

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 creștere 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

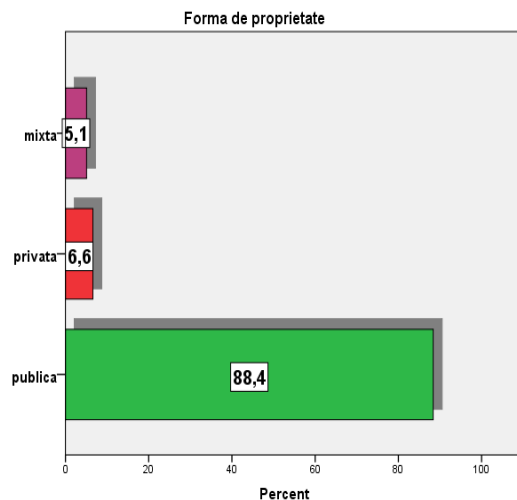
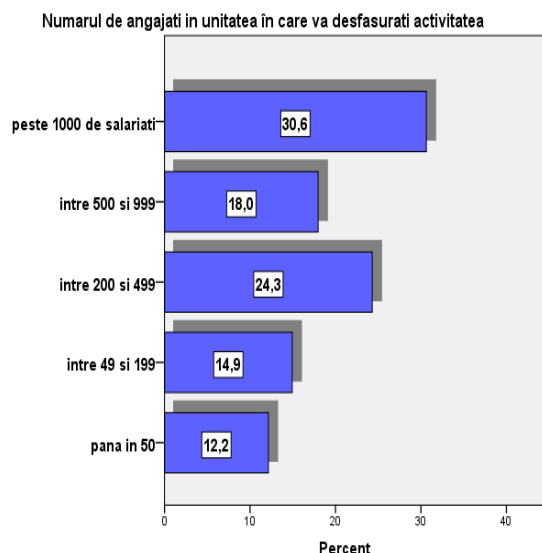
Arad	2,0
Hunedoara	1,3
Botosani	4,6
Valcea	1,3
Teleorman	0,5
Ilfov	1,5
Gorj	1,3
Alba	1,0
Vrancea	0,8
Satu Mare	1,5
Braila	1,5
Bistrita-Nasaud	0,8
Caras-Severin	1,8
Calarasi	2,3
Giurgiu	0,5
Mehedinti	0,3
Salaj	0,5
Tulcea	0,5
Total	100,0

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

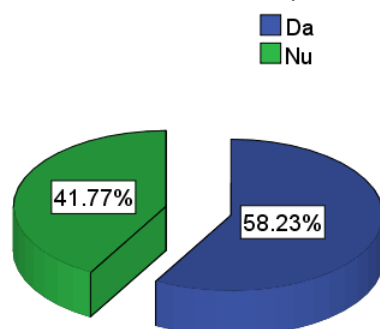


Fig. nr. 1

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?

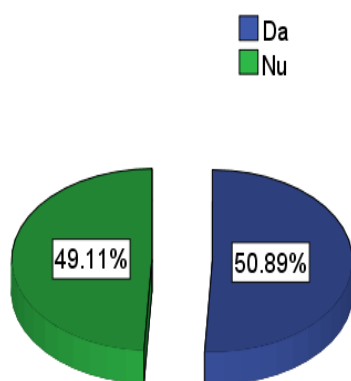


Fig. nr. 2

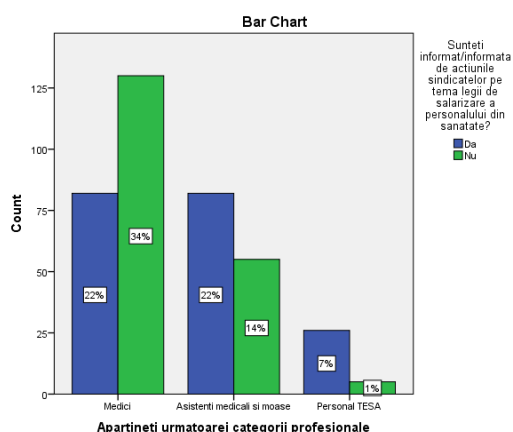


Fig. nr. 3

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.

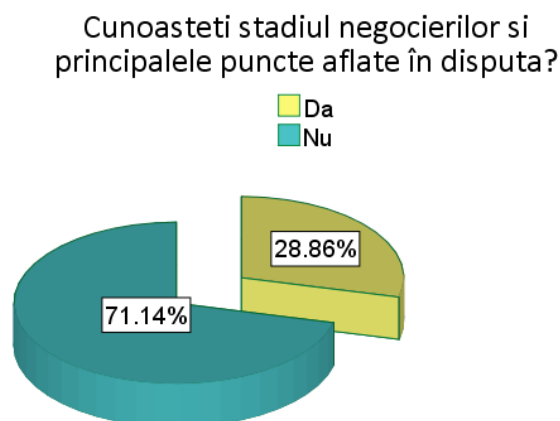


Fig. nr. 4

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?

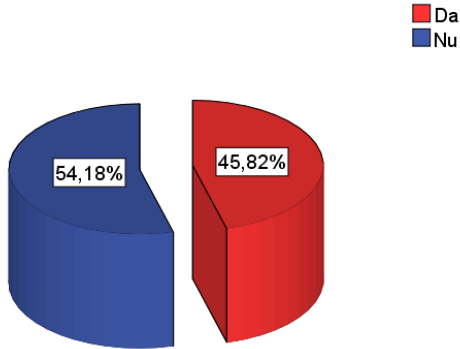


Fig. nr. 5

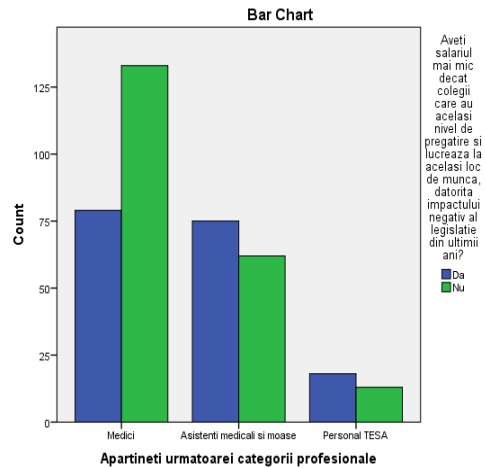


Fig. nr. 6

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

Sunteti de acord cu introducerea unui sistem care sa garanteze salarizarea în functie de performanta?

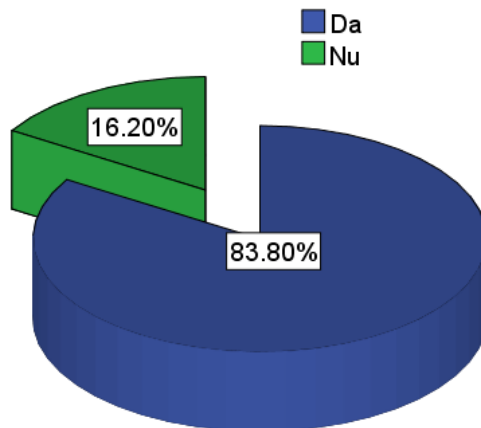


Fig. nr. 7

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

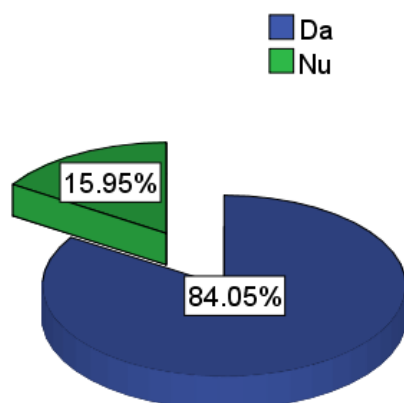
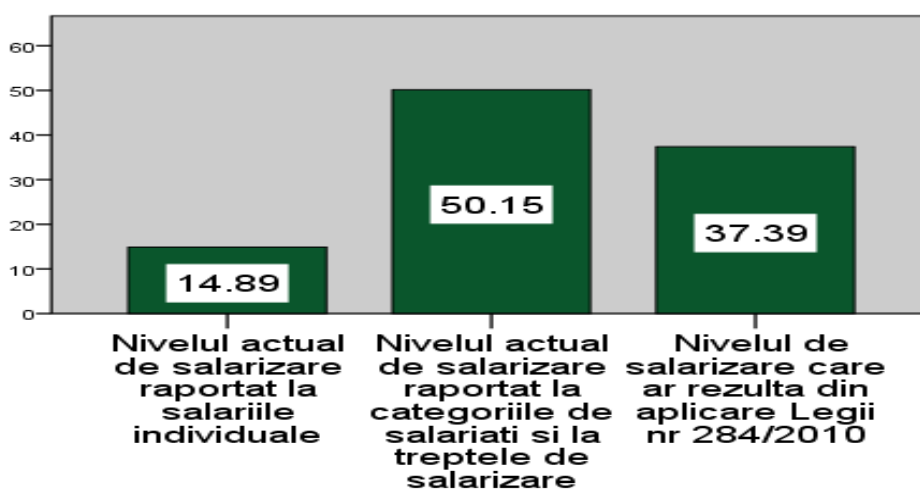


