especially skills deficit.¹²¹

(4).2 *“The transposition of this Directive into national legislation and its application should not result in patients being encouraged to receive treatment outside their Member State of affiliation.”* Two aspects are worth considering here: the former concerns the necessity of transposing the directive into national legislation, already known from the point of view of the hierarchy and acting way of the European

¹¹⁹ In this light, we can question to what effect is Vlădescu's project for a new Health Law (subsequently become, with some amendments, Cepei's project) abiding by these principles if it envisages the privatisation of the social health insurance system?

¹²⁰ It is true that the quality and efficiency combination can be interpreted in a restrictive sense reported to the new medical techniques and technologies, efficiency being used as an argument against the costs of these technologies.

¹²¹ If the health system employees can be replaced with new generations of graduates (especially when the ratio between the graduates number and the new employees number is improper, that is to say that the number of graduates is much bigger than the number of newly employed), this is not the case for the set of skills in the field, seriously affected by the fact that the migration process is selective in what competences are concerned.

norms, while the latter focuses on the fact that the system should be organised such way so as to avoid direct or implicit encouragement of patients to seek treatment in other state than their state of affiliation. If things are relatively clear in the case of explicit encouragement, the issue rises from the implicit encouragement of patients' migration, which may derive from the organisation of the health system. An interpretation of reform measures in the sense of an implicit encouragement of patients' migration may be appealed to if the respective measures are being taken for the transposition of the provisions of the Directive into national legislation.

(5) *In particular, decisions about the basket of healthcare to which citizens are entitled and the mechanisms used to finance and deliver that healthcare, such as the extent to which it is appropriate to rely on market mechanisms and competitive pressures to manage health systems, must be taken in the national context.* We note the states' freedom of choice in what the selection of health funding mechanism¹²² is concerned and also the requirements for defining a healthcare basket to which patients are entitled. Nonetheless, at the same time, these provisions should be interpreted in terms of the minimal obligations provisioned in the directive with regard to the qualitative and quantitative level¹²³ of medical care for each state.

(7) *This Directive respects and is without prejudice to the freedom of each Member State to decide what type of healthcare it considers appropriate.* This acknowledgement of the Member States' freedom to decide upon the health system type which they consider most adequate should be interpreted in the context of the provisions stipulating some conditions which health systems must comply with.

Objectives of the Directive

(9) *"The Council recognised the particular value of an initiative on cross-border healthcare ensuring clarity for Union citizens about their rights and entitlements when they move from one Member State to another, in order to ensure legal certainty."* In the light of this sentence, this Directive seems rather a necessary measure for accompanying the freedom of movement, being tightly related to the latter. As a rule, the phrasing does not allow medical tourism, the rights to cross-border healthcare being a contextual one. If this interpretation is considered definitive, we should further acknowledge the fact that, in legislators' view, this exception seems to refer to situations in which a certain type of treatment cannot be provided in the state of affiliation. However, assuming that a citizen has the rights to obtain prior authorisation to benefit from reimbursement of treatment in another Member State, on the grounds of difference in the quality of healthcare, we are then entitled to discuss the existence of some implicit minimal standards in what the quality of healthcare at the Union level is concerned, in reference to the

¹²² This can be also interpreted as non-involvement. The attitude is understandable especially if we consider the fact that this directive is rather placed in the context of the freedom of movement for citizens and services than in that of the EU citizens' fundamental rights.

¹²³ From this point of view, we may consider that the directive sets the premises for a form of solidarity between Member States in what the social health systems are concerned.

highest quality level available in public services.¹²⁴ This indicates a wider application level for the Directive, specifically phrased in the texts quoted below.

(10). a. *“This Directive aims to establish rules for facilitating access to safe and high-quality cross-border healthcare in the Union and to ensure patient mobility in accordance with the principles established by the Court of Justice and to promote cooperation on healthcare between Member States ...”*

As one can observe, the Directive assumes the formation of the legal framework of:

- Patient mobility;
- Access to cross-border healthcare;
- Safe and high-quality healthcare;¹²⁵
- Promotion of cooperation on healthcare between Member States.

(10). b. *“...whilst fully respecting **the responsibilities of the Member States for the definition of social security benefits relating to health** and for the **organisation and delivery of healthcare and medical care and social security benefits**, in particular for sickness.”*

A strict interpretation leads to the conclusion that the rights of Member States¹²⁶ are limited to:

- the definition of social security benefits relating to health;
- the organisation and delivery of:
 - o healthcare;
 - o medical care;
 - o social security benefits in case of sickness.

Application domain

(11). a) *This Directive should apply to individual patients who decide to seek healthcare in a Member State other than the Member State of affiliation. As confirmed by the Court of Justice, neither its special nature nor the way in which it is organised or financed removes healthcare from the ambit of the fundamental principle of the freedom to provide services.*

One can infer that cross-border healthcare has two judicial sources:

- the freedom to provide services, healthcare included;
- the patients’ freedom (limited by the prior authorisation) to decide individually on the place when they seek healthcare.

¹²⁴ It is just a step from this to *quality treatment cannot be provided in the country of affiliation*.

¹²⁵ The methodical interpretation of the provisions of the directive leads us to the conclusion that the quality of cross-border healthcare and the quality of healthcare in each state should be identical. It becomes apparent that the directive suggests, if not directly requires, the states’ obligation to take the necessary action in order to ensuring quality standards in healthcare.

¹²⁶ One should note that these rights are actually defined as responsibilities, which entails, in fact, obligation. This compulsoriness is of great importance from the perspective of reform.

As one can observe from this text and from the methodological interpretation of the provisions of the Directive, the freedom of services is more 'powerful' than the patient's free choice. In other words, insofar as the patient's request for healthcare depends on the service provider's freedom to grant healthcare, it tends to be permitted. This, in turn, leads to the conclusion that the interests of the healthcare providing companies/units outweigh the patients' interests.¹²⁷ Mention should be made that the patients' freedom of movement subsists insofar as it correlates with the free movement of services and, secondarily, with the free movement of persons. To put it otherwise, the free movement of patients depends to great extent on the healthcare services market, the former being the more ample as it contributes to the fulfilments of the latter's interests.

Reimbursement of costs

(26) The basis of this regulation¹²⁸ is represented by a few prior judgements of the European Union Court of Justice, which *acknowledged the patients' rights, as insured individuals, to the reimbursement of the costs generated by healthcare provided in another Member State, in the frame of the statutory system of social security*. Hence, we note that reimbursements refer to **the statutory system of social security**,¹²⁹ and that they can be also regarded as a form of cooperation at inter-institutional level between the statutory systems of social security from different states.¹³⁰ As we shall further observe, this Directive actually offers the perspective of a higher level of harmonisation through the possibility to adopt the clearing system in the bilateral relationships.

(26) *"The Court of Justice has held that the Treaty provisions on the freedom to provide services include the freedom for the recipients of healthcare, including persons in need of medical treatment, to go to another Member State in order to receive it there."* It is obvious that one of grounds (perhaps the most important) of cross-border healthcare is the freedom to provide services.¹³¹ We note the persons' rights

¹²⁷ This remark is particularly relevant considering certain strategies approached by healthcare units, which range from restriction of development in the direction of ensuring very expensive healthcare services to active measures for drawing patients in, the latter being considered especially by systems in which private units participate in providing social services. The tendency increases if the level of reimbursement of costs is compatible with the existence of profit.

¹²⁸ We can actually assert that this is the main reason for the issuance of this Directive.

¹²⁹ The phrase emphasises the obligation of possessing a social security system which includes Health, being one of the explicit mentions in favour of a European social system. From this point of view, one can assert that President Traian Băsescu's gesture to discuss the extinguishment of the social status (in approximated terms), more precisely, the attack at the social status which he has undertaken in the last three or four years contradicts the EU provisions in this direction. This gives birth to a question regarding his relationship with the EU Commission, Counsel, and Parliament in this respect, that is to say, whether these institutions have observed this false note between the internal politics and the declarations concerning the firm adherence to the Union or whether it corresponded to a general intention at the Union level, which was never transposed into law.

¹³⁰ This would constitute a first step (even through a very small one) towards the harmonisation of the social systems and, perhaps, even the formation of a unique social security system. In our opinion, the much debated fiscal union should be accompanied by a decisive step towards the harmonisation of the social security systems at EU level.

¹³¹ Grounded on the provider's liberty, cross-border healthcare is placed within the inherent limits of this liberty. As it is primarily regarded as liberty to provide medical care, it can be restrained with the help of the providers, at

to go to another Member State in order to receive medical care,¹³² which provides a potential opening of the healthcare services market for the EU citizens, which is, nevertheless, affected by numerous stipulations and restrictions, most of them implicit, as we shall see.

(27) The juridical frame for the application of the provisions of this Directive also includes:

- the provisions should be interpreted in accordance with the principles established by the Court of Justice;
- the provisions should be interpreted inasmuch as they do not affect the financial balance of healthcare and social security systems of the Member States;¹³³

resulting, nevertheless, in a greater judicial security as far the reimbursement of the costs of healthcare is concerned, for the following categories:

- patients;
- health professionals;
- healthcare providers;
- social security institutions.

Article (28) of the Substantiation refers to provisions already applicable on the grounds of other principles than that of the free movement of services, especially those pertaining to the coordination of social security systems at the Union level.

(29) Virtually, the aim of the directive is that patients should benefit from the principle of free movement, as well as the freedom of movement for services and citizens. As it is the case for the latter, the freedom is, nevertheless, restricted. Three limitations stand out at this point:

- reference to the member state of affiliation in what the minimum level of reimbursement is concerned;¹³⁴
- the freedom of Member States to establish the level of social protection in health/the extent of the sickness cover;
- prevention of the considerable¹³⁵ effects on the funding of national healthcare systems.

least when they are in the impossibility (objective, we hope) to provide these services. The problem is the way in which this impossibility occurs. Virtually, a state does not hold the rights to manage the health system pertaining to the social security system so as to wilfully produce such impossibilities; as such politics would exceed the spirit of the Directive. The problem intervenes when insufficient financial resources lead practically to an objective impossibility. In our view, this is the only variant applicable to Romania at this moment. Nevertheless, this entails efforts to pinpoint the real costs associated with healthcare, as well as efforts to increase the funding level, and, last but not least, the adjustment of the dimension of the social security system to the actual possibilities.

¹³² The possible effect of these rights is defined with the relatively improper syntagm *medical tourism*.

¹³³ O very loose provision which risks entailing abuse on the part of the States, determined by their wish to protect their own financial balance. The protection instrument is the *prior authorisation*, its extent establishing the limitations of the freedom of movement. However, if one state's financial balance is set on a radical difference between what the state officially claims to provide and its financial resources (much more limited), then it is highly probable that it is not in the condition to be protected.

¹³⁴ This limitation marks a form of inequality between EU citizens, blatantly obvious in certain circumstances, especially in the form of differences between rich and poor states. Thus, when two patients from two different states get treatment from the same medical care unit, the level of the costs for the social security systems for each of them may be significantly different. (However, this reference has minimal character, being in the power of Member States to overcome it.)

Obviously, the last two issues have significant impact on the prior authorisation, being the crucial protection point in the Romanian state (anticipated) strategy. One should note that, in lack of waiting lists for various diseases, the prior authorisation cannot be declined on the reasons of preventing the considerable effects on the national healthcare system funding, the reimbursement of costs for the treatment received in another state being made at the level of the costs in Romania.¹³⁶

The relationship between the provisions of the directive and EU regulations on the coordination of social security systems¹³⁷

(30) In the situations in which EU regulations on the coordination of social security systems are applicable, either this Directive applies directive or the EU regulations on the coordination of social security systems apply.

(31) *Patients should not be deprived of the more beneficial rights guaranteed by the Union Regulations on the coordination of social security systems when the conditions are met.*

In the case of a state to which the EU regulations on the coordination of social security system apply, any patient who requests an authorisation to benefit from adequate treatment of his condition in another member state should be always granted this authorisation under the following conditions:

- this treatment is among the benefits to which the patient is entitled in his state of residence, and
- when the patient cannot receive this treatment within a medically justifiable time limit, considering:
 - o his current state of health;
 - o the probable course of the condition.¹³⁸

On the condition that the EU regulations on the coordination of social security systems are more favourable, the Member State of affiliation should draw the patient's attention to this aspect. Should the patient specifically require benefiting from treatment under the terms of this Directive, the benefits which apply to reimbursement (and especially the reimbursement level) should be limited to those which apply under this directive.

¹³⁵ The scope of patients' migration depends on the meaning of the term *considerable*, this being one of the variables for granting the prior authorisation.

¹³⁶ Moreover, the union-type tourism of Romanian citizens may virtually represent a form of delaying expenses (all the more if we consider reimbursement after long periods of time), that is to say, a temporary relaxation of financial pressure.

¹³⁷ Even though the provisions are not applicable for Romania at this moment, we do not rule out the possibility for them to become applicable in the near future. Considering the migration process, we consider that it is compulsory to start up the social security systems coordination especially with Spain and Italy. Moreover, we consider that the Health reform process should take this aspect into account, as far as the funding means are concerned, its social dimension respectively.

¹³⁸ One should note that the ability of the state of residence to provide the treatment in a reasonable time frame is discussed, and not its financial possibilities. It is also remarkable that a very significant voice in the matter of the prior authorisation in view of receiving treatment in another Member State have the health professionals, through their various institutions: professional organisations (the College of Physicians), the specialised commissions at the Ministry of Health (which tend to reflect the state's position), the corps of the health experts, etc.

(32) Irrespective if the provisions of the directive or the EU regulation on the coordination of social security systems apply, patients should not benefit from financial advantage from the healthcare provided in another Member State, and the assumption or reimbursement of costs should be limited to the actual costs of healthcare received.

This way, the actual costs of healthcare received in the circumstances of cross-border healthcare entail the following aspects:

- they represent reimbursement level between states in compliance with:
 - o conventions concluded between states in accordance with the EU regulations on the coordination of social security systems;
 - o conventions concluded between states in accordance with Directive no. 2011/24/EU
- they represent the maximum amount for reimbursement: the reimbursement level is established in accordance with the level of costs in the Member State of affiliation. Should the level of reimbursement for healthcare be higher than the actual costs of healthcare provided in another state, the reimbursement will be made at the level of the actual costs.

(33) *“This Directive does not aim to create an entitlement to reimbursement of the costs of healthcare provided in another Member State, if such healthcare is not among the benefits provided for by the legislation of the Member State of affiliation of the insured person.”* This means, *per a contrario*, that the Directive aims at reimbursing the costs of healthcare provided in another Member State if such healthcare is among the benefits provided by the legislation of the Member State of affiliation of the insured person, provided that some conditions are met, the prior authorisation being the most important one.¹³⁹

“Equally, this Directive should not prevent the Member States from extending their benefits-in-kind scheme to healthcare provided in another Member State.” This is probably the case in which certain states understand to conclude conventions by which they grant reciprocal healthcare to their citizens. Should this be the case, we can speak of a third mechanism, that of the *benefits-in-kind*, in addition to mechanisms of *reimbursement* and *clearing*.

In addition, it needs pointing out that *Member States are free to organise their healthcare and social security systems in such a way as to determine entitlement for treatment at a regional or local level*, which is another source for possible conditioning for granting prior authorisation.

(34) *“Member States of affiliation should give patients the right to receive at least the same benefits in another Member State as those provided for by the legislation of the Member State of affiliation.”* First of all, it is obvious that all Member States should be aware of the level of benefits applicable in each of the Member States, which presupposes both an extended information system and a degree of transparency in this field, respectively the correspondence between ‘legal promises’ (legal provisions) and the actual possibilities of the system. In addition, the patient’s entitlement to healthcare in another

¹³⁹ However, we should bear in mind that prior authorisation is implemented to protect the state’s interests under clearly stated circumstances and only for a certain category of healthcare (the most important one).

Member State starts from a minimum level represented by the **level of benefits** in the country of origin/Member State of affiliation. The Directive acknowledges the possibility for certain differences in treatment, differences which should be, virtually, 'homologated'. This homologation process should be the object of the prior authorisation, which is why we consider that the prior authorisation procedure should comprise analysis criteria and procedural mechanisms specific to this 'homologation'.

Restrictions to the entitlement to reimbursement of costs of cross-border healthcare¹⁴⁰

(11) b) *"...the Member State of affiliation may choose to limit the reimbursement of cross-border healthcare for reasons relating to the quality and safety of the healthcare provided, where this can be justified by overriding reasons of general interest relating to public health. The Member State of affiliation may also take further measures on other grounds where this can be justified by such overriding reasons of general interest. Indeed, the Court of Justice has laid down that public health protection is among the overriding reasons of general interest that can justify restrictions to the freedom of movement envisaged in the Treaties."*

The situations in which the Member State of affiliation may act in the direction of the restriction to the patient's freedom to choose the state in which to receive healthcare by limiting the reimbursement of cross-border healthcare are as follows:

- *reasons related to the quality and safety of healthcare provided*; which makes us envisage one state's possibility to limit the patients' free movement by claiming safety reasons (e.g. epidemic, inappropriate practice, etc.) or reasons related to the low quality of healthcare in another State. To put it otherwise, if a state does not want to "lose" the patients of their own system, suffice it to claim quality reasons.¹⁴¹

¹⁴⁰ We consider that the restriction to the rights to the reimbursement of cross-border healthcare imposed by the Member State of affiliation represents a form of restriction to the patients' freedom of movement, but one which has in view the expansion of social security in the Member State of affiliation and not the citizen's possibility to use his own financial resources to pay for cross-border healthcare.

¹⁴¹ Such a situation gives birth to two types of problems:

- The existing standards in the field, that is to say, the reference point. For a state to be able to claim the absence of quality in healthcare, it must indicate the transgression of some minimal quality standards accepted by the EU. Which, in turn, leads to the necessity to create these standards.
- The difference between the EU rich and poor states in what the quality of healthcare is concerned, usually based on the rule: *quality depends on allotted resources*. This, in turn, leads to the following probable situation: the rich states (i.e. the states with high-quality healthcare) would be much more entitled to claim quality as reason to restrict their citizens' freedom to receive treatment in poorer states, while the poor states cannot make such a claim. The results would be the difference between patients' movement, respectively, there will be no patients flux towards the poor states, but patients from these states will be able to move to other states. In the case of treatments that cannot be provided for in the Member State of affiliation, the differences in costs between the patients' treatment in one state's own system (for similar conditions as far as the difficulty level is concerned) and their treatment provided for by the western systems would burden the poor countries' budgets even more, making the problems even more serious and creating a real *vicious circle of quality*. This mechanism will be also supported by the migration of the health professionals, the higher wages in the West health systems emphasising the skills deficit in the poor states and thus contributing to the decrease in quality.

- *overriding reasons of general interest related to public health.* One of these reasons is *public health protection*, as the Court of Justice has laid down. Under these circumstances, it raises the question of the meaning which *public health protection* may have. For example, if the occurrence of a mechanism of the type specified above, in which the health budget is affected and the State's possibility to provide healthcare for their own citizens is observed, could this lead to claiming *public health protection* as a reason for the limitation of reimbursements? We believe that Article 12 clarifies this question to some extent; this is the reason why we shall quote it in its entirety.

12. *“The concept of ‘overriding reasons of general interest’ to which reference is made in certain provisions of this Directive has been developed by the Court of Justice in its case-law in relation to Articles 49¹⁴² and 56¹⁴³ TFEU and may continue to evolve. The Court of Justice has held on a number of occasions that overriding reasons of general interest are capable of justifying an obstacle to the freedom to provide services such as planning requirements relating to the aim of ensuring sufficient and permanent access to a balanced range of high-quality treatment in the Member State concerned or to the wish to control costs and avoid, as far as possible, any waste of financial, technical and human resources. The Court of Justice has likewise acknowledged that the objective of maintaining a balanced medical and hospital service open to all may also fall within one of the derogations, on grounds of public health, provided for in Article 52¹⁴⁴ TFEU, in so far as it contributes to the attainment of a high level of health protection. The Court of Justice has also held that such provision of the TFEU permits Member States to restrict the freedom to provide medical and hospital services in so far as the maintenance of treatment capacity or medical competence on national territory is essential for public health.”*

As far as the reasons of general interest are concerned, the following ones can be claimed:

- *planning requirements relating to the aim of ensuring permanent and sufficient access to a balanced range of high-quality services.* In other words, the control of the access to high-quality healthcare, given that they can be the main attraction for the ‘medical tourism’.

¹⁴² TFEU, Article 49 *Within the framework of the provisions set out below, restrictions on the freedom of establishment of nationals of a Member State in the territory of another Member State shall be prohibited. Such prohibition shall also apply to restrictions on the setting-up of agencies, branches or subsidiaries by nationals of any Member State established in the territory of any Member State. Freedom of establishment shall include the right to take up and pursue activities as self-employed persons and to set up and manage undertakings, in particular companies or firms within the meaning of the second paragraph of Article 54, under the conditions laid down for its own nationals by the law of the country where such establishment is effected, subject to the provisions of the Chapter relating to capital..*

¹⁴³ TFEU, Article 56 *Within the framework of the provisions set out below, restrictions on freedom to provide services within the Union shall be prohibited in respect of nationals of Member States who are established in a Member State other than that of the person for whom the services are intended. The European Parliament and the Council, acting in accordance with the ordinary legislative procedure, may extend the provisions of the Chapter to nationals of a third country who provide services and who are established within the Union*

¹⁴⁴ TFEU Article 52 (1) *The provisions of this Chapter and measures taken in pursuance thereof shall not prejudice the applicability of provisions laid down by law, regulation or administrative action providing for special treatment for foreign nationals on grounds of public policy, public security or public health. (2) The European Parliament and the Council shall, acting in accordance with the ordinary legislative procedure, issue directives for the coordination of the abovementioned provisions.*

- *the wish to control costs and avoid, as much as possible, any waste of financial, technical and human resources.* Virtually, the wish to control the costs can be claimed by any state which is in the circumstance of having significant loss in the new context, as the differences in costs of similar healthcare services could be interpreted as a waste of financial resources.
- *the objective to provide balanced medical and hospital care, **open to all**, inasmuch as it contributes to the reach of a high level of health protection, in reference to the provisions of Art.52 TFEU.* To put it otherwise, if the great flow of foreign patients may affect one health system's ability to provide healthcare services to their own patients, the respective state may intervene with measures limiting the access of the patients from other Member States. If the action mechanisms pertain to prior authorisation for the patients who want to receive treatment in another state, in the case of the state of destination, the mechanisms for the legal actions which do not affect fundamental freedoms of the citizens are difficult to identify.
- *keeping the treatment capacity or medical competence on national territory is essential for public health.* Within this framework, if the patients' migration risks affecting the maintenance of treatment capacity,¹⁴⁵ the Member State of affiliation may decline to grant prior authorisation on these grounds.

We also take note of the possibility of a further evolution of the concept of "reasons of general interest" through Court of Justice's case-law related to actual cases which may occur after the Directive's entering into force. Which is why we can consider that the meanings of its provisions is not yet stable in what the degree of freedoms for EU citizens is concerned, or for the Member States' degree of obligation.

One may note that articles 11 and 12 deal with two different perspectives:

a) the rights of the Member State of affiliation to limit the reimbursement of cross-border healthcare for certain reasons, respectively:

- a. ensuring quality and safety of national healthcare;
- b. overriding reasons of general interest.

b) the rights of the Member State to restrict the access of other EU states citizens to its health system, by virtue of the following overriding reasons of general interest:

- a. planning ensuring permanent and sufficient access to a balanced range of high-quality services;
- b. costs control;
- c. providing balanced and open to all healthcare;
- d. keeping the treatment capacity.

This means that the patients' free movement can be restricted/limited both by the Member State of affiliation and by the one in which he intends to receive treatment. The identification of these

¹⁴⁵ Should the process be a wide one, it affects the treatment capacity through the following mechanism: the significant decrease in the service's targeting, combined with the prevalence of the efficiency and savings principle may lead to the respective service's disparity.

limits and the attempt to fall under them is part of the effort required to transpose the directive into national legislation and also part of the strategy of all the bodies interested in finding new opportunities.

13. *It is clear that the obligation to reimburse costs of cross-border healthcare should be limited to healthcare to which the insured person is entitled according to the legislation of the Member State of affiliation.* The level of healthcare to which a patient is entitled to in his own country is reference point in what the reimbursement of costs of cross-border healthcare is concerned.

Articles 14 and 15 of Substantiation govern the exception from the provisions of this Directive, namely exclusions, which are:

- Long term care services provided:
 - o at home;
 - o in assisted living facilities;
 - o in nursing homes.
- Access to the allocation of organs for the purpose of organ transplant.

The exclusion of long term care services may incur a series of problems come from the procedural differences between Member States. For example, the Romanian system is characterised by long periods of hospitalisation and a low level of additional services of long-term care. Should this be the standard at national level, in the process of patients and services exchange occasioned by this Directive, difficulties of *homologation* between Member States may rise.

Articles 16 and 17 establish the conditions applicable to the prescription of medical products and medical devices when provided in the context of cross-border healthcare, and respectively the fact that the Directive should clarify more situation types:

- Prescription of medical products and their purchase in the state where healthcare is provided;
- Prescription of medical products in another country and their purchase in the Member State of affiliation;
- Prescription of medical care in another country (e.g. the one in which the patient receives medical care) and their purchase in a third country.

Limits of the provisions of the Directive; transgressions of the provisions related to free movement

(18) *“This Directive should not give any person an entitlement to enter, stay or reside in a Member State in order to receive healthcare in that State. Where the stay of a person on the territory of a Member State is not in accordance with the legislation of that Member State concerning the right to enter or stay on its territory, such person should not be regarded as an insured person according to the definition in this Directive. Member States should continue to be able to specify in their national legislation that is considered as an insured person for the purposes of their public healthcare scheme and social security legislation as long as the patients’ rights set out in this Directive are secured.”*

The entitlement to cross-border healthcare is, from the citizen's point of view, an entitlement pertaining to freedom of movement, under the latter's limits. It cannot become main entitlement, that is to say entitlement to stay in a EU State. Being secondary, the entitlement to cross-border healthcare shares the conditions of the main entitlement: should the entitlement to enter or stay in a Member State be affected, then also the entitlement to cross-border healthcare¹⁴⁶ or to the reimbursement of its costs is also affected. We take note that the sanction is "such person should not be regarded as an insured person", which triggers the following effects: the person can access healthcare but needs to pay for it, without entitlement to reimbursement of costs and can also receive emergency services (corresponding to the minimal basket); which could be also charged, as the minimal basket is associated with uninsured persons who have legal stay permit. Nonetheless, this is the hypothesis that the citizen infringing the provisions on entering, staying or residing in another state, this state being entitled to apply sanctions. Two simultaneous statuses are operational here: the illegal resident status in the country he is in and the citizen status in the country of affiliation. To avoid a conflict situation between the consequences of the two statuses from the perspective of social security, the state of affiliation should also have clear provisions related to its citizens which find themselves in such circumstances. The substantiation suggests that a person infringing on the limits of the freedom of movement is no longer an insured person. But the insured person status mainly derives from the status which the citizen has in his own country. This means that we are in the circumstance in which infringement of a legal provision of a foreign country could be sanctioned in the country of origin. In addition, this sanction affects rights which can virtually be affected only in clearly delineated circumstances (e.g., even a prisoner is entitled to healthcare, which means that a person who infringes the limits of free movement is in a worse position than that of a prisoner).

In other words, when a person is in the circumstances of having infringed on the limits of movement, the following issues are entailed:

- **Entitlement to minimum healthcare pack** – in correlation with citizenship, therefore, virtually, it cannot be lost. The problem is whether the *territoriality principle* applies in this case (at least for some services included), considering their adaptation level of one country's specific requirements. To put it otherwise: is a Romanian citizen entitled to minimum healthcare only when he is on Romanian territory? There are two possible answers:
 - o **YES:** a Romanian citizen is entitled to minimum healthcare on condition that he is in Romania – limitation of the minimum healthcare pack. In this case, what is the influence of the Directive on the minimum healthcare pack; does it concern these services or only the ones deriving from the quality of insured person? In order to clarify this question, we should define the healthcare minimum pack. To this effect, one must note that two definitions are possible:

¹⁴⁶ Corresponding to the level of healthcare he would have been entitled to in the country of origin. This assumption is hardly valid, much more probable (and natural) being the situation in which the patient may access these services supporting the costs. This may become a valid hypothesis on condition that clearing is possible, that is to say when there exist agreements between states in this respect. Even so, the citizen would be entitled to the same rights as an uninsured citizen from the country in which he is. The opposite hypothesis leads to unacceptable conclusions, namely to his being refused healthcare as sanction for transgressing the provisions on entrance, stay, or residence in the respective state, which may be regarded as infringement on human rights.

- *According to funding:* minimum healthcare pack is financed by the state.¹⁴⁷ This does not mean that everything that is state-financed is part of the minimum healthcare pack, neither that something non-financed can become part of the minimum pack.
 - *According to specific difference:* minimum healthcare pack is that healthcare service pack which all citizens are entitled to, including the uninsured ones. Two possible situations spring from here:
 - Insured citizen – fall under the effects of the Directive, minimum healthcare pack service being included in the basic healthcare service pack.
 - Uninsured citizens – the ones to which entitlement to minimum healthcare pack in another state is truly questionable.
 - **NO:** this entails the idea that a Romanian citizen is entitled to minimum healthcare when he is on the territory of another state.
- **Entitlement to basic healthcare pack** – according to Directive no. 2011/24/EU, a citizen entitled to basic healthcare in the Member State of affiliation is entitled to these services in any Member State.¹⁴⁸ The problem is whether he loses this entitlement as upon infringement on the provisions on enter, stay, or residence. The substantiation suggests that he does. But the nature of the citizen rights is more complicated, they being at all times opposable to the state of origin. The strict interpretation of the relationship between citizen and Member State of affiliation in what regards the entitlement to healthcare, in reference to the Directive, seems to suggest the following: the state’s obligation towards its citizen expands to the entire EU space, except the cases in which the citizen stays illegally in another state. Actually, the state has obligations even in this situation; however, they are rather ineffectual and cannot be fulfilled. In other words, it is not about a sanction, but the inefficiency of the provision.