Fig. nr. 8

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

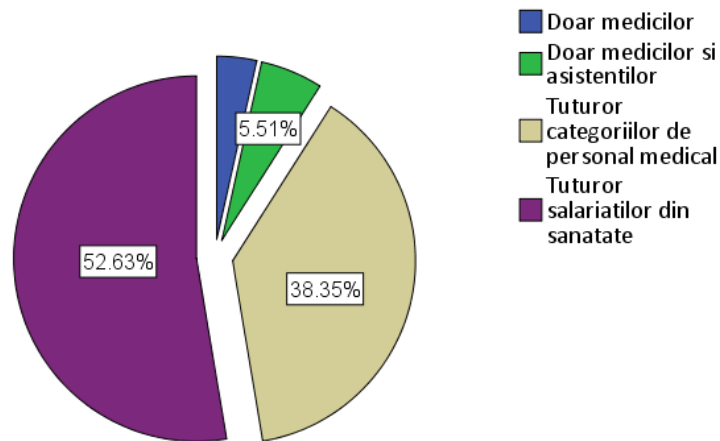


Fig. nr. 10

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.

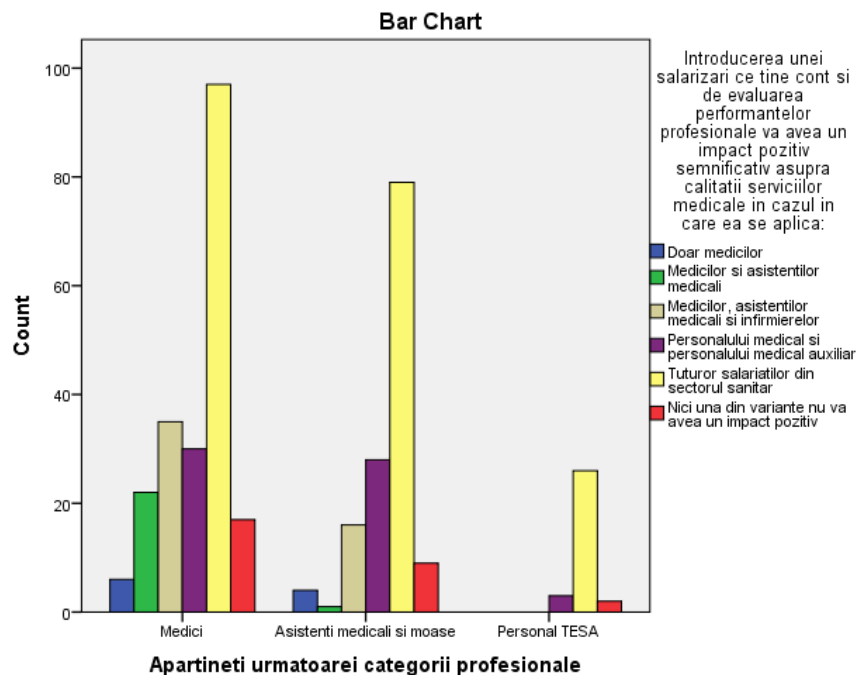


Fig. nr. 11

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

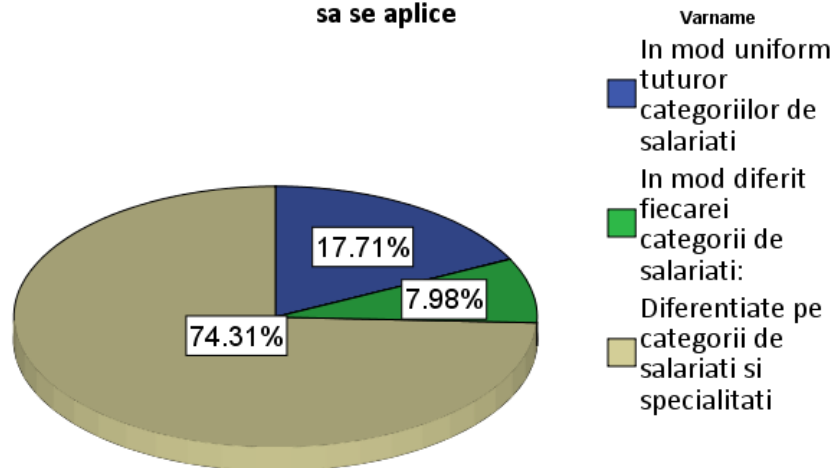


Fig. nr. 12

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/performanță 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.*