Therefore, the Directive substantiation suggests the necessity to clarify various interpretation conflicts with the help of national legislation. Clarification should spring from the definition of insured person, a definition that should cover situations of cross-border healthcare.

Access to information

(19) The patient’s access to information on the rules applicable to cross-border healthcare is of the essence, the Directive being a real information system.¹⁴⁹ Even though the rules governing

¹⁴⁷ This is an ideal definition, not always conformable to reality. The fact that some national programmes are funded by CNAS (or have been funded by it) suggests that not always and not fully is the minimum healthcare pack funded by the state.

¹⁴⁸ His rights materialise in that he is entitled to be received as patient in healthcare unit in three variants:

- Emergency
- Paid service – entitled to reimbursement in the country of affiliation
- Free – in case of clearing settlements among the states..

¹⁴⁹ Which, in turn, is the basis for a more profound collaboration in the field of healthcare at the UE level.

healthcare at the level of a state concern the respective state, they should meet some requirements in what information is concerned:

- help the patient make an informed choice;¹⁵⁰
- avoid misapprehension and misunderstanding;
- establish a high level of trust between the patient and the healthcare service provider.

The general way in which these obligations are stated allows a number of interpretations. In addition, mention should be made that abiding to these provisions in relation to a patient from another Member State entails structural modifications at the level of the healthcare system, under the disguise of the entitlement of each state to organise their own health system as they consider appropriate, the Directive actually provides a number of principles and rules applicable to all states.¹⁵¹ Apart from the necessary efforts in overcoming the linguistic barriers,¹⁵² particularly significant is to make information channels available and, especially, the operational standards this information refers to. To put it differently, the requirements that need to be met should be interpreted from the perspective of information made available and with regard to the operation standards they assume.¹⁵³

The awareness with regard to applicable rules annuls the possibility of the present-day disjunction between legal norms in the field (e.g. healthcare virtually provided to an insured person) and the actual possibilities of the system. For example, to a foreign citizen, the shortcomings in medication and medical supplies are not opposable to a foreign citizen (at least, not without consequence), nor is the attitude of the personnel discontent with their wages, who somehow “protest” at the expense of patients.

(20) The obligation to supply patients from other states with information brings forth the implicit obligation considering the existence of:

- *safety and quality standards;*
- *information regarding healthcare providers to whom these standards apply.*¹⁵⁴

In turn, healthcare services providers should make available to patients information concerning:

¹⁵⁰ Virtually, the subjects of these provisions are patients from other Member States. Since a more favourable situation for the patients from another state than for their own citizens cannot be conceived, we infer that these provisions apply to local patients as well and that they should be introduced into national legislation at the same time with the transposition of the directive into national legislation.

¹⁵¹ Almost every time, obligation of duty (instead of obligation of performance) offers, within the Directive, actual measures that each state should implement in relation to its own health system.

¹⁵² Also part of the modifications that should be brought from the perspective of this directive.

¹⁵³ Again, the state's freedom to organise its healthcare according to its own rules is restricted by the obligation to impose transparent minimal standards and mechanism.

¹⁵⁴ The only system that could meet at least a part of the requirements of standardisation and quality certification is the accreditation of healthcare units by CoNAS. Nevertheless, the accreditation procedure is deficient at this point and should be completed: with the introduction of accreditation as compulsory for all healthcare units, with the adaptation of the accreditation standards to the international standards, with the elimination of distrust in the objectivity of the assessment, and, last but not least, with effects at judicial and financial level triggered by the assessment. In addition, the assessment and monitoring procedures should be reconsidered (monitoring is at present absent in the accreditation process), in reference to the two dimensions: *safety standards* and *quality standards*.

- specific features of the healthcare services they provide;
- treatment options.¹⁵⁵

If such procedure of informing the patients is already available, it also applies to patients from other Member States.

The state may decide that providing this information can be transferred in the responsibility of its institutions or insurance companies.¹⁵⁶ Even so, adequate procedures should be available at the level of healthcare service providers.

Obligations concerning quality of healthcare

(21) a. *“In its Conclusions the Council recognized that there is **a set of common values and principles that are shared across the Union about how health systems respond to the needs of the population and patients that they serve.** The overarching values of **universality, access to good quality care, equity, and solidarity** have been widely acknowledged in the work of various Union institutions”*¹⁵⁷ (our emphasis).

These values should be (also) acknowledged in what concerns the patients and citizens from other Member States, who have to be provided equity treatment, considering their healthcare necessities and not their state of affiliation.¹⁵⁸ To this effect, Member States should abide by the following principles:

- the principle of free movement of person within the internal market;
- the principle of non-discrimination with regard to nationality;
- the principle of necessity and adequacy to any restrictions concerning free movement.¹⁵⁹

The restriction of these restrictions should not be interpreted in the sense of creating obligations that would lead to the exacerbation of one state’s healthcare system (that is to say, its considerable decreased ability to provide healthcare services). For example, healthcare services providers cannot be forced to accept planned treatment for patients from other Member States or to give them prece-

¹⁵⁵ For example, treatment options require a standardisation method at the level of each healthcare unit, virtually possible through practice agreements and protocols.

¹⁵⁶ If the system preserves the current organisational structure, the main actors in collecting and supplying information should be CNAS and Ministry of Health and also CoNAS, as an institution charged with monitoring of health standards in healthcare units. Professional bodies should be also part of this system of supplying relevant information to foreign patients, if the state granted them such responsibility.

¹⁵⁷ We have tackled again these provisions presented in the first section of the present study because of their importance and multiple consequences in various domains, that is, in the domain of health policy of a state and from the perspective of introducing minimal quality standards in healthcare.

¹⁵⁸ One should discern the extent to which we deal with an exception from *the principle of service at the level of the state of affiliation*, to which a patient receiving cross-border healthcare is entitled. Our interpretation is that abiding by this principle in what the reimbursement /settlement of costs for healthcare is concerned should not interfere with the patient’s actual need of healthcare.

¹⁵⁹ We could interpret this in the sense of a limitation of the restrictions of free movement, on the grounds of protecting one state’s own health system.

dence over their own patients by extending the waiting period for the treatment provided for other patients.¹⁶⁰

If patients' flows create a demand over the possibilities of a Member State for a certain type of treatment, the Member State may claim public health reasons in order to take action to limit these flows, in accordance with Articles 52 and 62 of TFEU.¹⁶¹ The possibilities of intervention are, nevertheless, limited by the obligation to abide by the provisions of the Regulations 883/2004 of European Parliament and Council from April 29, 2004, concerning the social security systems coordination. One should observe the presumption that healthcare can be affected in a state if great flows of patients enter the respective state.

(22) *“Systematic and continuous efforts should be made to ensure that quality and safety standards are improved in line with the Council Conclusions and taking into account advances in international medical science and generally recognised good medical practices as well as taking into account new health technologies.”*

Two questions in reference to this article: 1) is it a duty of care or a performance obligation? 2) Is this obligation applicable uniformly to all Member States? Answers to these questions can be provided

¹⁶⁰ In the case of healthcare which presupposes waiting lists, patients from other states cannot, virtually, accede to these lists, as it would affect citizens from the respective state.

¹⁶¹ TFEU, Article 62 (Services)

The provisions of Articles 51 to 54 shall apply to the matters covered by this Chapter (author's note: the connection between free movement of services and free movement of persons.)

(Ch. 2, Right of establishment)

Article 51

The provisions of this Chapter shall not apply, so far as any given Member State is concerned, to activities which in that State are connected, even occasionally, with the exercise of official authority. The European Parliament and the Council, acting in accordance with the ordinary legislative procedure, may rule that the provisions of this Chapter shall not apply to certain activities.

Article 52

(1) The provisions of this Chapter and measures taken in pursuance thereof shall not prejudice the applicability of provisions laid down by law, regulation or administrative action providing for special treatment for foreign nationals on grounds of public policy, public security or public health.

(2) The European Parliament and the Council shall, acting in accordance with the ordinary legislative procedure, issue directives for the coordination of the abovementioned provisions.

Article 53

(1) In order to make it easier for persons to take up and pursue activities as self-employed persons, the European Parliament and the Council shall, acting in accordance with the ordinary legislative procedure, issue directives for the mutual recognition of diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications and for the coordination of the provisions laid down by law, regulation or administrative action in Member States concerning the taking-up and pursuit of activities as self-employed persons.

(2) In the case of the medical and allied and pharmaceutical professions, the progressive abolition of restrictions shall be dependent upon coordination of the conditions for their exercise in the various Member States

Article 54

Companies or firms formed in accordance with the law of a Member State and having their registered office, central administration or principal place of business within the Union shall, for the purposes of this Chapter, be treated in the same way as natural persons who are nationals of Member States

'Companies or firms' means companies or firms constituted under civil or commercial law, including cooperative societies, and other legal persons governed by public or private law, save for those which are non-profit-making.

ed by a systematic interpretation of the directive (and, in addition, of TFEU). We consider that Member States virtually have at least duty of care¹⁶² in what establishing quality standards in healthcare is concerned. Even though the Directive seems to imply compulsoriness in what the relation with citizens/patients from other Member States is concerned, the numerous provisions on treatment equity (applicable in the relationships between local patients and patients from another Member State) lead to the conclusion that they should be regarded as obligations in relation to all patients. **This, in turn, suggests that Directive 2011/24/EU establishes at least duties of care with regard to establishing quality standards for healthcare provided in the Romanian health system.** All the more justified if we acknowledge the difference from other Member States in what quality is concerned.

Changes of paradigm in approaching malpractice as an effect of the Directive

(23) The Directive states that *“ensuring clear common obligations in respect of the provision of mechanisms for responding to harm arising from healthcare is essential to prevent lack of confidence in those mechanisms being an obstacle to taking up cross-border healthcare.”* We consider that this implies the obligation of instituting states cooperation mechanisms in what malpractice insurance is concerned, for the personnel, as well as for healthcare units. In addition, we also take into account the possibility for imposing a protection and compensation system centred on patient, which would complete the ones focusing on healthcare services providers.

(24) *Member States should ensure that mechanisms for the protection of patients and for seeking remedies in the event of harm are in place for healthcare provided on their territory and that they are appropriate to the nature and extent of the risk. However, it should be for the Member State to determine the nature and modalities of such a mechanism.*

If we consider that malpractice insurance covers the aspects of “remedies in the event of harm” for the patients,¹⁶³ we also acknowledge the fact that they should meet at least two requirements:

- to include mechanisms for remedies in the event of harm;
- these mechanisms should be appropriate to the nature and extent of the risk.

This aspect is particularly relevant in reference to a future malpractice law which should cover risks and eventual related compensations both for the Romanian and foreign patients. This means that these compensations should be correlated to the level of compensations in the EU.¹⁶⁴ This concerns both the limits associated with the parties’ agreement and the ones established in Court. A different interpretation would lead to a paradoxical situation in which two patients who received treatment in the same healthcare unit, from the same physician/nurse and who suffered from similar harm receive

¹⁶² Identification of the provisions which imply performance obligations is yet to be established. This is the reason why the phrase “the states have at least duty of care” is provisional.

¹⁶³ The phrasing requires reassessment, as we consider that the tautology it implies is only ostensible.

¹⁶⁴ However, the impact of the mechanisms and compensation level compatible with other Member States on employees would be particularly negative due to the exponential increase in insurance premiums. In this respect, we consider that a formula of “co-insurance” would be beneficial, the costs for insurance being shared by employer and employee. What is more, the reform’s direction towards the increase in liberalisation or medical practice actually hides a tendency to pass the responsibility and the additional costs determined by the provisions of the directive to employees.

different compensation, established in accordance with their state of affiliation, which would represent an unacceptable discrimination.

In what *mechanisms for the protection of patients* are concerned, apart from the ones related to malpractice, the situation is all the more complicated if more procedures/ authorities are included in this category. For example, if we regard the *Medical practice guidelines* as mechanisms for the protection of patients,¹⁶⁵ we conclude that they are subject to a mechanism of adaptation to equivalent forms from other Member States. All these represent reference levels, their reach being in the states' power.

In the general context of malpractice, we consider that a change in paradigm is necessary and urgent in the sense of moving from the scapegoat pattern to acknowledgement of the system's errors. We believe that the personnel assessment is also relevant in this respect. At this moment, the assessment system is feeding a paradox: employees with excellent assessments accused of malpractice. It is our belief that they can successfully blame the system errors for malpractice situations.

The idea of some representatives of the Ministry of Health, of limiting the amount of compensations for malpractice in order to maintain tolerable costs of malpractice insurance for employees is a problematic one, as, once the Directive no 2011/24/EU is transposed into national legislation, the amount of compensation should be at the EU level.

Protection of personal data

(25) From the point of view of personal data in relation to cross-border healthcare, three aspects are worth taking into consideration:

- a) cross-border healthcare is only possible in the circumstance of cross-border access to personal data on the part of institutions and healthcare units;
- b) the new frame should ensure the rights of the *“individuals to have access to their personal data concerning their health, for example the data in their medical records containing such information as diagnosis, examination results, assessments by treating physicians and any treatment or interventions provided”*;
- c) the necessity to create safe procedures for the protection of personal data which should respect the fundamental rights.

As one can notice, it is about the expansion of the space for accessing and processing personal data,¹⁶⁶ including at EU level, but also an increase in the degree of patients' access to their own personal data. From this latter perspective, it obviously requires the implementation of a specific procedure for the access to one's own personal data concerning their health. The substantiation provides examples from medical records such as diagnosis, examination results, assessment by treating physicians and any

¹⁶⁵ Although the medical practice guidelines seem to protect the interests of the insurance companies, being targeted against excessive costs of healthcare (sometimes even at the price of affecting the treatment process), they do have an important dimension of protection for the patients, through the aspect of minimum standard of treatment.

¹⁶⁶ Which, in turn, presupposes the creation of standards and their abidance by all Member States. For example, this entails that the personal data processing programs are compatible and, consequently, inter-connectable.

other treatment or intervention provided. The exemplification character suggests that an exhaustive access of the patient to his own personal data is also possible.¹⁶⁷

In Romania's case, it is obvious that data storage systems need to be created first, and only after, access procedures, in order to be able to attempt at an efficient legislative harmonisation with the Directive. Such transparency mechanisms will trigger, alongside an increase in the level of trust (wherever appropriate), an increase in the number of malpractice cases in Courts, as healthcare units and medical institutions will no longer be able to hinder the access to personal data concerning patients' health and treatment. As far as the free access to medical data is made available to patients, we shall witness a real "revolution" in approaching malpractice, whose effects on healthcare units/institutions can be somehow compensated with the help of an efficient malpractice insurance system.¹⁶⁸

¹⁶⁷ Ultimately, the access may include diagnosis criteria and the method of choosing the treatment procedure, aspects which rather pertain to practice guidelines and protocols.

¹⁶⁸ This is the reason why a new malpractice law is one of the objectives of Ministry of Health, anticipating a part of the system's future problems.

Analysis of the provisions of the Directive

Aims and principles

The main aim of Directive no. 2011/24/EU is *to allow freedom to provide healthcare service for patients*, its text focusing on *removing any unjustifiable hindrance of this fundamental freedom in the patient's Member State of affiliation*. In other words, the directive is grounded on the free movement of services in the European Union.

Though secondary, the Directive is still grounded on the free movement of persons in the EU Member States.¹⁶⁹ The combination of the free movement of healthcare services, the free movement of persons/workers, and the provisions of the directive results in the *free movement of patients*, which is, at present, in full definition process. Although it is restricted enough so as to stir doubts with regard to the opportunity of using this formula as EU principle, *the free movement of patients* acquires a few significant aspects through this Directive, sufficient to anticipate the possibility for this freedom to be further emphasised, especially by the decision of the Court of Justice.

From a different perspective, we can assert that the directive refers to the circumstances of providing healthcare for a patient from a Member State of affiliation in another Member State of affiliation and that it complements the pre-existing judicial framework in the domain of emergency healthcare and coordination of social security systems.

In accordance with the provisions of Art. 4, par. 1, cross-border healthcare should take into account the wider framework of the principles of **universality, access to good quality care, equity, and solidarity**. As mentioned in the analysis of the substantiation, we can assert that this Directive establishes these principles at European level. Consequently, under the obligation of transposing the directive into national legislation, it is also necessary to consider these principles of organisation of the national health systems with regard to their social dimension.

Working hypotheses

The directive starts from two different hypotheses in what the access of a citizen of a Member State to healthcare in another Member State is concerned:

- the situation of a citizen of a Member State of affiliation on the territory of another Member State, in which he accesses cross-border healthcare;
- the situation of a citizen of a Member State of affiliation who wants to receive treatment in another Member State and:
 - o applies for prior authorisation;
 - o accesses healthcare which does not require prior authorisation;
 - o receives treatment in another Member State when:

¹⁶⁹ From an extremely critical perspective, we can assert that the directive's intentions rather concern the free movement of workers, having in view to provide it support in a form specific to health systems.

- prior authorisation has been declined, but he considers that he would have been entitled to it;
- prior authorisation is delayed.

In what concerns the reasons for resorting to cross-border healthcare, the EU citizen's wish to receive treatment in another Member State than that of origin can be, according to the Directive, determined by:

- the fact that he cannot be provided treatment in due time because of the waiting lists;¹⁷⁰;
- differences between state in what healthcare services are concerned;
- circumstances in which family members are in another Member State.

I. Responsibilities of the Member State of treatment

We can virtually assert that legislation, standards, and quality and safety directions in the Member State in which treatment is provided apply, considering, nonetheless, the EU rules in the field, here including the stipulations in this Directive. In what follows, we shall present the most relevant stipulations:

Organisation of the system and the standards concerning information to be provided and requirements to be met:

a) Organisation and functioning of national contact points (NCP)

- publication of their names and contact information;
- by request, NCPs will provide patients contact information for the national contact points in other Member States;
- they should consult with:¹⁷¹
 - Patients organisations
 - Healthcare providers
 - Health insurance companies
- Provide the following categories of information for patients from other Member States:
 - Healthcare providers;
 - including the rights or limitations to provide certain services or to develop their professional activity;
 - quality and safety standards and directions;
 - entitlements of patients;
 - complaints procedures;
 - mechanisms of compensation for the harm;
 - judicial and administrative options available for settling a lawsuit;
 - relevant directives on the assessment and supervision of healthcare providers subject to these standards;

¹⁷⁰ In this respect, the Directive provides a 'safety valve' for citizens in view of receiving healthcare or a measure for the states to support each other in this field. It is interesting to take note that the Court of Justice decrees concern precisely such cases.

¹⁷¹ One can infer that the object of these consultations is represented by the entitlements and obligation of each party in the general framework of cross-border healthcare.

- accessibility of hospital for persons with disabilities.
- c) **Information that should be supplied by healthcare providers.**¹⁷²
 - a. Relevant information in view of helping the individual to make an informed decision with regard to:
 - i. Treatment options;
 - ii. Availability, quality and safety of the healthcare they provide;
 - iii. Explicit invoice;
 - iv. Explicit information on costs;
 - v. Authorisation or registration status;
 - vi. Professional liability insurance cover, in terms of:
 - 1. individual responsibility
 - 2. collective responsibility.

If healthcare providers already give this information, the Directive does not oblige them to provide further details. On the contrary, if this information is not provided, two consequences occur:

- The Member State should enforce obligation in this respect through the legislation which transposes the provisions of the Directive. Failure to comply with these legislation amendments, the patients affected in their rights may institute proceedings against the state, irrespective of the type of healthcare service provider.
- The provisions of the Directive apply to public providers even in the circumstance in which they are not transposed into national legislation, due to their status as state units/institutions/organisations.

c) The Member State must ensure that:

- there are transparent procedures for complaints;
- mechanisms by which patients may require compensation in the case of harm;
- there are professional liability insurance systems (or equivalent) adequate to the nature of the risk;
- personal data processing systems comply with the European standards on protection of personal data;
- patients are entitled to a medical record of the treatment they received and they are granted access to at least one copy of this record;
- the principle of non-discrimination with regard to nationality grounds applies for all patients from all Member States;
- the providers on their territory
 - apply the same scale of fees as for domestic patients;
 - charge a price calculated according to objective, non-discriminatory criteria if there is no comparable price for domestic patients.

¹⁷² This represents information that should be provided directly by healthcare providers to patients, in addition to that which they must provide to national contact points.

Restriction of access to cross-border healthcare for citizens of other Member States

If the principle of non-discrimination for the citizens of another Member State seems to suggest equal access to healthcare regardless of the Member State of affiliation and the Member State of treatment, a question arises: is there any limit to the free movement of patients? In other words, what is the dimension of this freedom? It is obvious that, as far as reimbursement of the costs of cross-border healthcare is concerned, there are some limits and they will be carefully analysed in the subchapter dedicated to prior authorisation and related stipulations. In this case, what is left to find out is whether the Member State of treatment can restrict access to healthcare for citizens of another Member State and the circumstances in which it can do it.

Art. 4, par. 3 of the Directive provides the circumstances in which a Member State can restrict the access to healthcare for citizens of another Member State, even though they are discreetly guised under the equivocal phrase *possibility of the Member State of treatment... to adopt measures regarding access to treatment aimed at fulfilling its fundamental responsibility to ensure sufficient and permanent access to healthcare within its territory*. Therefore, at least virtually, a Member State can restrict access to healthcare for citizens of other states, but only in specific circumstances. The extent to which patients are free to access cross-border healthcare depends on the specification of these circumstances.

A Member State of treatment may restrict access to healthcare for citizens of other states when this is *justified by the following overriding reasons of general interest*:

- *the planning requirements in reference to ensuring sufficient and permanent access to a balanced range of high-quality treatment within the respective Member State;*
- *the wish to control costs and avoid, as much as possible, any waste of financial, technological and human resources;*
- *the wish to adopt measures regarding access to treatment aimed at fulfilling its fundamental responsibility to ensure sufficient and permanent access to healthcare within its territory*

These measures of restricting the access have the following limits:

- *they are limited to what is necessary and adequate;*
- *they cannot be a means of arbitrary discrimination*
- *they are previously given to the public.*

The Member State has the freedom to establish its own prices, on condition that it does not discriminate citizens of other states.

The state applies its own provisions with regard to the use of languages in its institutions/organisations. However, should the State desire, it can choose to provide information in other languages as well.¹⁷³

¹⁷³ Linguistic compliance of healthcare service providers is an important variable from the perspective of patients' flows. Healthcare units which apply strategies for training their personnel in this domain, correlated with a strategic selection of languages may prove a gain in competition.

A few critical perspectives

The meaning of *patients' freedom to access cross-border healthcare*

We consider that *patients' freedom to access cross-border healthcare* has a special status, being to a great extent part of *patients' freedom of movement*, but being at the same time placed beyond these limits. Thus, *patients' freedom to access cross-border healthcare* is part of the *patients' freedom of movement* in the sense indicated by the Directive when the costs of healthcare are falling in one of the following categories: reimbursement, settlements in the context of the Directive or when they benefit from the mechanisms of social security systems coordination. *Patients' freedom to access cross-border healthcare* exceeds the sense which the Directive gives to *patients' freedom of movement* when the costs of healthcare are the responsibility of the patient or of other systems than social security services / health insurance services (here including private health insurance). As a matter of fact, if a patient is not granted prior authorisation or prior authorisation is delayed and he still accesses cross-border healthcare intent on attempting at obtaining reimbursement in Court, and admitting that this goes in his favour, he has, for a certain period of time, an unclear status in what concerns his judicial status from the patients' freedom of movement point of view. This also applies if the reimbursement level is lower than the costs of healthcare, in what the difference paid by the patient is concerned.

This approach actually attempts at suggesting that the limits in which treatment is provided, established by the Member State, represents, in fact, the most significant restriction of the patients' freedom of movement, and that the social perspectives of this freedom, though particularly important in the context of this directive, are secondary.

The limits of a Member State's freedom to restrict access to healthcare for citizens of other States

Virtually, the wording of the situations in which a Member State can enforce restrictions of the freedom to access healthcare is sufficiently general to allow us to consider that practically everything can fall in this category. By correlating this aspect with the fact that the Directive does not foresee greater inflows of patients as a result of the entering into force of its provisions, then, these provisions should be rather interpreted in the sense of a greater freedom of the Member States to enforce restrictions.

At the same time, we consider that the influence of other variables should be also taken into account. The greatest influence comes from the decisions of the Court of Justice, which will further define the sense of these provisions at the moment when they enter into force/they are transposed into national legislations of Member States.

Also relevant in this respect is the political decision, in the case in which enforcing severe restrictions may affect citizens' freedom of movement. The analysis of the effects of such politics should be undertaken within the general framework of the strategies of controlling the demographic decline, which affects the western states to great extent. If we refer to official politics and informal strategies, we observe the encouragement of workers' migration, practised by numerous western states, correlated with a more relaxed policy of access.

II. Responsibilities of the Member State of affiliation

Obligations to provide information to patients

The obligations to inform should be regarded in the context of the information provided by Member States to their citizens in accordance with the Directive, the responsibilities of the Member State of affiliation being complementary to the ones of the Member State of treatment. As we have previously discussed the responsibilities of the Member State of treatment, we round off the information with the details that should be provided by the Member State of affiliation.

The Member State of affiliation should ensure that there are mechanisms capable to provide patients, by request, information concerning cross-border healthcare, particularly in reference to:

- Reimbursement of costs for cross-border healthcare:
 - o Conditions for reimbursement;
 - o Procedures of assessment and establishment of the entitlement to reimbursement;
 - o Means for appeal in the cases in which patients consider that their rights have not been respected;
 - o Providing differentiated information in what the entitlement to treatment on the grounds of the Directive and the entitlement to treatment on other grounds is concerned.
- Ensuring medical monitoring of patients who received cross-border treatment;
- Patients who receive cross-border treatment have distance access to their medical records or receive a copy.

Reimbursement of costs of cross-border healthcare

Reimbursement of costs of cross-border healthcare received by a patient is the most important obligation of Member States, patients' free movement depending on it, in the social sense considered in the directive.

Reimbursement of costs of healthcare is governed by a few rules:

- Reimbursement implies the fact that a patient who receives cross-border healthcare pays for the service provided and then asks for reimbursement from the Member State of affiliation.
- Reimbursement is made at the level to which the patient is entitled in the Member State of affiliation and only for healthcare services to which he is entitled in the national healthcare social security system / health insurance system.
- In many cases, reimbursement is conditioned by receiving a prior authorisation to receive cross-border treatment, authorisation issued by the Member State of affiliation.
- Reimbursement can be made to the level of actual costs of healthcare.

Since reimbursement of costs associated with cross-border treatment in another EU state is at the level of costs in the country of origin, the financial advantage resulted from the difference in costs may become an end, determining development of specific actions. In this respect, two situations are possible:

- a. the clearing level for healthcare in the Member State of affiliation is lower than that in the Member State of treatment – the patient covers the difference;
- b. the clearing level for healthcare in the Member State of affiliation is higher than that that in the Member State of treatment– the Member State of affiliation reimburses the costs at the level of their invoice, that is, at a lower cost than the one of the same treatment received in the domestic health system. This variant is obviously profitable for the Member State of affiliation and may result in a policy oriented towards “patients export” which can go as far as to the elimination of prior authorisation and even as far as to stimulation of migration for its own patients.¹⁷⁴

Prior authorisation

Since *prior authorisation* represents the most important institution provisioned by the Directive with reference to the free movement of patients, defining the most important restriction, respectively the one established by the Member State of affiliation, we shall tackle this issue more thoroughly.

Court’s decisions on prior authorisation

The Directive resumes Court’s decisions in favour of enforcing prior authorisation, indicating the substantiation of the states’ rights to decide in this respect. We quote the text as it appears in the Directive, emphasising aspects which we consider particularly relevant:

*(40) “According to the constant case-law of the Court of Justice, Member States **may make the assumption of costs** by the national system of hospital care provided in another Member State **subject to prior authorisation**. The Court of Justice has judged that this **requirement** is both **necessary and reasonable**, since the number of hospitals, their geographical distribution, the way in which they are organised and the facilities with which they are equipped, and even the nature of the medical services which they are able to offer, are all matters **for which planning, generally designed to satisfy various needs, must be possible**. The Court of Justice has found that **such planning seeks to ensure that there is sufficient and permanent access to a balanced range of high-quality hospital treatment in the Member State concerned**. In addition, it assists in meeting a desire to control costs and to prevent, as far as possible, **any wastage of financial, technical and human resources**. According to the Court of Justice, such wastage would be all the more damaging because it is generally recognised that the hospital care sector generates considerable costs and must satisfy increasing needs, while the financial resources*

¹⁷⁴ The question is whether such an attitude can harm the state/s of treatment. In order to answer to this question, we consider that two assumptions should be formulated:

- c) the lower costs of healthcare in another member state are determined by the extraordinary efficiency of the system and/or the lower costs with workforce – the Member State of treatment does not record deficits;
- d) the lower costs of healthcare in another member state are artificial, determined either by an underestimation of costs (ultimately settled at the expenses of healthcare providers, patients, etc.) or by various subsidies – the member state of treatment records deficits.

made available for healthcare are not unlimited, whatever mode of funding is applied” (our emphasis).