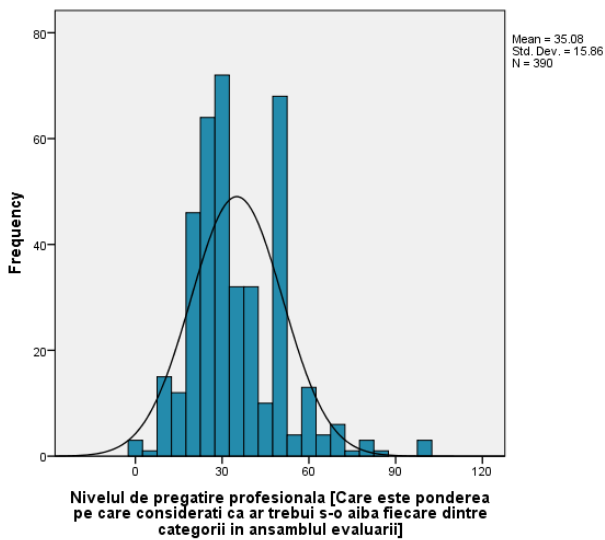


Fig. nr. 13

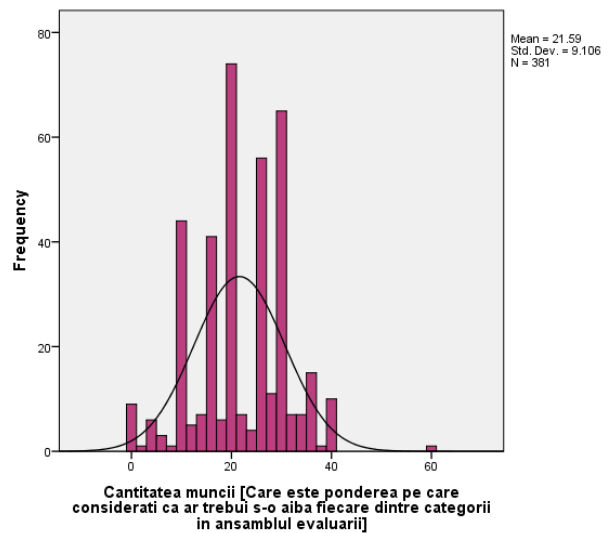


Fig. nr. 14

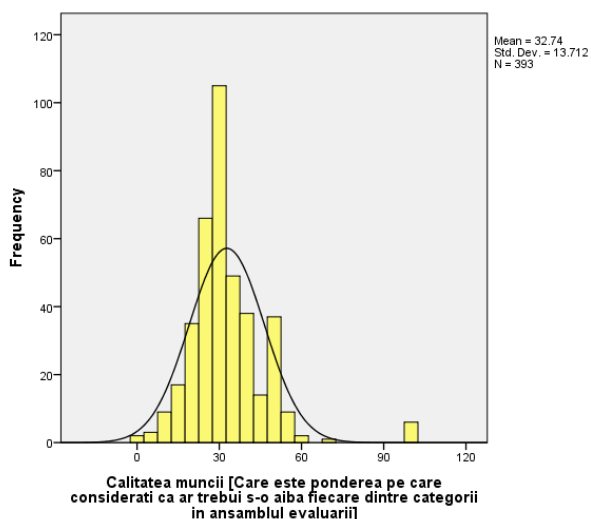


Fig. nr. 15

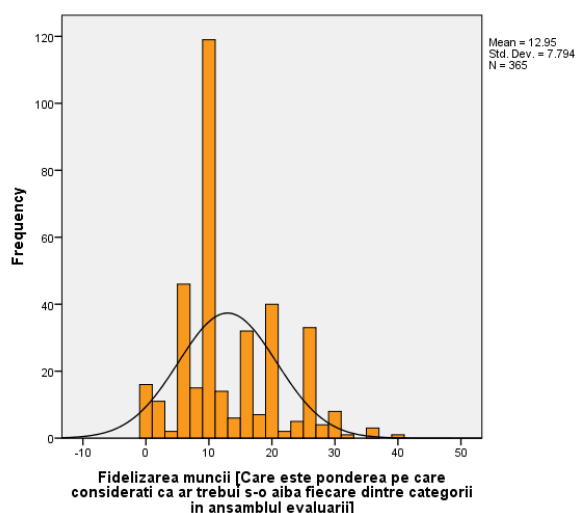


Fig. nr. 16

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

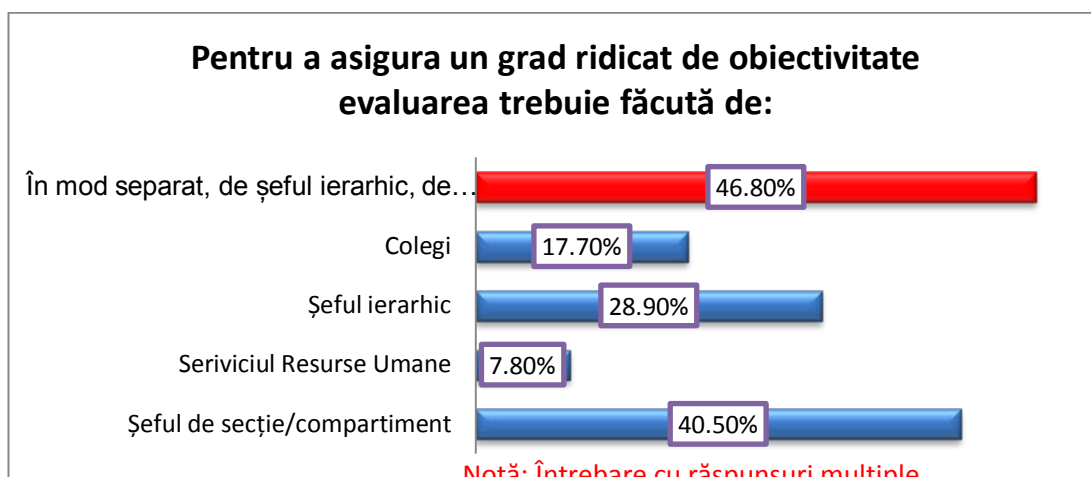


Fig. nr. 17

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.

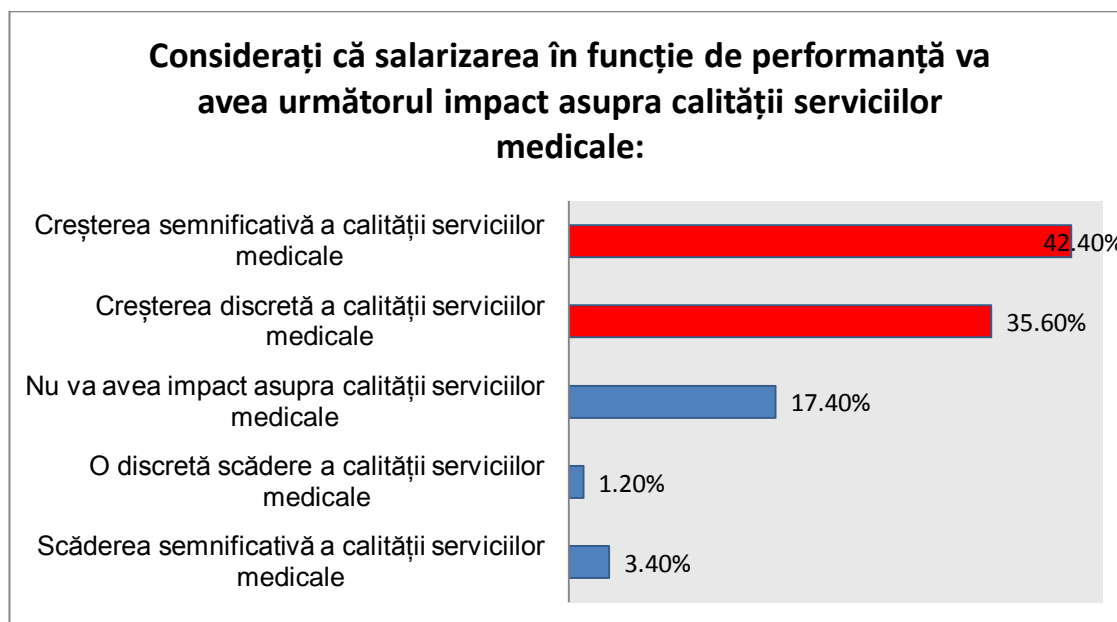


Fig. nr. 18

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

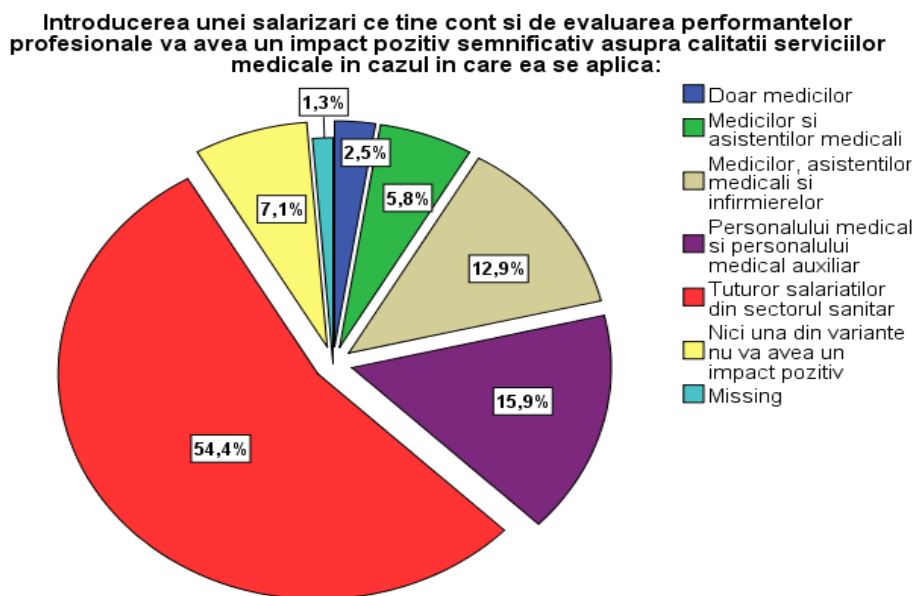


Fig. nr. 19

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.