Resuming the article above, one can note that:

- enforcement of prior authorisation is a possibility of Member States (that would entail that it is not an obligation);
- prior authorisation is a requirement both necessary and reasonable (which annuls its character of possibility and transforms prior authorisation in a necessary tool¹⁷⁵);
- the necessity of prior authorisation is grounded especially:
 - o on the health systems’ need of planning;
 - o on the necessity to control costs;
 - o on the need to prevent, as much as possible, the waste of financial, technical and human resources.¹⁷⁶
- the need of planning is based on the necessity for health systems to ensure sufficient and permanent access to a balanced range of high-quality hospital treatment within the concerned Member State.¹⁷⁷

Yet, at the same time, (44) *according to the constant case-law of the Court of Justice, the criteria for granting or refusing prior authorisation **should be limited to what is necessary and proportionate** in the light of these overriding reasons in the general interest.*

In the light of the case-law of the Court of Justice, virtually, prior authorisation should not prevent the patient to receive cross-border healthcare services that would have been otherwise available in the Member State of affiliation. Referring to this aspect in the substantiation of its provisions, the Directive states: *making the assumption by the statutory social security system or national health system of costs of healthcare provided in another Member State subject to prior authorisation is a restriction to the free movement of services. Therefore, as a general rule, the Member State of affiliation should not make the assumption of the costs of healthcare provided in another Member State subject to prior authorisation, where the costs of that care, if it had been provided in its territory, would have been borne by its statutory social security system or national health system.* (38) As one can easily notice, from the moment in which the state/social security system settles/reimburses/pays in any way, at any costs for healthcare, the reimbursement of costs of cross-border healthcare does not alter the situation from the

¹⁷⁵ The Directive is equivocal in many parts, containing, apparently, many contradictory provisions. In what the character of prior authorisation reported to Member States is concerned, respectively the balance between *possibility* and *necessity*, the provisions of the Directive tend to cover a wide range of interests, without fully satisfying them. In reference to the text quoted above, the directive takes the decisions of the Court of Justice into account, reproducing judgements of a contradictory nature. Some authors suggest that this behaviour of the Court, respectively, the return to some of the previous judgements is indicative of the fact that the EU judicial system, generated in particular by its decisions’ character of compulsoriness, which tend to create laws, is not exclusively based on Anglo-Saxon Law, the return to the previous judgements indicating, in this respect, a connection with the French and German judicial systems.

¹⁷⁶ All these are arguments substantiating the enforcement of prior authorisation, as well as the criteria and procedures for sustaining such claims.

¹⁷⁷ In other words, prior authorisation protects the interests of the patients-citizens who want to receive treatment in the Member State of affiliation, having the role to contribute to the preservation of the national health system.

associated costs point of view. This assessment represents a fundamental principle in the structure of the directive, establishing its general application framework. This, in turn, means that prior authorisation rather represents an exception and that the situations in which it applies should be clearly delineated.

Definitions of the directive

The text of the directive indicates that it should be up to the states whether prior authorisation is necessary or not. The states which decide to enforce prior authorisation must take the following steps:

- to create an entire procedure (or system) in which
- to identify healthcare that requires prior authorisation in the context of their own system,
 - o in accordance with the criteria established in the Directive;
 - o with regard to the Court of Justice case-law;
- to make available to the public the information concerning healthcare which requires prior authorisation.

Virtually, the circumstances in which the citizen is entitled to domestic healthcare also apply in the case of his entitlement to cross-border healthcare. There are general provisos, eligibility criteria and administrative formal issues with regard to healthcare provided and reimbursement of costs of healthcare. The directive provides a few examples in this respect:

- the requirement to see a general practitioner before a specialised physician or before receiving hospital care;¹⁷⁸
- an assessment made by a health professional or a healthcare services administrator who provides services within the social security system, such as a general practitioner or the family doctor.

These provisos for accessing health social security services are restricted inasmuch as they are:

- *necessary*;
- *proportionate to the objective aimed at*;
- *do not have a discretionary or discriminating character*.

¹⁷⁸ The question arising is what happens if the Member State of treatment does not have these provisos? Virtually, such a situation seems to be excluded by the general framework generated by this Directive, whose topic is patients' free movement (actually, the free movement of services, which has, in this case, a significant impact over patients' movement). To put it otherwise, in order to access the judicial framework of this directive (naturally, especially by way of the provisions of national legislation transposing the stipulations of this Directive), a citizen must have the status of patient, which means that he must be diagnosed. If this hypothesis/proviso is taken into account, it seems reasonable to consider that diagnosis should be performed (or, at least, initiated) in the country of origin (the Member State of affiliation). However, local procedures and administrative ways apply to diagnosis, which, in fact, results in the fact that a citizen is unable to access cross-border healthcare directly, without having to deal with prior administrative provisos /filters. As prior authorisation compulsorily requires the existence of diagnosis, that is to say, proof of the patient status, the question arises in the case of treatments exceeding the prior authorisation procedure, namely the ones that do not require prior authorisation. If one thinks, for instance, of eye-glass prescription, it is obvious that this have to be provided within the national system (family doctor's referral, consultation with an ophthalmologist in the health social security system) for the patient to be reimbursed.

For the examples provided, assessment should be introduced only if this is necessary to determine the individual entitlement of the patient to healthcare.

These limits apply simultaneously to services provided within national/public health social security systems and to cross-border healthcare. Two remarks are relevant here:

- the aims of the directive can be attained on condition that national/social/public health services comply with certain criteria; which means that the provisions of the directive creates indirectly rules for the functioning of national social security systems.
- the provisos for accessing cross-border healthcare and their limitation take into account the provisos in the Member State of affiliation, however, balanced by the limits established by the Directive.

Taking both provisos and limitations into account, **we consider that two aspects need to be dealt with at the moment of transposition of the directive into national law:**

- c) to introduce a national procedure for establishing the provisos for access to healthcare that should:
 - include mechanisms for establishing the necessary conditions;¹⁷⁹
 - ensure balance between restrictions and aims (which means that for each restriction, the corresponding objective should be indicated immediately);
 - establish clear criteria for decision-making and hierarchic resorts for decision-making and settlement of appeals (in order to avoid the risk of discretionary behaviour);
 - avoid discrimination.
- d) to assume the national procedure as part of the prior authorisation procedure for requests of cross-border healthcare.

For accessing domestic and cross-border healthcare, certain criteria should be established in order to make decisions for each patient. The criteria used should:

- *be applied objectively, transparently and non-discriminating;*
- *to be known in advance;*
- *be grounded on medical circumstances;*
- *not impose additional loads on patients who wish to receive cross-border healthcare compared with patients provided with treatment in their own Member State of affiliation;*¹⁸⁰
- *make expedient decisions.*

As already mentioned, the fact that the directive refers simultaneously to national health systems and requirements that have to be met for the free movement of patients/medical services entails a certain set of obligations for national health systems which Romania is bound to observe by introducing specific legal provisions. In other words, compliance with the provisions of the directive also includes the establishment of a judicial framework applicable to public healthcare/health insurance system. In

¹⁷⁹ Mostly restrictions related to funding.

¹⁸⁰ The patients' free movement depends to a great extent on the meaning which the Court will ascribe to this sentence.

our opinion, this should be one of the main objectives of the Romanian health system reform. We assert that the fact that the directive assumes the lack of criteria for accessing public/national social healthcare, as well as the fact that these criteria, inasmuch as they exist, do not abide by the provisos, represents an infringement on freedom of providing healthcare/ free movement of patients. To put it otherwise, compliance with the provisions of the directive entails fundamental structural changes in the Romanian health system.¹⁸¹

In relation to these criteria applicable at national level, Member States are free to add criteria and additional provisos for prior authorisation of patients who want to receive domestic healthcare. However, they should also comply with the aforesaid provisos, adding, as we shall see, other provisos. In other words, the Member State of affiliation can restrict their own citizens' access to cross-border healthcare, but only in defined circumstances and meeting, at the same time, the requirement that access to public/social healthcare should also comply with these provisos. This means that the understanding of prior authorisation as judicial institution depends on establishing the circumstances in which it can be used and on their introduction in national legislation.

Taking into consideration the fact that they represent a hindrance for patients' free movement, the criteria associated with prior authorisation should be justified from the overriding general interests' point of view, such as:

- planning requests in reference to ensuring a sufficient and permanent access to a balanced range of high-quality healthcare within the state concerned;
- the wish to control costs and avoid, as much as possible, any waste of financial, technological, and human resources.

In this respect, one should take into consideration the reasons provided as examples by the Court of Justice:

- the risk to severely undermine the financial balance of a social security system;
- the aim to maintain balanced healthcare and hospital care open to anyone, for reasons of public health;
- the aim to maintain the treatment capability or medical competence on national territory, as fundamental for public health and the survival of the population;
- the general principle of ensuring the patient's safety.

It should be noted that *the impact on national health systems caused by patient mobility might vary between Member States or between regions within a Member State, depending on factors such as geographical location, language barriers, location of hospitals in border regions or the size of the population and healthcare budget,*(44) it should therefore be *for Member States to set such criteria for refusing prior authorisation that are necessary and proportionate in that specific context, also taking into account which healthcare falls within the scope of the prior authorisation system, since certain treatments of a highly specialised nature will be more easily affected even by a limited patient outflow than others.* The

¹⁸¹ Our remarks are based both on the fact that we have noted that these criteria are scarce, but also the fact that the provisos are not complied with, in the case of the existing criteria, within the national health system. The analysis of each proviso can reveal a large amount of circumstances (some of them, notorious) in which these provisos are not complied with.

freedom of Member States to set these criteria includes the possibility that they be related in different ways to different regions, counties or other administrative forms relevant for the organisation of health system and for the possibility to provide certain treatments. It is obvious that there should be a special procedure having regard to more aspects. We believe that the duty to prove the existence of situations which justify the decline of prior authorisation is the state's duty, and that citizens cannot be forced to prove the lack of such influences.

Other provisos that should be complied with by prior authorisation and its associated mechanisms, including reimbursement of costs:

- patients should be provided with objectivity, non-discrimination and transparency warranties;
- the decisions:
 - o should be made on a timely, reasonable manner
 - o should take into consideration:
 - general principles;
 - specific circumstances for each situation;
 - o should be made in a short time if imposed by emergency of treatment.

If the Member State of residence declines prior authorisation on the grounds of financial impact, this determines two consequences:

- The state should provide the proof;
- A question arises with regard to the way in which citizens' rights are respected, taking into account that:
 - o the citizen should have access to services included on the list/guaranteed in accordance with his necessities;
 - o the system's malfunctions or image strategies such as entitlement to a healthcare pack that cannot be actually provided are not opposable to citizens;

Settlement of costs in the prior authorisation situation

If the rule for reimbursement of the costs for cross-border healthcare is related to the costs of healthcare in the Member State of affiliation, additional provisions apply in the case in which prior authorisation is granted:

- the general rule is maintained: the costs of *care provided in another Member State should be reimbursed by the Member State of affiliation up to the level of costs that would have been assumed had the same healthcare been provided in the Member State of affiliation, without exceeding the actual costs of healthcare received.* (46)
- In the event when EU regulations concerning social security systems coordination apply, prior authorisation should be granted and settlement is made at the level of costs or in accordance with the agreements between states. An exception is the situation in which

the patient opts for the framework provided by Directive 2011/24/EU, thus renouncing more favourable provisions.¹⁸²

- In the event that the state initially declines prior authorisation, the patients receives cross-border healthcare and the authorisation is eventually granted after judicial or administrative re-evaluation¹⁸³ reimbursement of costs of healthcare is made at the level of costs.¹⁸⁴

The Directive suggests the possibility of combining reimbursement of costs of healthcare with costs associated with various social aspects, especially additional costs in the case of persons with disabilities. Otherwise, the specific issue is much more complicated in such cases, involving provisos on equal opportunities and fighting discrimination.¹⁸⁵

Limits of prior authorisation

As we could notice, the prior authorisation institution generates limits in the patients' free movement. If the Member States' decision in this respect was unlimited, there would be no longer free movement of patients, the entitlement to free movement being rather incidental. It is important to remember that the Directive comes as a result of more judgements of the Court of Justice which acknowledged the citizens' entitlement to reimbursement of the costs of cross-border healthcare, under specific provisos.¹⁸⁶ Criteria for granting or declining prior authorisation should be limited to what is **necessary and proportionate** from the perspective of overriding reasons of general interest.

This is a complex situation. For example, as far as the quality of healthcare is concerned, could the differences from one state to another (which may be significant, if one takes into account the fact that the funding level is a significant variable for the quality of healthcare) influence the conditions for granting prior authorisation? A few questions rise from this situation: which is the relation between the general interests which can be claimed by a state in declining prior authorisation and the direct interest of the patient in his own health? Could we oppose general interests to personal interests of patients who might be in situations that endanger their lives?

The analysis of the limits of the state freedom to grant prior authorisation should start from two of the fundamental aims of the directive:

- *to allow **freedom to provide healthcare services for patients;***
- ***to remove unjustified hindrance of this fundamental freedom** within the patient's Member State of affiliation.*

¹⁸² The state institution should inform the patient with regard to this situation.

¹⁸³ Therefore, a higher institution should be available to which appeal can be made against the rejection of prior authorisation. Which means that procedures specific to contentious administrative matters apply.

¹⁸⁴ The wording in the Directive, art. 46: "This is in line with the case-law of the Court of Justice which has specified that patients who were refused prior authorisation on grounds that were subsequently held to be unfounded, are entitled to have the cost of the treatment obtained in another Member State reimbursed in full according to the provisions of the legislation in the Member State of treatment."

¹⁸⁵ We assert that case-studies will develop with the entering into force of this Directive.

¹⁸⁶ In this sense, the Directive is an example of civic action resulting in modifications of legislation.

As it is easily noticeable, both aims express limits of prior authorisation, the former referring to the actual aim of the Directive, i.e. to allow **freedom to provide healthcare services**, which can be also understood as *patients' free movement*, while the latter indicating that prior authorisation should only consider justified reasons, each reason for declining it being a hindrance for the freedom to provide healthcare. This also indicates that these reasons should be powerful enough to justify the restriction of this fundamental freedom.

Theoretically, the reference level of the services to which a patient is entitled to in another state is represented by the level of the services he is entitled to in his country/Member State of affiliation. As this is difficult to put into effect because of the significant differences in treatment methods, the Directive also takes into consideration critical cases. To this effect, it operates with two fundamental concepts, *healthcare procedure* and *types of treatment*, without defining them explicitly. Even though establishing a patient's entitlement in cross-border healthcare starts from a minimum level represented by the level of service in the country of origin/Member State of affiliation, the Directive acknowledges the possibility that there may be differences between treatments which should be "homologated". This homologation should be the object of prior authorisation; this is the reason why we consider that prior authorisation should comprise analysis criteria and mechanisms specific to this "homologation".

Also, the legal framework specific to prior authorisation should include provisos with regard to the possibility of reimbursement of costs of healthcare beyond the limits to which they are covered in Romania. These provisos are very important if we take into account the situation in which prior authorisation is requested for healthcare that cannot be provided within the country¹⁸⁷ as such situations represent a restriction of the patient's entitlement to healthcare by the way in which health system is managed. Things tend to get even more complicated if we try to establish a reference level or a standard of healthcare/treatment which should be provided for various diseases.¹⁸⁸ Could we say, therefore, that the Directive enforces the citizens' rights to the best treatment available within the European Union? After all, the essence of the patients' free movement brings forth the question of the reasons why patients would request cross-border healthcare, the most important being that fact that they want to be provided the best possible care.¹⁸⁹ This would mean that we could regard the treatment's performance and efficiency as a standard, from the point of view of the Directive. The decline of prior authorisation cannot be grounded on the reason that there are waiting lists on the national territory which are intended to allow the planning of providing hospital care based on previously established priorities, without performing objective medical evaluation.

¹⁸⁷ This assumption obviously raises the issue of the circumstances in which citizens may be granted prior authorisation. Two different situations can be noticed here: healthcare that cannot be provided in Romania because of the lack of expertise and the patient's request determined by differences in quality between healthcare systems or other criteria.

¹⁸⁸ The Romanian legislator faces a real dilemma in regard to the way of defining the services to which the citizens are entitled. If the definition is based on types of diseases which can receive treatment, it is obviously about more efficient treatments in other states. If the definition is based on types of treatment or therapeutic procedures, the question of inadequate exclusion rises. Taking into account the difference between healthcare service and treatment methods, we consider that the definition of the basic package should be grounded on types of diseases.

¹⁸⁹ Obviously, adding to this are reasons pertaining to therapeutic techniques (pain, curing period, sequelae), as well as personal reasons (comfort, presence of family members, etc.).

Should the state decide to apply differentiated criteria at regional level or at the level of another administrative or medical division, it is obliged to create a system that is *transparent and easily accessible* and to make the criteria *public in advance*. (44)

Virtually, if a patient entitled to healthcare cannot be provided necessary care within a term that is medically justifiable, the state should be obliged to grant him prior authorisation. As one can note, the key-concept is *medically justified term*, which provides one of the negative aspects which entitle the patient to request cross-border healthcare, motivated by the risks entailed by the delay in medical treatment. It is obvious that this concept will require careful judicial-administrative efforts, including the stipulation of the medically justified terms in medical practice guidelines and other related documents. This provision is all the more important if the health system is more dysfunctional.¹⁹⁰

In order to determine the limits of prior authorisation, the judgements of the Court in this respect are particularly relevant. For example, in the case C 157/99 Geraets-Smits and Peerbooms (2011), the Court established that prior authorisation could be justified by reasons associated with the stability of the national social security system, but the denial of authorisation cannot be arbitrary and should be conditioned by **the existence of a treatment with similar results within the same time frame** in the country of origin.

Other provisions of the Directive

Member States shall render mutual assistance and cooperation in:

- applying the provisions of the Directive;
- standards and directions of quality and safety¹⁹¹
- information exchange in relation to:
 - o compulsory information established by the Directive;
 - o right to practice for health professionals (through the information system for internal market (Directive 2008/49).
- Providing cross-border healthcare at regional and local level.

This cooperation can be object of agreements which the Commission encourages Member States to conclude.

¹⁹⁰ Under circumstances which may affect the patients' health due to the fact that healthcare cannot be provided at *medically justified terms*. At the same time, a number of exclusions draws our attention, respectively:

- *everything that does not fall in the "medically justified term" category;*
- *the situations in which cross-border healthcare may expose the patient or the general public to risks which prevail over the patient's interest to receive cross-border healthcare. The dimension of the effects depends on the meaning of risk in this case.*

¹⁹¹ This is one of the fundamental arguments in favour of establishing a working group at the Commission level aiming at the harmonisation of standards for the accreditation of healthcare units.

Recognition of prescriptions issued in another Member State¹⁹²

For the prescription issued in a Member State to be recognised by another Member State, it is necessary that:

- the medicine should be authorised for the markets of the two states;
- the prescription should not be subject to restrictions.

The restrictions concerning the recognition of individual prescription can be applied with regard to the following provisos:

c) General:

- they are limited to what is necessary and proportionate for the protection of human health;
- they are non-discriminating;

d) Specific:

- are based on legit and justifiable doubts related to the following characteristics of the prescription:¹⁹³
 - o Authenticity
 - o Content
 - o Clarity.

The recognition of prescriptions does not annul specific national regulations in what certain medicine types are concerned, nor the pharmacist's refusal to issue a prescription on legal grounds, in the case in which he has the legal right to refuse.

The provisions which apply to medical prescriptions also apply to medical devices.

¹⁹² For complete information in reference to applicable procedures, see Commission Implementing Directive 2012/52/EU which establishes measures to facilitate the recognition of medical prescription issued in another member state.

¹⁹³ Taking these provisos into account, it is obvious that electronic prescription should be implemented in Romania (or, at least, a standard format which will exclude hand-writing, except for the signature). In order to check whether these requirements are met, a database with all health professionals entitled to issue prescriptions (and the prescription type to which they are entitled) should be established and made available at EU level. In addition, the information system should allow for the check of each prescription at its issuer, in other words, each professional with the right to practice should have his own database with the prescriptions issued, available on information channels at the EU level.

European Reference Networks

The Commission shall support Member States in the development of European reference networks.¹⁹⁴ They can be made between healthcare service providers and centres of expertise in Member States, especially in the domain of rare diseases. The criteria and required conditions that should be met by healthcare service providers who want to be part in these networks will be established by the Commission. The Directive refers to the criteria and required conditions that need to be met by the reference networks:¹⁹⁵

- *have knowledge and expertise to diagnose, follow-up and manage patients with evidence of good outcomes, as far as applicable;;*
- *follow a multi-disciplinary approach;*
- *offer a high level of expertise and have the capacity to produce good practice guidelines and to implement outcome measures and quality control;*
- *make a contribution to research;*
- *organise teaching and training activities; and*
- *collaborate closely with other centres of expertise and networks at national and international level.*¹⁹⁶

In order for a reference network supported by the Commission to be established, this should assume at least three of the following objectives:

- *to help realise the potential of European cooperation regarding highly specialised healthcare for patients and for healthcare systems by exploiting innovations in medical science and health technologies;*
- *to contribute to the pooling of knowledge regarding sickness prevention;*
- *to facilitate improvements in diagnosis and the delivery of high-quality, accessible and cost-effective healthcare for all patients with a medical condition requiring a particular concentration of expertise in medical domains where expertise is rare;*
- *to maximise the cost-effective use of resources by concentrating them where appropriate;*
- *to reinforce research, epidemiological surveillance like registries and provide training for health professionals;*
- *to facilitate mobility of expertise, virtually or physically, and to develop, share and spread information, knowledge and best practice and to foster developments of the diagnosis and treatment of rare diseases, within and outside the networks;*
- *to encourage the development of quality and safety benchmarks and to help develop and spread best practice within and outside the network;*
- *to help Member States with an insufficient number of patients with a particular medical condition or lacking technology or expertise to provide highly specialised services of high quality.*¹⁹⁷

¹⁹⁴ One of forms of reification of this support is the implementation of funding lines within EU funds specific to this activity.

¹⁹⁵ We can deduce from this a large number of criteria that should be met by healthcare service providers.

¹⁹⁶ Art. 12, par. 4a) of the Directive.

Rare diseases

The Commission shall support Member States in cooperating in the development of diagnosis and treatment capacity in particular by aiming to:

- increase in the information level for health professionals with regard to the tools available at the level of EU, laying emphasis on:
 - assistance for the correct diagnosis of rare diseases;
 - especially through Orphanet database;
 - European reference networks;
- increase in the information level for:
 - patients;
 - health professionals;
 - bodies responsible with healthcare funding
- in reference to the possibilities provided by EC Regulation no. 883/2004 for referral of patients with rare diseases to other Member States even for diagnosis and treatments which are not available in the Member State of affiliation.¹⁹⁸

eHealth network

The Union shall support the establishment of an eHealth network. This has the aim to connect national authorities responsible with eHealth designated by the Member States.¹⁹⁹ The objectives of this network shall be to:

- draw up a non-exhaustive list of data that are to be included in patients' summaries;
- identify effective methods for enabling the use of medical information for public health and research;
- support Member States in developing common identification and authentication measures to facilitate transferability of data in cross-border healthcare.

This network should also provide the transmission channel for the information necessary for applying the provisions related to cross-border, the lack thereof forcing the states to conclude bilateral agreements in order to connect their national information points. If we take into account the complexity of the measures that should be taken in order to implement the information system to support the directive, we believe that its implementation will be considerably delayed in relation to the coming to force of the directive.

¹⁹⁷ Art. 12, par. 2 of the Directive.

¹⁹⁸ Mention should be made that what we could regard as a *blind spot* from the perspective of the possibilities of diagnosis in a state concerns the Commission and that cross-border procedures for diagnosis and treatment are possible. For such possibilities to become applicable, it is necessary to implement certain strict procedures of identification of such cases which entail declining the competence of the Romanian health specialists/service providers.

¹⁹⁹ What we infer from here is the necessity of establishing such an authority for Romania, which should have a strategic character and integrate the existing communication networks, contributing to the implementation of new solutions in the domain of eHealth. Obviously, the Commission encourages this direction at national level, but also at the level of states agreements. The analysis of the direction of the funds allotted to health by the Commission reveals the fact that a significant amount is destined to eHealth projects.

Cooperation on health technology assessment

The Union shall support the establishment of a voluntary network connecting national authorities or bodies responsible for health technology assessment designated by the Member States. This network should operate in the principle of good governance, including the following functioning criteria:

- transparency
- objectivity
- independence
- experts' advice
- fairness of procedure
- appropriate stakeholder consultations.

The aid of the Union may be granted in order to:

- (a) contribute to the financing of administrative and technical support;*
- (b) support collaboration between Member States in developing and sharing methodologies for health technology assessment including relative effectiveness assessment;*
- (c) contribute to the financing of the provision of transferable scientific information for use in national reporting and case studies commissioned by the network;*
- (d) facilitate cooperation between the network and other relevant institutions and bodies of the Union;*
- (e) facilitate the consultation of stakeholders on the work of the network.²⁰⁰*

Objectives of this network:

- to avoid double assessment
- to exchange information in reference to relative efficiency and long- and short-term efficiency and health technology
- to support cooperation.

²⁰⁰ Art. 15, par. 3 of the Directive.

The Impact of Directive 2011/24/EU

One of the major threats for the reform as well as for the process of adapting legislation to this Directive²⁰¹ is the temptation of superficiality, particularly dangerous in the context of a topic of interest for the European Union Court of Justice.²⁰² We can anticipate that the Court will stand by its initial intentions, which may affect the states that do not understand to/are unable to comply with the provisions of the Directive.

Directive 2011/24/EU puts pressure on the Romanian state especially in reference to the following aspects:

- Reimbursement of costs of healthcare for the Romanians who receive cross-border healthcare
- e) Establishment of procedures specific to prior authorisation;
- f) Ensuring quality standards for healthcare;
- g) Creating the patients information system;
- h) Existence of a functional malpractice cover system;
- i) Ensuring coherence between the reform measures and the principles for the functioning of health systems provisioned by the Directive.

At a first glance, we can consider that a correct social security system which pays for healthcare in accordance with the costs on the market will give advantage to the states that

- Have a high level of quality of healthcare;
- Have sufficient personnel to cover the patients inflow;
- Have the required medical infrastructure;
- “Import patients” from other states;
- Inhibit the migration of their patients;
- Have the costs of health investments reflected in the costs of healthcare.²⁰³

Therefore, we notice that health systems may become at least a source of jobs, if not a business source. In this latter respect, we need to consider the horizontal impact of the increase in the quantity of healthcare provided within one state, especially when the high-quality of healthcare is determined, for the most part, by the high consumption of medicine and medical supplies.

The Impact of Directive 2011/24/EU on the Romanian citizens

As previously mentioned, the reference level of reimbursement of costs of healthcare to which a Romanian citizen is entitled is one from the member state of affiliation/origin. The obvious consequence is placing the Romanian citizens in an inferior position in relation to citizens of other EU states in what

²⁰¹In Romania’s case one can assert that the two demarches are actually identical at this moment.

²⁰²We must take into account the fact that this Directive is the result of a number of judgements of the European Union Court of Justice, given towards the interpretation of the Treaty on the Functioning of the European Union, which is also indicated in its contents (art 6 of the Preamble). The functioning of the Court in accordance with the Anglo-Saxon model (the precedent rule) makes it an arbitrator in the interpretation of this Directive, but also a decision factor in relation to the judicial frame of the Union and the citizens’ interests.

²⁰³At least in the form of amortisation.

accessing cross-border healthcare is concerned. This means that the effects of the directive are clearly favourable to states which allocate considerable sums to health,²⁰⁴ their citizens being able to access any health system in any Member State, without financial difficulties, whilst patients from countries with low allocation of funds for health (the poor countries especially) have to support significant differences of costs. In other words, accessing cross-border healthcare becomes very expensive especially for poor citizens. As it is highly probable that these citizens/patients already suffer in their own state because of the insufficient resources, we can conclude that the directive only risks emphasising economic inequality.²⁰⁵

A fundamental variable that influences this situation is the settlement of costs of healthcare: the more the settlement level is closer to the prices on the market, the lower are the costs supported by the citizen/patient who receives cross-border healthcare (taking into account the equivalent basic healthcare packs).

This variable is, in turn, influenced by other two variables: the costs of medicine and medical supplies and the costs of (specialised) workforce, both of the essence in the final costs of healthcare. As the costs of medicine and medical supplies tend to be equal,²⁰⁶ the fundamental differences are established by significant variations in what the costs of workforce are concerned, more precisely, the wages level in the health system. From this perspective, a citizen/patient who wants to receive cross-border healthcare is disadvantaged by the low wages of the Romanian personnel (compared to the ones in the state he wants to receive treatment) and he must cover this difference in wage (respectively, its reflection in the costs of healthcare).

Patients' migration

The directive does not estimate significant changes in the patients' flows as a result of its implementation, assuming rather a wish for specific cross-border healthcare, such as:

- highly specialised healthcare;
- healthcare on borderline areas;
- patients whose family live in another Member State;²⁰⁷
- to be granted access to a treatment method different from the one available in the Member State of affiliation;²⁰⁸
- the sentiment that cross-border healthcare provides better quality of healthcare.