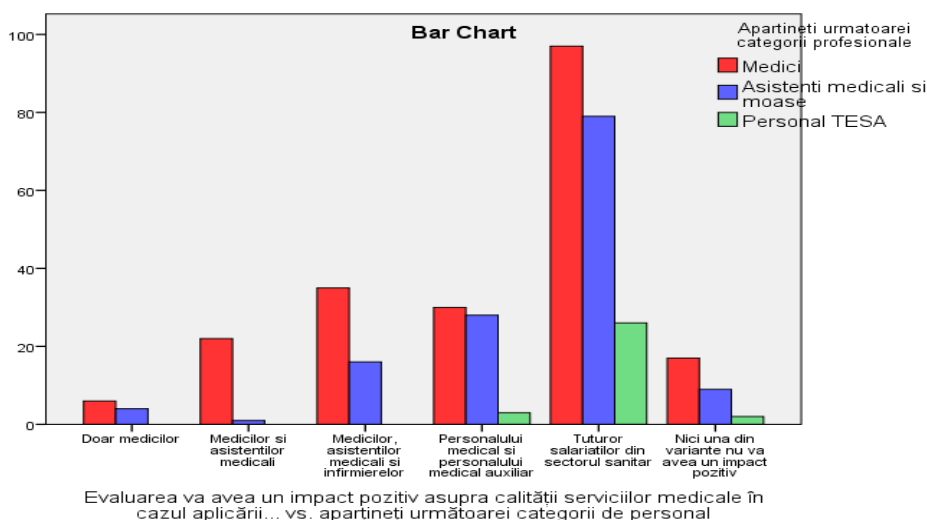


Fig. nr. 20

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

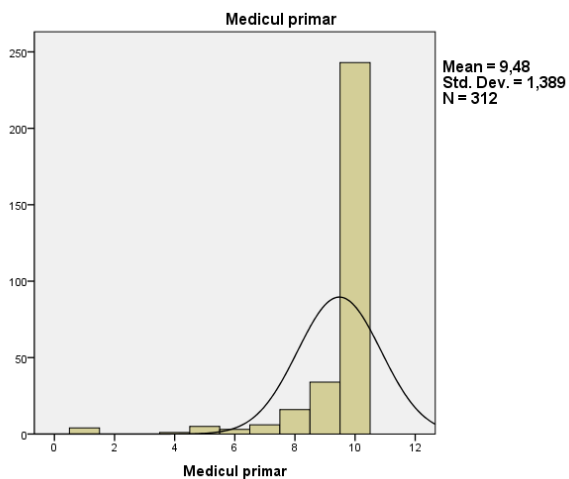


Fig. nr. 21

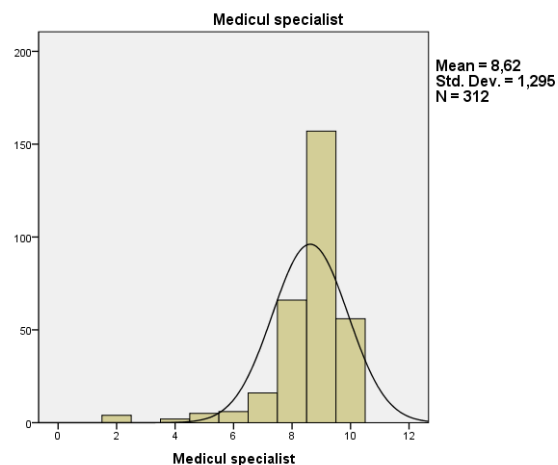


Fig. nr. 22

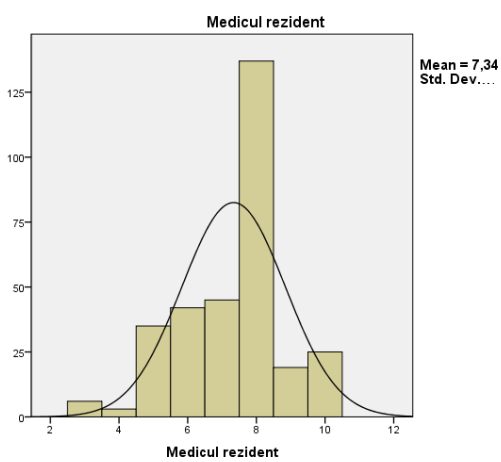


Fig. nr. 23

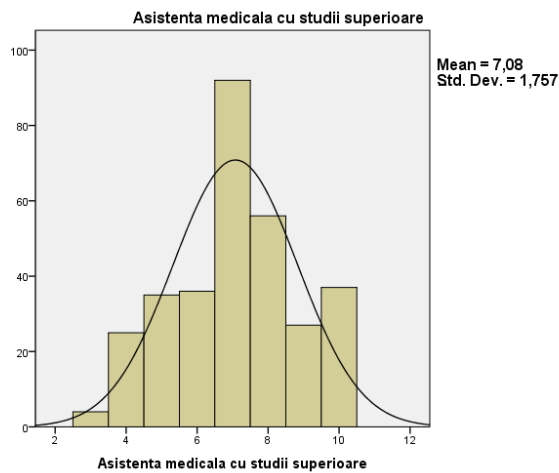


Fig. nr. 24

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.