It is our opinion that "medical tourism" is one of the most important variables from the perspective of Directive 2011/24/EU, bringing about "natural flows" of potential patients. Health system

²⁰⁴ If we assume a direct ratio between the funding level and the degree of coverage of the real costs of healthcare.

²⁰⁵ Is the reason why we consider the role of the Court in balancing these tendencies as fundamental.

²⁰⁶ They can be even higher, paradoxically, in the poor countries, due to corruption and defective system management.

²⁰⁷ Taking into consideration the special situation of Romania, which has c. 3 million cross-border workers, especially in Italy and Spain, we estimate a potentially significant impact of such cases, dependant to some extent on what will happen in the Romanian health system, that is, on the reform measures that will be enforced.

²⁰⁸ The degree of updating treatment procedures in a state and the image of one treatment method or another can represent significant variables for the patients' migration process.

reform can be a radical change of the internal context sufficient to determine the occurrence of a *push*-type factor for the patients' migration.

Although we do not have data indicating significant migration intentions on the part of the Romanian patients, the situation cannot be regarded as definitive, as it lacks predictability. The ample phenomenon of migration from Romania during 2002-2008, determined by contextual internal and external factors is sufficient to indicate the way in which a relatively stable situation can turn fast in an unstable one. In addition, the migrant flow of workforce will impact on a migrating flow of patients, which is actually anticipated by the Directive; in this case, it concerns the family members of the Romanians who work in other Member States, whose wish to receive treatment in the Member State of destination is more probable.

If it occurs, patients' migration will be determined by the income level, the courage to face the travel inconveniences, access to infrastructure, pre-existence of migration networks, and the establishment of routes dedicated to patients' migration.

“Funding” the patients' migration through the social security system in the context of the directive is just one of the variables. Another one is the complementary and even supplementary financing from private health insurance. Assuming that we will witness an actual definition of the healthcare basic pack, which entails by default a decrease in the health service, provided through social security system,²⁰⁹ the obvious measure will be the development of complementary health insurance.

In such a circumstance, it is interesting to note the compliance of complementary insurance with the cross-border healthcare context, the pressure from the insured persons and the opportunities provided by the insurance companies being of the essence. Assuming that complementary insurance is compatible with cross-border healthcare,²¹⁰ we consider that two hypotheses may apply:

- c) *Reimbursement of costs is made at the level of the costs on the market*– then all the conditions are met for the patient to benefit by a higher level of reimbursement, therefore, virtually; the context is favourable to migration.²¹¹ This hypothesis should be completed with the following elements: it brings a decrease in basic healthcare and implicitly an increase in the ones associated with complementary insurance. In this case, the attitude of the insurance companies in the complementary system becomes a significant variable which may influence the migration process.²¹²
- d) *Reimbursement of costs is made below the level of the costs on the market* (modelul actual) – is hardly compatible with the implementation of complementary health insurance system. How-

²⁰⁹ In reference to the present day level of “public” funding of the health system. The situation is valid even in the case of an increase in financing, inasmuch as it depends on the nation's poverty.

²¹⁰ We believe that they should be compatible, exactly as an effect of the directive. The opposite hypothesis leads to the situation in which complementary insurance would be limits of the patients' free movement.

²¹¹ In order to point out the actuating mechanism, we leave aside for the moment other variables' influence in such hypothesis, such as the increase in quality of healthcare at national level, which may inhibit patients' migration.

²¹² If we take into account the lower costs associated with workforce in Romania, we can anticipate that the insurance companies' interest is rather that services were provided within the country, in order to reduce the costs for healthcare to which the insured patients are entitled.

ever, from this particular perspective, the Directive may be a window of opportunity for complementary insurance if patients are willing to bear either the costs derived from the difference between the reimbursement level provided by the Romanian state and the actual cost of basic cross-border healthcare, or the total costs of the basic pack (especially if it is low).

If the level of informal costs in a state is similar or close enough to the costs of cross-border healthcare, it is highly probable that such a situation is favourable to patients' migration. Some patients' (or categories of patients) availability to pay is a significant variable in the patients' migration phenomenon.

One of the solutions against "patients' migration" is the way of reimbursement of costs by the state of affiliation, which can be complicated enough to inhibit such gestures to some extent. If the reimbursement procedures are not identical in all Member States, the state imposing inhibiting procedures will be advantaged²¹³ compared to the one which deals with its citizens in a correct manner.²¹⁴

Analysis of the effects in reference to various strategies of the Romanian State

From the perspective of the impact of the Directive, the following variants are possible in the case of Romania:

- d) **The present day costs for reimbursement/settlement of costs of healthcare are maintained**²¹⁵ (provisioned by the Rules in the master agreement used in relations with healthcare units). The consequences are as follows:
- **Internally:**
 - A significant difference is preserved between what the system declares that it can provide and what it actually provides, with the following consequences:
 - Patients bear the differences in costs;
 - Inequality of access to healthcare is practically implemented, the level of financial resources producing differences even in the socially-marked healthcare.
 - the Romanian patients who receive cross-border healthcare (assuming the existence of prior authorisation) will receive:
 - reimbursement of costs of healthcare at a level below the level of market costs of healthcare in the Member State of affiliation;
 - reimbursement delays used as a mechanism to balance the budget;

²¹³ Restricting patients' migration with the help of prior authorisation is advantageous from the perspective of preservation (and, perhaps, development) of a state's own medical infrastructure, especially when there are waiting lists. See in this respect the dynamic assessments of each hypothesis in the present study.

²¹⁴ In this respect, we anticipate a reaction of the Commission, at least at the level of the periodic reports on the implementation of this Directive.

²¹⁵ This is the variant in which Romania maintains the present day system in its entirety.

- in relation to the costs of healthcare in the country in which they receive treatment, the costs may be:
 - higher (especially due to the level of wages in the respective country); the satisfaction level may compensate the difference in costs, to some extent.²¹⁶
 - lower (especially due to efficiency; the impact of various subsidies should be also considered); cultural and linguistic differences, as well as distance are the only ones that could diminish the migration trend.
- The financing system saves/wins if more patients choose cross-border healthcare, being interested to simplify/ expedite the prior authorisation procedure;
- The choice for domestic healthcare units decreases in accordance with income criteria:
 - Patients with higher income levels tend to seek cross-border treatment;
 - Patients with low income levels and social assisted persons receive domestic healthcare.
- The returns of the healthcare units decrease, the situation having a significant impact on:
 - Wages level
 - Consequently, the migration process increases.
 - As a result, a decrease in competence is noted at the health system personnel level, one of the effects being the diminishing of the system’s capability to provide quality healthcare and rare diseases care:
 - failure to provide certain services increases the migration process (the decrease in quality of healthcare will trigger the same effect).
 - the possibility to provide medicine and medical supplies decreases
 - investments in technology/ technique updates also decrease
 - They both trigger the decrease in quality of healthcare and capabilities to provide it, exacerbating the patients’ migration tendency and its associated effects.
- **Externally**
 - Healthcare provided in Romania becomes, virtually, a profitable business for other Member States due to lower costs they have to reimburse their citizens;

²¹⁶ We should also take into consideration the possible effect of such behaviour on social status, which can be one of the welfare indices.

- At first, we may witness an inflow of patients towards Romania;
- Since informal payments procedures do not apply, virtually, to patients from other Member States, the difference between payment level and actual costs of healthcare will be borne by:
 - Healthcare units;
 - Patients from Romania;
 - The system's personnel (low wages).
- the deficiencies of quality of healthcare are preserved, and:
 - lawsuits increase accordingly;
 - against the background of the compensation level, an increase appears in insurance premium:
 - reflected in employees' income, which decreases;
 - the distrust of the personnel increases, exacerbating the migration trend.
 - Foreign citizens interested in exploiting the system to their own end through lawsuits may come to Romania.

e) The reimbursement/settlement of costs value increases:

b.1) reimbursement of costs of healthcare increases (up to the level of the costs on the market), but the financing level of social security system is maintained

b.1.1: basic healthcare pack decreases.²¹⁷

- requires implementation of complementary health insurance:
 - *as part of the social pack.*²¹⁸
 - the provisions of the Directive apply;
 - reimbursement of costs of healthcare trends to costs;
 - prior authorisation must be granted by mixed authority: state authorities and complementary insurance company;
 - quality of healthcare may significantly influence internal or external targets;
 - the level to which patients from other Member States should bear the costs of healthcare in Romania trends to their actual costs;
 - healthcare units may win;
 - employees may win;
 - *as part of the private pack:*
 - do not fall under the scope of Directive;
 - the number of health services which the Romanian citizens may be entitled to reimbursement decreases

²¹⁷ Basic healthcare pack trends to the minimum pack.

²¹⁸ We have taken into consideration this highly unlikely variant of the implementation of a complementary system as part of the health social security system as there were some attempts in this respect at official level. Even though it is part of an honest strategy of approaching the issues of health system financing, such a variant raises the following question: to what extent may complementary health insurance have social character?

- the tendency to discriminate citizens of other EU states is exacerbated;
- augmented pressure to favour the private sector of providing healthcare to the disadvantage of the public one;
- or choice for cross-border healthcare (within the private system);
- the possibility for the Romanian state to provide healthcare within the public system at the level of services provided by social security systems from other states is diminished;

b.1.2: the present healthcare basic pack is preserved:

- it requires the significant reduction of the total amount of healthcare services provided to the population;
- theoretically effective inasmuch as it might eliminate the margin determined by the induced demand of healthcare (the effect of the DRG system combined with low funding and lack of a reasonable level of control);
- determines the implementation of waiting lists:
 - the pressure (legally justified) for prior authorisation in view of cross-border healthcare increases.
- the difference between the theoretical and practical level of providing healthcare to the population is accentuated.

b.2) the value of reimbursement of healthcare (trending to the costs on the market) increases with the rise in the funding level of health social security system

- It is the best variant from the point of view of:
 - Patients:
 - both quality and quantity of healthcare which he can receive within his country increase;
 - the pressure of informal pressure is reduced;
 - the level of reimbursement of cross-border treatment is higher;
 - the tendency to discriminate Romanian patients in favour of foreign patients decreases.
 - Employees:
 - the increase of profits of healthcare units may lead to increase in salaries for health professionals;
 - higher quality of healthcare
 - higher degree of professional satisfaction;
 - the migration trend decreases;
 - Health system:
 - increase in the capabilities of healthcare units to actually provide healthcare;
 - increase in the hospitals' development;
 - higher quality of healthcare:
 - higher target level;

- the patients' migration trend decreases;
 - increase in citizens' trust in the state's ability to ensure healthcare to which they are entitled.
 - Partly, the stipulations from *reduction of the basic pack and implementation of complementary social insurance* apply.
- f) Elimination of health social security systems and funding the healthcare social/pack/basic pack from the state's budget**
- c.1) financing the system at the same level:
- c.1.1) providing a similar level of reimbursement of healthcare – see a);
 - c.1.2) increasing the level of reimbursement of healthcare – see b.1);
- c.2) increase of the financing level (highly unlikely) – see b.2);
- c.3) decrease of the financing level – a series of negative effects.

Quality of healthcare

Taking into account the issues raised by prior authorisation, one of the most important questions is to what extent do differences in quality of healthcare between Member States influence the requirements for granting prior authorisation?

Quality of healthcare is an essential variable within the European framework provided by Directive 2011/24/EU. At equal costs and equal access to healthcare, it is likely that quality indices will constitute significant differences. Provided that patients from other states benefit from treatment similar to the one provided to local citizens and if cross-border patients are guaranteed a certain level of quality of healthcare, then the Directive implicitly guarantees to patients from the Member State of treatment the same quality level. To put it otherwise, guarantee of a certain level of quality of healthcare for cross-border citizens becomes quality standard for the entire health system of the respective state.

Achilles' heel in the case of prior authorisation is the state's obligation to provide *treatment with the same results in due time* in the country of origin. The implementation of prior authorisation entails obligations with respect to quality of healthcare. In other words, the main undertaking that should be taken by the Romanian state concerns the increase of quality of healthcare (in and outside hospitals), which is, practically, the most important orientation of the health system reform.

In the context of this Directive, CoNAS should become a centre for information and quality assurance for healthcare in Romania. It is possible for it to join a network of similar bodies which may ensure a great part of the information exchange.

Taking into account the fact that this Directive has repeatedly emphasised both its concerns with quality and states cooperation, it is obvious that undertakings for establishing efficient mechanisms of quality assurance are compulsory. As the main body providing norms and regulations in the domain of quality assurance in relation to healthcare and hospitals activity is National Commission of Hospital Accreditation, it is obvious that a cooperation framework at European level should be created. To this

effect, the demarche of imposing minimum standards for accreditation of healthcare units in the European states (harmonisation at minimum level of the accreditation requirements) and the interest in identifying the relationship between quality of professional life and quality of healthcare is one of the most important action directions in the spirit of this Directive.

Considering its specialisation in control, certification and monitoring of quality and functioning standards for hospitals, CoNAS should be placed among the first institutions providing information to foreign patients. At the same time, taking into account the importance granted to the increase in quality of healthcare by Directive 2011/24/EU, this institution is the first one which should change the quality standards in the healthcare domain. This is precisely why we consider necessary to establish a working group at the EU level, aiming at harmonising the accreditation standards for healthcare units, thus moving in the direction of establishing minimum quality standards of healthcare at the EU level.

The health system personnel

As the anticipated effects on the employees in health system have been tackled in various sections of the present study, they are only summarised here:

- **Increase in standards of quality and safety of healthcare.** Against the background of the present functioning of health system, characterised by a reduced interest in training personnel (obvious from the lack of financing and standards in the field), the efforts in this respect are mostly those of the employees.
- Increase in the information level of patients and transparency;
- Free access of patients to their medical records;
- Awareness with regard to the performance standards of healthcare at the EU level;
- Implementation of clear and transparent procedures in relation to costs;
- Professional opinion will be of the essence in setting the criteria applicable to prior authorisation.
- One may anticipate the emergence of a healthcare market, which triggers competition, with all its associated effects.
- The personnel should master the conditions in which they can refuse treatment of a patient citizen of another Member State.

Personnel migration

We cannot estimate within reasonable margins the effects of the Directive on personnel migration, because we lack comparative data in reference with various health social security systems and we do not know the policies adopted by each of the Member States within the procedure of harmonisation of legislation. Nonetheless, we can provide some possible scenarios.

General Remarks

In as much as it is based on health social security systems, the Directive's foundation on the freedom of providing services is a problematic one, with great impact concerning its interpretation. Thus, the intentions of healthcare providers play an essential role in determining the limits of cross-

border healthcare. As we can presume this is about the economical framing placing these providers, the profit factor has a major impact on the whole system. Therefore, the Directive's text is somewhat contradictory in various aspects related to the classical values of a health social security system (solidarity, equity etc.).

The provisions of the Directive oscillate constantly between states' rights and obligation of managing their own health social security systems and the interest in creating a European space in this field. The desire of building a fiscal union can determine a few steps towards creating a social health system at the EU level. Considering the economical foundation of the Union and the pertaining amounts for health services we can say that health is more likely to be certified by unification measures than any other social systems.

The understanding of this Directive's provisions depends on the identification of the relationships it has with other norms, especially with Regulations (EC) no. 883/2004 regarding social security systems' coordination at the level of the Member States. Altogether, these create the framing interpretation of what we could consider to be the citizen's rights in health at the level of the EU.

Directive's provisions lead to comparisons and homologations between two different financial systems for health: social health insurance systems and social security systems (including health as an integrant part).

When dealing with a great amount of patients in a single state, a growth in healthcare costs can be anticipated; but the costs that will have to be paid by their own social health insurance systems are underrated by the advantages which the inflow of patients offers.²¹⁹

Considering the fact that both private agencies and patients have the right to speculate the opportunities on the market, is expected that every weakness in the system shall be exploited. This could include a drawback insurance, too, which facilitates resorting cross-border healthcare at the price of advancing the total cost of healthcare for both state and patients.

Conclusions and recommendations

The European Union includes, at least at a declarative level, health systems in a broader framing of social security systems. The reform in the health system must take into account this aspect, ensuring at least a minimum social protection level. From the perspective of the EU, they represent compulsory functioning principles for health social insurance system/ health social security system:

- Universality
- Solidarity
- Equity
- Access to quality care.

²¹⁹ Ideally speaking, growth could be directly proportional with the excess brought by the extra employments in the health system.

In accordance with the spirit of the Directive, the health system must have at least one social component. This requirement can be fulfilled through social health insurance systems (preferable) conservation or by introducing the basic component of health in the social system. Also, the maintenance of health infrastructure is part of the necessary social dimension, too, inevitably leading to the conclusion of maintaining an adequate number of public health units. Even if somehow forcing legal texts' interpretation, we can actually say that the social dimension of the health system is part of the community acquis

The level of the social dimension of the Romanian health system should be comparable with what is happening in the majority of the EU Member States. The reason for this is represented both by the possibility of a harmonious integration from the Directive's perspective and the necessity of including our country in the social vision of the Union.

The fact that the Directive simultaneously refers to national health systems and to the conditions which must be met for a free movement of patients/healthcare creates a certain set of obligations for the national health systems which Romania must respect, too, introducing specific legal provisions. In another terms, compliance with the Directive's provisions includes the establishment of a certain legal frame applicable to healthcare provided in the public/social health insurance system from Romania, which is, in our opinion, top priority, being placed in the first objectives of the reform in the health system. We can consider that the Directive presumes the fact that the absence of both access criteria to public medical/national social services and the fact that these criteria, inasmuch as they exist, do not respect the mentioned conditions constitutes a barrier for the freedom of providing healthcare/patients movement. In other terms, compliance with the provisions of the Directive presupposes a few structural, essential changes for the Romanian health system.

As far as the patients' free movement is concerned, the fact that the Directive takes as undisputable the entitlement/ freedom of a citizen from a member state of affiliation to receive cross-border healthcare is essential, discussing in fact the right to reimburse the costs of healthcare in a circumstance in which the patient exerts this freedom.

Virtually speaking, in the circumstance of a legal frame created by Directive 2011/24/EU, the Romanian state can act, within the process of transposition of the directive's provisions into national legislation, in two directions:

- Establishing the access criteria for the citizens from other member states to healthcare provided on its own territory;
- Establishing the criteria through which Romanian citizens may benefit from reimbursement of costs of cross-border healthcare, through the institution of prior authorisation.

Directive 2011/24/EU puts great pressure on Romania especially in the following directions:

- j) Reimbursement of costs of cross-border healthcare for the Romanians citizens;
- k) Creating the specific procedures of prior authorisation;
- l) Providing a standard quality of healthcare;
- m) Creating the information system for patients;

- n) The existing of a functional malpractice insurance system;
- o) Providing coherence between the reform measures and functioning principles of a health system mentioned in the Directive.

The Directive tends to introduce into the community acquis:

- p) Minimum quality standards for healthcare;
- q) Protection level of patients against harm;
- r) The information level of patients before and after healthcare.

Threats

Prior authorization is the essential bureaucratic mechanism through which the state can attempt at controlling the movement/migration of own patients. Considering the fact that the prior authorisation can be denied only if an equivalent treatment from the perspective of efficiency can be provided in Romania without any significant delay, within a healthcare unit under contract with the health social security system,²²⁰ it is obvious that the effort to adapt to the foreseeable effects of this Directive must focus on the steps regarding quality of healthcare, under ranking the efficiency of the eventual bureaucratic barriers. Moreover, focusing on prior authorisation, without reforming the system from the Directive's perspective, may produce major negative effects, determining the aggravation of conditions for providing healthcare.

In our opinion it is wrongly considered that cross-border healthcare in its entirety is subject to prior authorisation, except for emergency cases. The states' right to implement prior authorisation is limited to specific situations, without the possibility of extending it for all the cases.²²¹ The rule is represented by the freedom to provide healthcare, the correlative being the freedom of citizens from a Member State of affiliation to benefit from cross-border healthcare. The sense of Directive 2011/24/EU is the repeatedly established through Court's judgements:²²² *Community nationals may obtain medical treatment in another member state **without prior authorisation** and be reimbursed in accordance with the tariffs of the state in which they are insured.* The cases before the Court of Justice concerned reimbursement of the cost of spectacles and of orthodontic treatment outside hospital facilities. Given these circumstances, limiting the efforts for adapting legislation only to the implementation of prior authorisation and considering that provisions are similar to the present legislation in the field represent a proof of misapprehension of the Directive's sense. Prior authorisation should be considered as an exception, sharing the fate of every legal exception.

Even if we were entitled to talk about the prevalence of prior authorisation, the situation in Romanian health system is so dramatic that the number of patients having the legal right to be provided cross-border healthcare is very large. The fact that hospitals do not dispose of necessary materials and medicines to provide the adequate treatment for patients, could be invoked as a reason for requesting the prior authorisation.

²²⁰ Cristian Vlădescu, Cristian Buşoi, *Politici de sănătate în Uniunea Europeană*, Polirom, Iaşi, 2011, p. 130.

²²¹ In the situation which Romanian authorities are the victims of such interpretations, we will assist to a wrong transposition of its provisions into national legislation, risking the rightfully sanctions.

²²² Case law from April 28th 1998, Kohll and Decker (cases C-158-96 and C-120/95)

The denial of prior authorisation invoking the *keeping of a treatment capacity or of a medical competence on national territory which is essential for public health* is a rightful one, but yet determines a series of difficulties in applicability. First of all we consider that the state has the task of testing such situations. Then, these treatment capacities must follow quality conditions compared to the European standards in the field. Not lastly, access criteria to these treatment capacities are important too, any disjunction between legal right of citizen and reality (for example: buying medicines and medical supplies) invoking it against the state. For that matter, not obeying the access criteria to medical services between legal parameters we think this can be one of the most frequently invoked reasons in default of an efficient health reform.

Reminding the fact that both domestic and cross-border healthcare (regarding the receiving of medical care and their costs reimbursement), the member states can maintain:

- general conditions;
- eligibility criteria,;
- administrative and normative formalities;
- the request of consulting a general practitioner before consulting a specialist or before benefiting from hospital care.

These conditions can be introduced/maintained insofar as:

- they are necessary;
- they are proportional with the aimed goal;
- they do not have discretionary or discriminating character.

Therewith, these general conditions, criteria and formalities should:

- be applied:
 - o objectively,
 - o transparently,
 - o in a non-discriminating manner,
- be known in advance;
- be based on medical circumstances;
- not impose supplementary tasks to patients who wish to benefit medical care in another member state compared to those treated in the member state of affiliation.
- the information regarding these conditions must be anticipatively put at public's service..

At the same time it is necessary that decisions be taken as far as possible.

If patients from other member states receive the same treatment as their own citizens and if cross-border patients are granted a certain level of quality of healthcare, then the Directive implicitly guarantees to patients from the country in which healthcare is provided the same quality level, too. In other words, granting a certain quality level of healthcare for patients from other members states becomes a quality standard for the whole medical public system of a state.

Determining the real associated costs of healthcare is a compulsory demarche in the context of harmonisation of the legal provisions of Directive 2011/24/EU. Any hesitation in this matter will significantly affect two components of the health system:

- *Hospitals*, risking to be forced to treat foreign patients at underestimated costs, which will contribute to their deficit;²²³
- *Patients*, who will be deprived of the possibility of cross-border healthcare at acceptable levels of reimbursement and suffer all the influences derived from financial deficiencies in the healthcare units.

In reference to Romania's situation, we can observe that establishing the healthcare prices at the level of the costs on the market could determine an inflow of patients from other states, due to lower prices compared to those in their own states, determined by lower costs of workforce. Such target fluctuation can be anticipated at least in the case in which there are waiting lists in the member state of affiliation. Such an option could be profitable for the Romanian healthcare units and the whole health system, contributing this way to the preservation of the medical infrastructure.

Nevertheless, we anticipate that on medium and long term the advantage of competition offered by the low cost of workforce (i.e. the small remuneration in the health sector) will disappear, determining the appearance of another major disadvantage: the lack of professionals in the system. Considering the broader interpretation of the Directive, the lack of specialised personnel generates effects that cannot be blocked not even by the prior authorisation. In other words, in the absence of the possibility of local treatment, the authorisation of a medical treatment in another member state becomes compulsory, leading to the obligation of paying the interventions performed in other states.

The implementation of these mechanisms of transparency will cause, together with the increase in trust (if be the case) also a multiplication of malpractice cases ending up in court, healthcare units and medical institutions (including professional ones) being no longer able to hinder the access to personal data which certifies the health condition and patients' treatment through own procedures, which eliminates their opposability towards the patient. Insofar as the free access of the patient to his own medical information is actually put in practice, we will assist a real "revolution" in malpractice approach, effects of which will be compensated for both medical units and patients by introducing an efficient malpractice cover system.²²⁴

Opportunities

Among the estimated effects, a specific situation concerns Romanian citizens working legally in other states. The moment they return in their home country and access healthcare, they are in the same situation with "migrant patients", given the fact that they are insured in the state they work in. Insofar as Romania succeeds in becoming competitive on the healthcare market, these citizens could become an important income source for the health system. Prospectively, this situation will be accentuated, if we consider the fact that in the next decade a good amount of Romanian workers abroad will become

²²³ An even worse scenario is also possible, low reimbursement costs (much below the costs on the market) being able to generate real inflows of foreign patients, encouraging (although unofficially) such migrant flows capable to generate savings in their own systems.

²²⁴ This is the reason why a new malpractice law is on the agenda of the Ministry of Health, anticipating part of the future problems in the system.

pensioners in the countries they work in and the majority will return to Romania.²²⁵ It is obvious that one of the opportunities for Romania is represented by the treatment provided to Romanians legally working in other states in the EU, in their case, paid treatment and subsequent reimbursement of costs by other states contributing to a positive balance between the “export” and “import” of patients. There are two essential conditions in order for this process to succeed: establishing the real costs for healthcare and the significant limitation of corruption associated with this process.²²⁶

Linguistic compliance of healthcare providers will be a significant variable from the perspective of patients’ inflow. Healthcare units which apply a strategy of training their personnel in this domain, correlated with a strategic choice of languages may provide advantage in competition.

There can be developed the following insurance types:

- for an initial payment for healthcare, prior to reimbursement;;
- for the difference between actual costs and the level in which the Romanian state reimburses them;
- for the risk of non-reimbursement of the costs of healthcare.

Also, health insurance focusing on cross-border healthcare²²⁷ may include the possibility of demarches undertaken in view of reimbursement, by creating flexible mechanisms of funding/reimbursement. In addition, we take into consideration the possibility of development of professional counselling and assistance services for accessing cross-border healthcare, which may include linguistic support, which may speed up the process.

The fact that the Directive uses concepts such as: *patients’ mobility, access to cross-border healthcare, the patients’ free movement, etc.* is sufficient to justify a broader interpretation that would take into account inclusively the bases of a health system of the Union imposed by the Directive. Even though the intention which has stimulated many of the Western states in adopting this normative act is rather related to the implementation of a mechanism meant to support the free movement of workers,²²⁸ being, in a sense, part of the strategy of fighting the demographic decline, its effects can be broad enough, capable to exceed the initial intentions by far.

This study has aimed at proving that, considering the estimate effects of the Directive, its appropriate transposition into national legislation is synonymous, to a great extent, to the reform process itself. Taking the anticipated effects of the Directive into account, we have suggested which reform measures would best serve the general interest, indicating a number of difficulties that may arise from adopting these strategies and, especially, from directing the reform of health towards other strategies.

²²⁵ Obviously, we haven’t considered the (necessary) situation for harmonizing the social security systems with the ones in the destination states, especially Italy and Spain.

²²⁶ The main action mode is *paid emergency* – rating a case as emergency by a doctor who has received money. This may be regarded as a gesture associated with corruption if the patient has the necessary resources to pay for treatment. If we speak of patients who do not have resources, the situation should be regarded from a different perspective, the argument *ad misericordiam* (appeal to pity) prevailing.

²²⁷ We refer to that type of health insurance that ensures the doubling of social insurance by the patient’s assumption of some costs. Otherwise, as long as the basic pack is not defined or is legally non-functional, all private insurance systems double, at least theoretically, the part that is/should be ensured by health social security system.

²²⁸ Perhaps this is the most important *dismemberment* of the *patients’ free movement* together with another dimension, respectively *customers’ free movement* (to which patients are a part of).

www.cercetare-sociala.ro

Redactor: Rotilă Viorel
Coperta: Paraschiv Iulian
Corectură și paginare: Tetiva Elena

Bun de tipar: 2013. Apărut: 2013
Editura **Sodalitas**, str. Domnească nr. 66, CP 800215, Galați
Tel: 0336/106.365, Fax: 0336/109.281

www.cercetare-sociala.ro

Editor: Viorel Rotilă
Cover: Iulian Paraschiv
Proofreading and layout: Elena Tetiva

Published: 2013
Sodalitas Publishing House, 66 Domnească Str., 800215, Galați
Phone: 0336/106.365, Fax: 0336/109.281

COLLECTION: MEDICAL SOCIOLOGY
COLECTIA SOCIOLOGIE MEDICALA



"SOLIDARITATEA" SOCIAL RESEARCH AND DEVELOPMENT CENTER
CENTRUL DE CERCETARE ȘI DEZVOLTARE SOCIALĂ „SOLIDARITATEA”

"HEALTH SOLIDARITY" FEDERATION FROM ROMANIA
FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA

Tel. 0336.106.365
www.solidaritatea-sanitara.ro

Fax: 0336.109.281
www.cercetare-sociala.ro