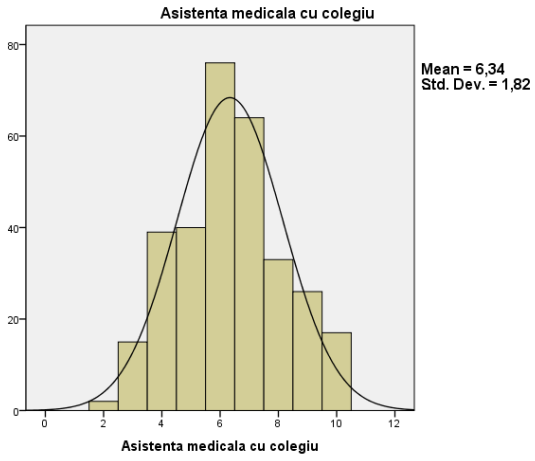


Fig. nr. 25

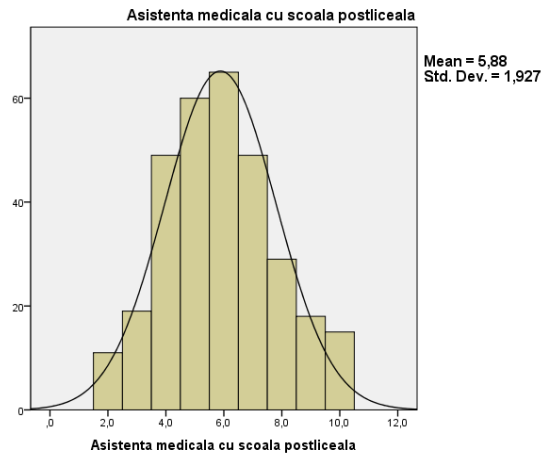


Fig. nr. 26

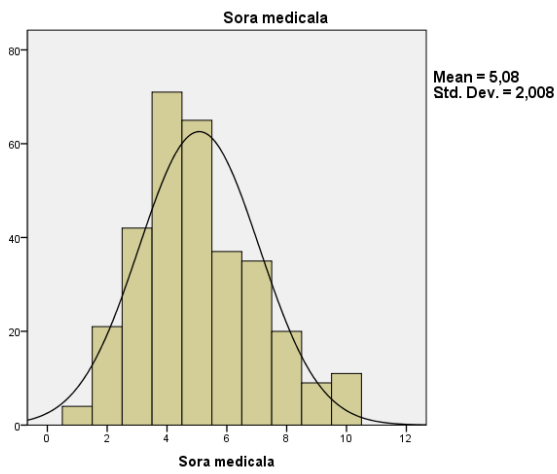


Fig. nr. 27

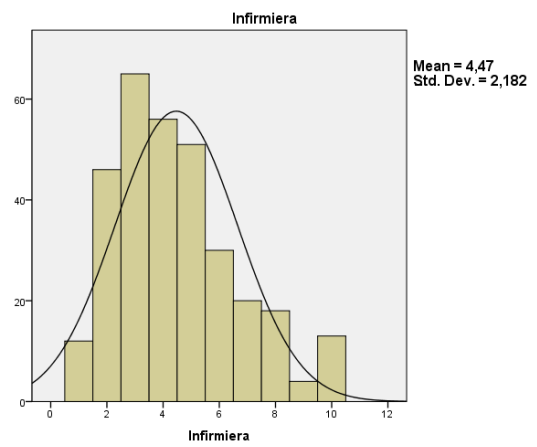


Fig. nr. 28

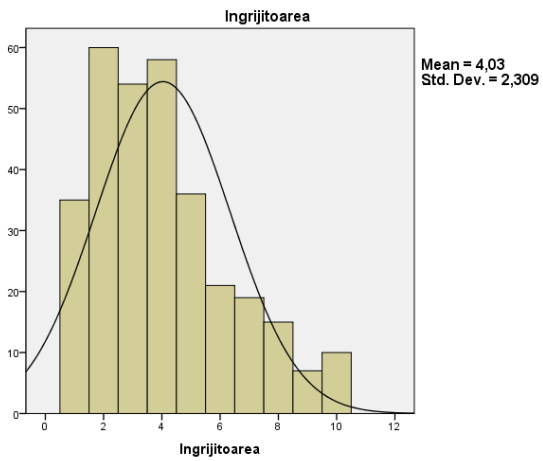


Fig. nr. 29

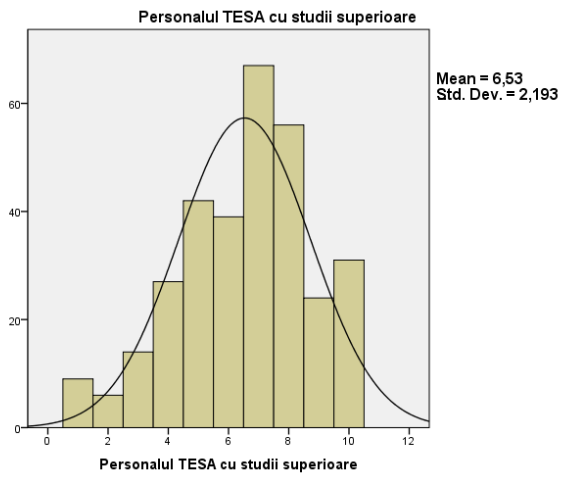


Fig. nr. 30

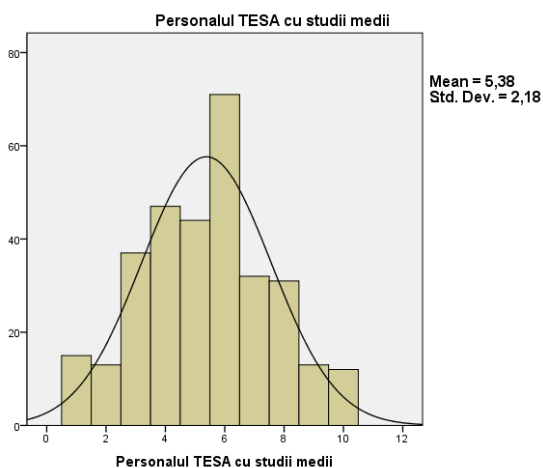


Fig. nr. 31

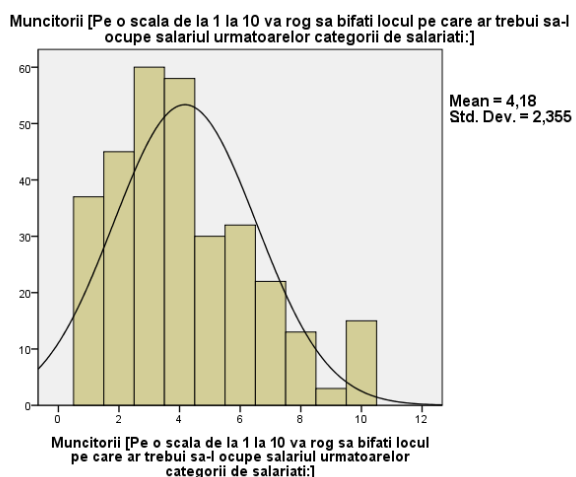


Fig. nr. 32

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

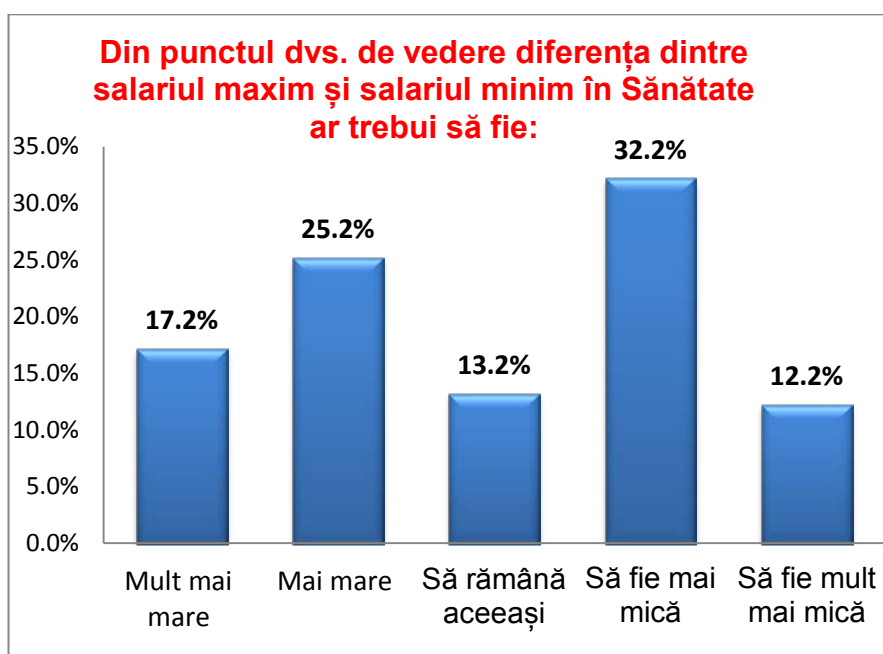


Fig. nr. 33

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

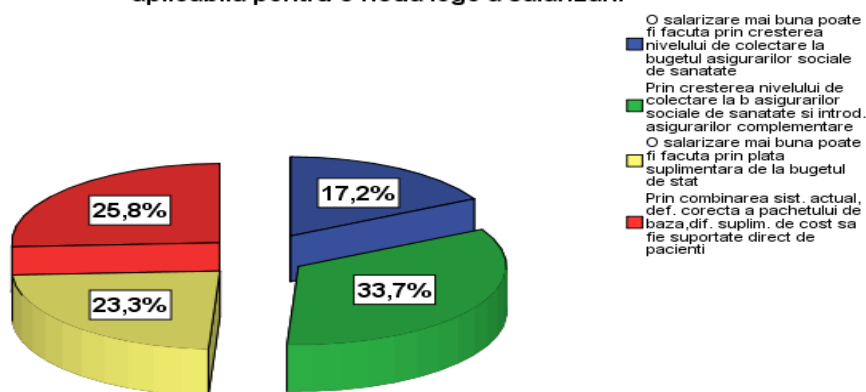


Fig. nr. 34

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

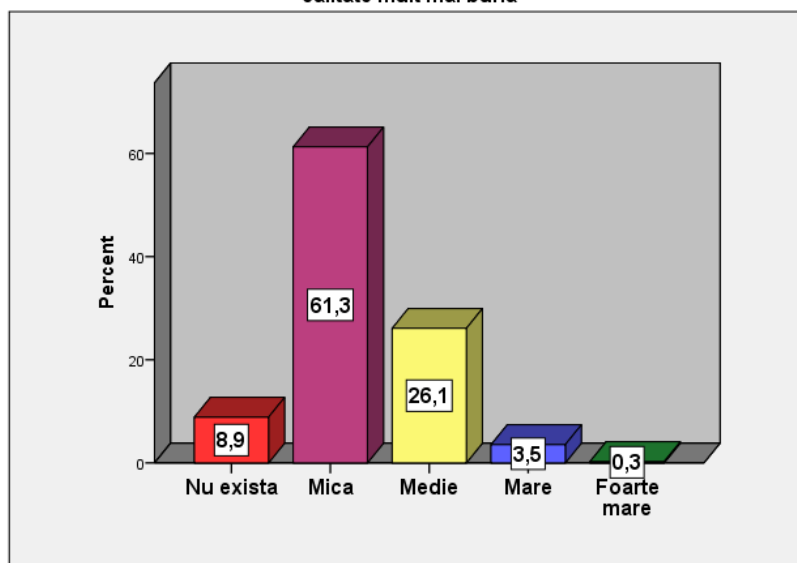


Fig. nr. 35

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:

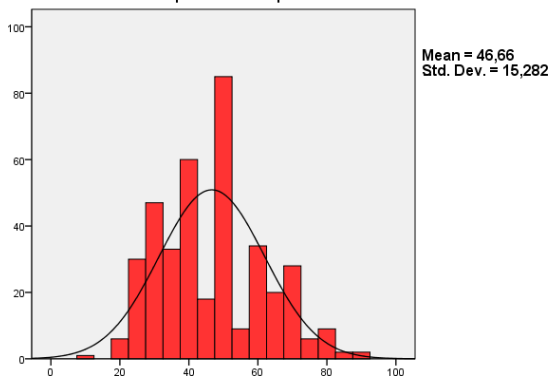


Fig. nr. 36

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:

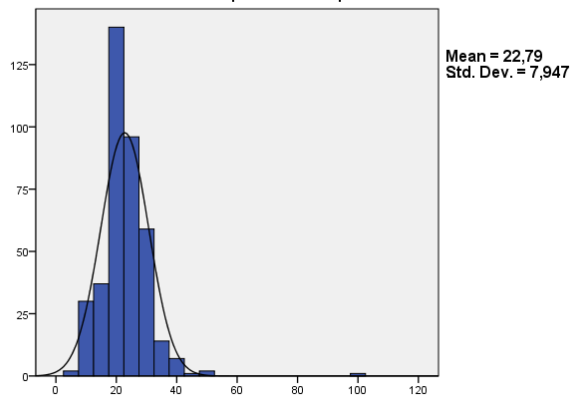


Fig. nr. 37

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:

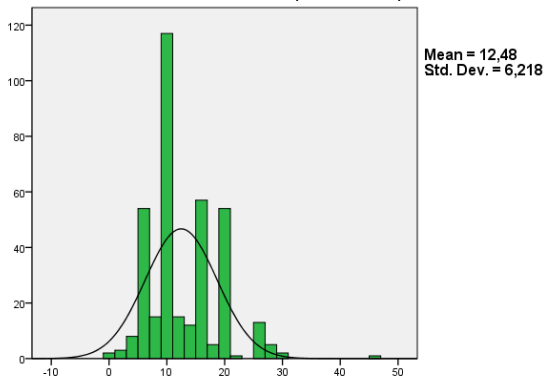


Fig. nr. 38

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:

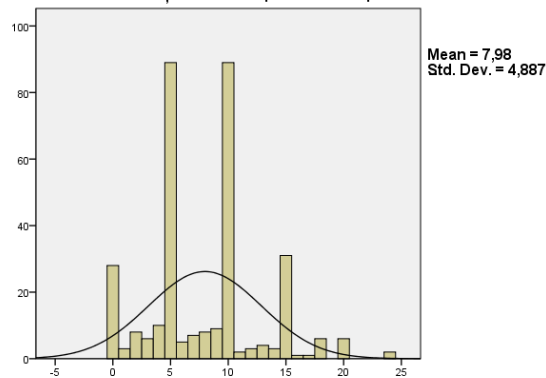


Fig. nr. 39

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:

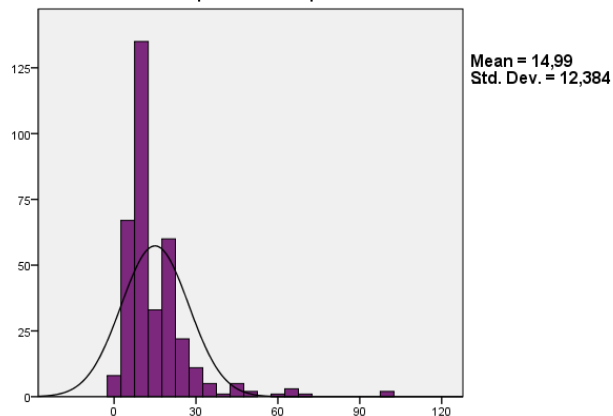


Fig. nr. 40

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

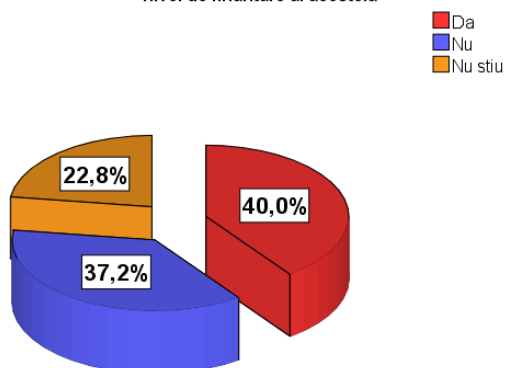


Fig. nr. 41

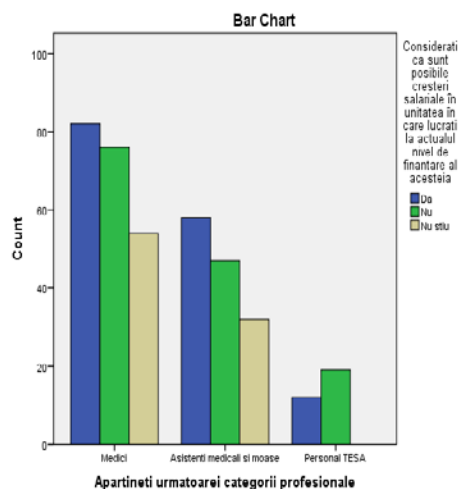


Fig. nr. 42

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.

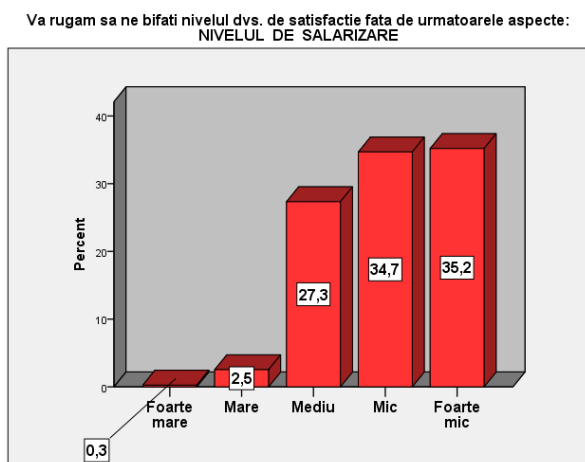


Fig. nr. 43

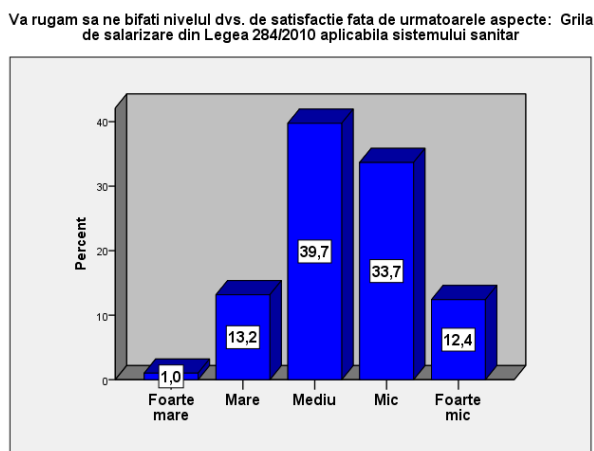


Fig. nr. 44

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.

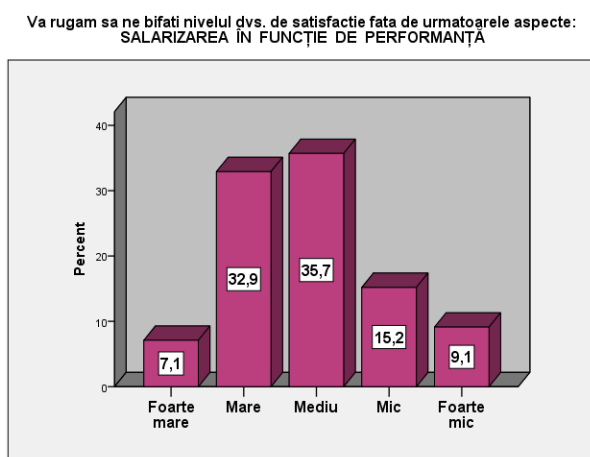


Fig. nr. 45

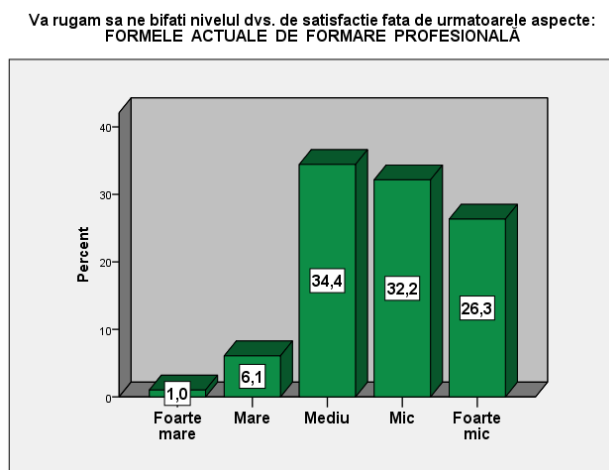


Fig. nr. 46

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 satisfactie fata de urmatoarele aspecte:
Formele de evaluare propuse in proiectul de lege

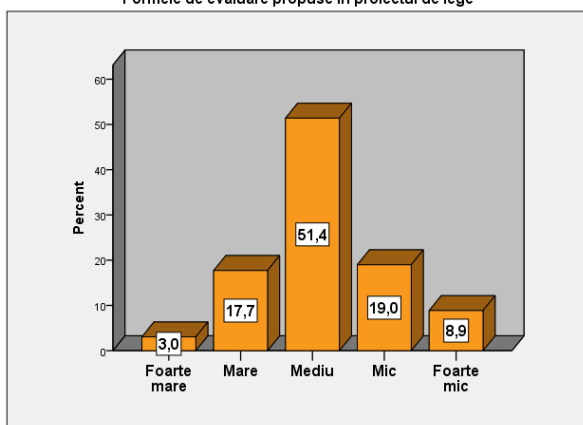


Fig. nr. 47

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

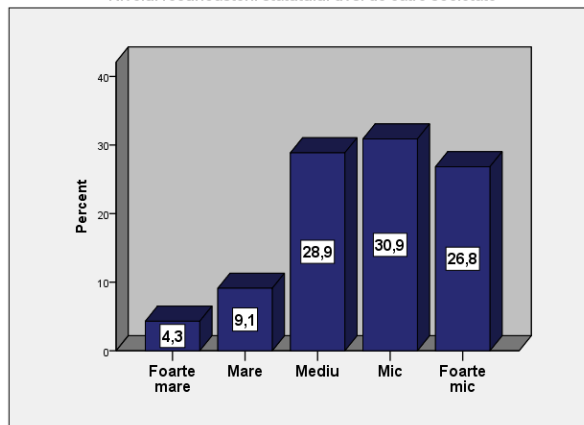


Fig. nr. 48

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 satisfactie fata de urmatoarele aspecte:
Nivelul recunoasterii informale (platile informale)

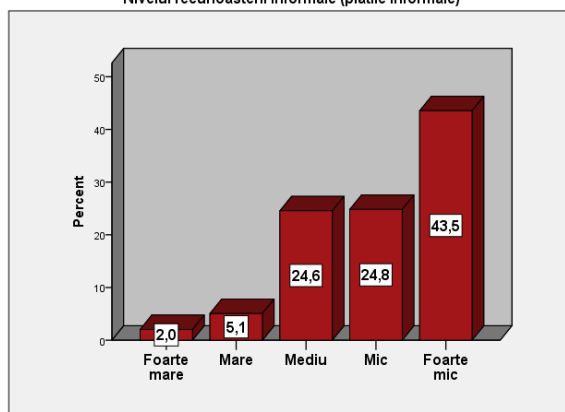


Fig. nr. 49

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

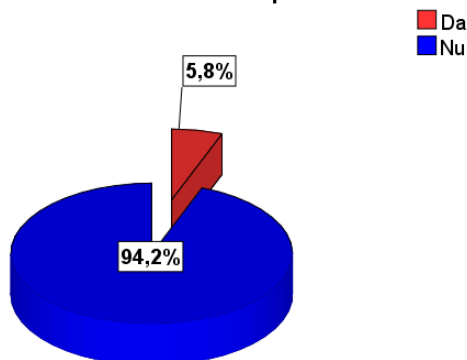


Fig. nr. 50

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:

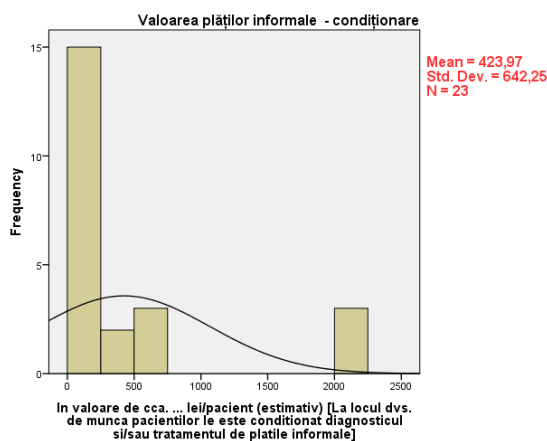


Fig. nr. 51

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

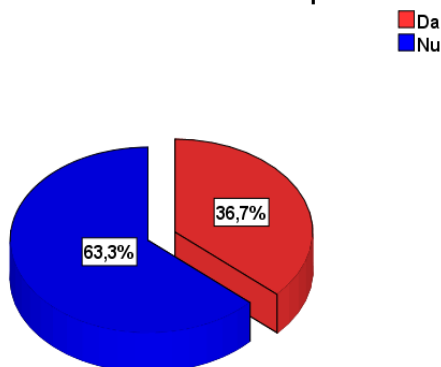


Fig. nr. 52

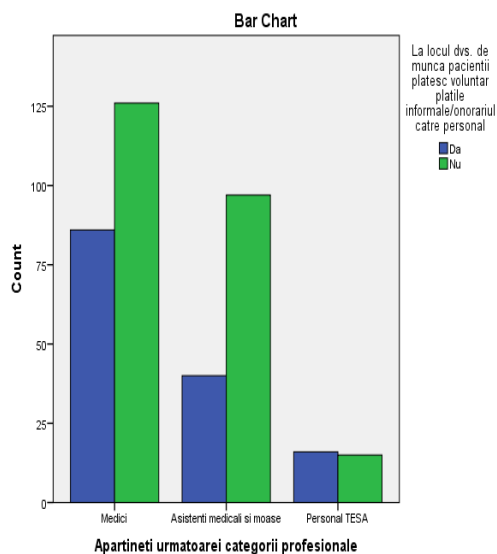


Fig. nr. 53

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.

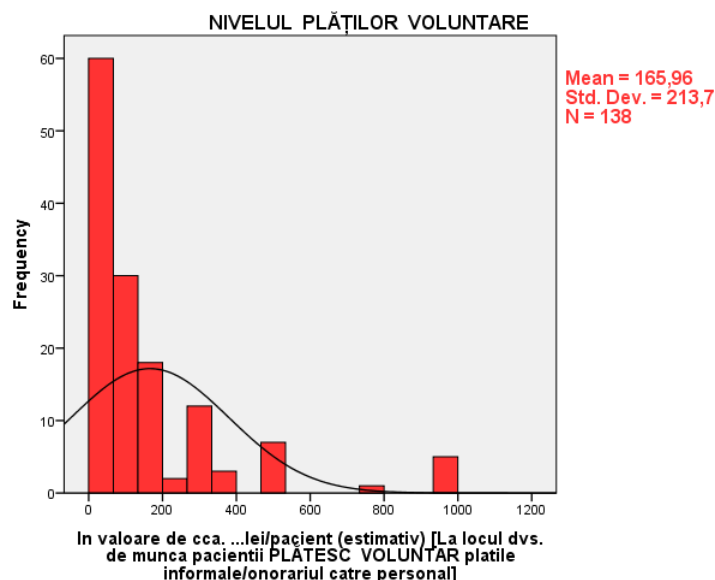


Fig. nr. 54

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:

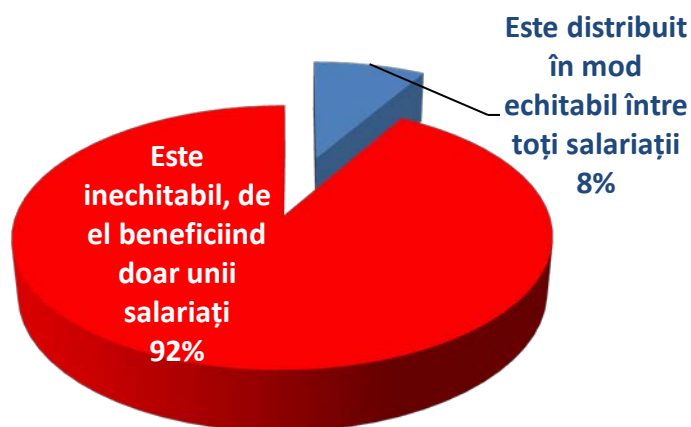


Fig. nr. 55

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:

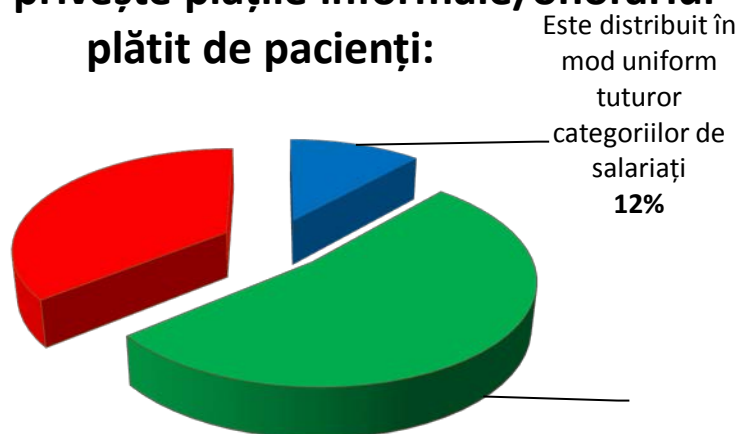


Fig. nr. 56

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.

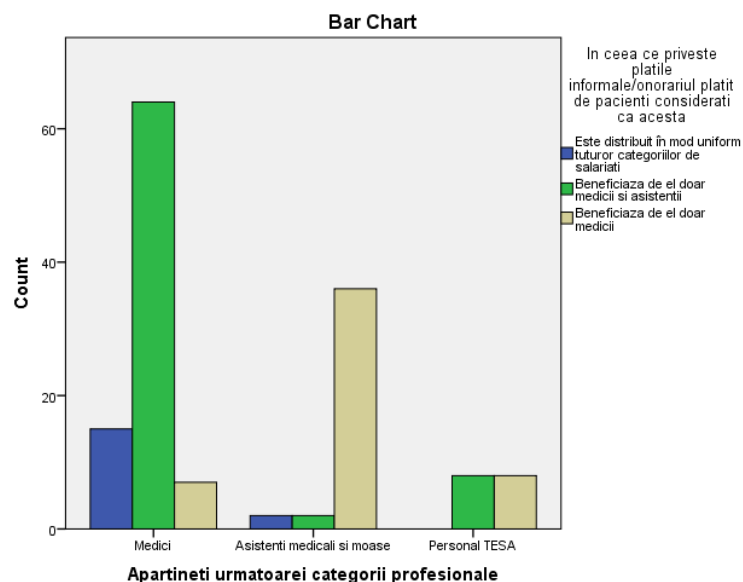


Fig. nr. 57

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:

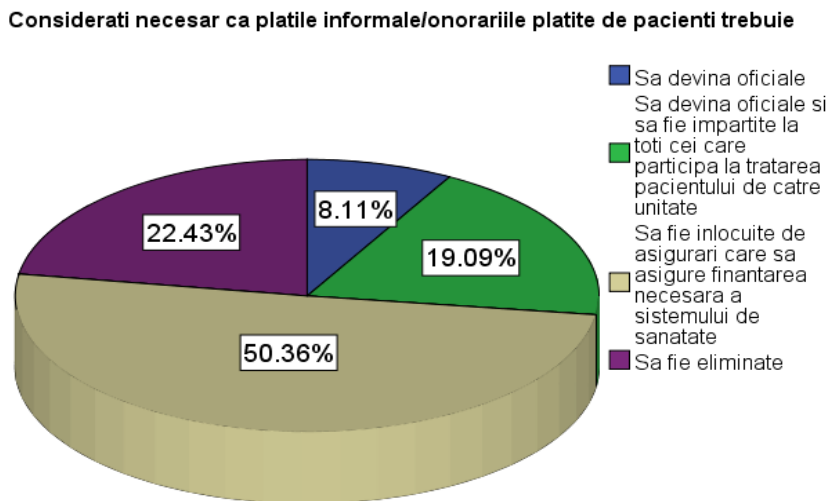


Fig. nr. 58

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 muncă pacienții trebuie să cumpere **MEDICAMENTE** pentru a fi tratați:

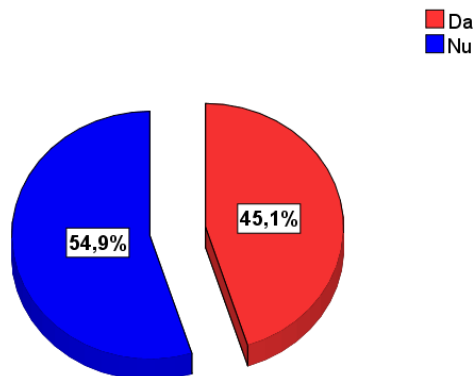


Fig. nr. 59

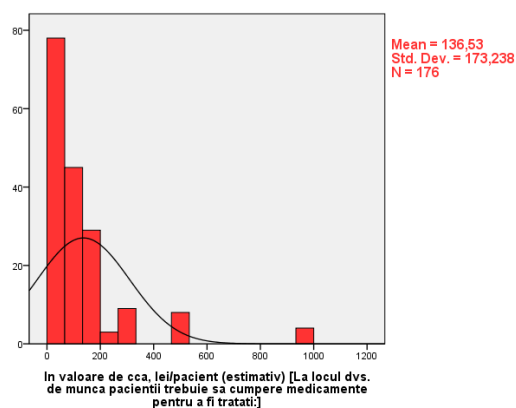


Fig. nr. 60

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 muncă pacienții trebuie să cumpere **MATERIALE SANITARE** pentru a fi tratați?

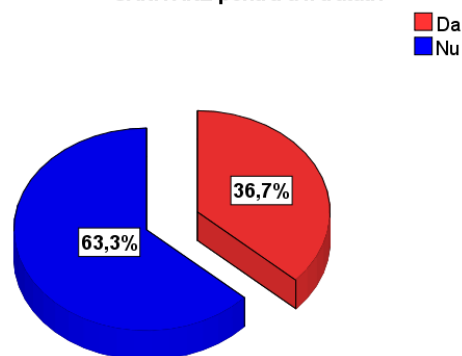


Fig. nr. 61

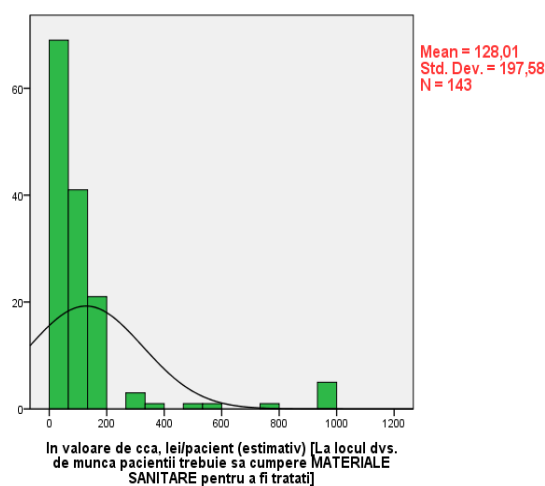


Fig. nr. 62

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 insa 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: criteriile comune și criteriile specifice fiecărei categorii profesionale.

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

Bifați răspunsurile dorite

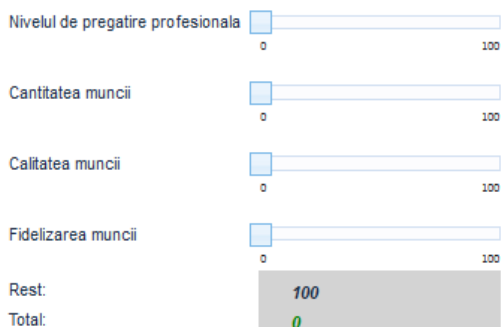
- În mod uniform tuturor categoriilor de salariați
- În mod diferit fiecărei categorii de salariați
- Diferențiate pe categorii de salariați și specialități
- Altele:

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 casă 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 acestuia:**

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”

**STUDIU 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