

FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA



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

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



NB 335/M.03.2014

Nr. 177/ 11.03.2014

Către:

Ministerul Sănătății
Domnului Ministru Nicolae Bănicioiu

Stimate domnule Ministru,

Federația "Solidaritatea Sanitară" din România este o organizație sindicală federativă din sectorul de Sănătate care participă în mod activ la procesul de reformare a sistemului sanitar, atât prin propuneri asupra proiectelor de acte normative, prin intermediul dialogului social organizat la nivelul ministerului, cât și prin studiile pe care propriul Centru de Cercetare și Dezvoltare Socială "Solidaritatea" le realizează având ca teme cele mai importante aspecte ale sistemului de sănătate.

În primul rând dorim să vă felicităm pentru numirea dvs. în funcția de ministru al Sănătății și să ne manifestăm convingerea că împreună vom reuși să atingem cele două obiective principale comune: creșterea calității serviciilor medicale și creșterea calității vieții profesionale a salariaților din Sănătate.

Întrucât la momentul actual sunt aflate în dezbateră publică cele mai importante aspecte ale reformei sanitare, revenim asupra documentelor pe care organizația noastră le-a transmis Ministerului Sănătății, înaintându-vă *revendicările Federației "Solidaritatea Sanitară" din România*, precum și observațiile și propunerile noastre referitoare la:

- *Strategia Națională de Sănătate 2014-2020*
- *Legea privind implementarea Proiectului pilot de creștere a veniturilor medicilor și echipei medicale, din unitățile sanitare publice cu paturi*
- *Proiectul de modificare a legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății. Titlul XV - Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de servicii medicale.*

În vederea expunerii detaliate a solicitărilor noastre vă adresăm rugămintea de a programa o întâlnire a conducerii Federației "Solidaritatea Sanitară" cu dvs, cât mai curând posibil.

Avem, de asemenea, deosebita plăcere de a vă înainta și o parte dintre studiile realizate de *Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială "Solidaritatea"*: Studiu privind sistemul de despăgubire a pacienților prejudiciați aplicabil în România, Studiu asupra timpului de muncă în sectorul sanitar din România. Analiză de caz: gărziile medicilor și Studiul privind impactul directivei nr. 24/2011/EU asupra sistemului sanitar din România.

Cu deosebită stimă,

Președinte,
Rotilă Viorel



FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA



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

E-mail: solidaritateasanitara@yahoo.fr

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

Telefon: 0721246491

0336/106.365

Fax: 0336/109.281



REVENDICĂRILE FEDERAȚIEI „SOLIDARITATEA SANITARĂ” DIN ROMÂNIA

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

Principalele categorii de revendicări:

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

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

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

A. Detalierea revendicărilor:

- 1. Creșterea salariilor lucrătorilor din sănătate și îmbunătățirea condițiilor de muncă ale acestora.* În acest moment salariații din sănătate au cel mai scăzut nivel de salarizare din întregul sector public.
 - o **Creșterea salariilor tuturor angajaților din sănătate.** Începând cu 1 ianuarie 2014 „salariile minime din sănătate” trebuie să atingă nivelul prevăzut de grila specifică din Legea 284/2010, care va constitui doar punct de reper în vederea salarizării minime pe trepte și categorii profesionale.
 - o **Introducerea salarizării în funcție de performanță, bazate pe o metodologie obiectivă de evaluare, pentru toți salariații din sistemul sanitar.** Salarizarea în funcție de performanță va trebui să asigure posibilitatea unor creșteri salariale de cel puțin 100% pentru salariații care realizează performanță în unitățile sanitare publice din România.
 - o Scoaterea spitalelor publice din categoria unităților bugetare și din sfera intereselor politicianiste. Această măsură trebuie să constituie premisele unui management performant, care să pună pe primul loc competența salariaților și eficiența activității lor.
 - o Introducerea sistemului despăgubirii pacienților pentru prejudicii, în locul celui de malpraxis.
 - o Reașezarea atribuțiilor între diferitele categorii profesionale în funcție de competențele formale/informale și de atribuțiile efective la momentul actual ale diferitelor categorii profesionale.
 - o Crearea unui sistem eficient și gratuit de formare profesională continuă a salariaților.

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

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

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

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

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

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

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

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

o Definirea pachetului de bază

o Creșterea finanțării sistemului

o Introducerea sistemului despăgubirilor în caz de prejudicii

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

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

o Crearea sistemului de informare a pacienților. Acesta trebuie să se reflecte atât în legea pentru despăgubirea pacienților prejudiciați (numită în mod impropriu legea malpraxisului) cât și în majoritatea proiectelor de reformă (reorganizarea DSP-urilor, statutul spitalelor etc.).

o Decontarea serviciilor medicale pentru românii care se tratează în străinătate;

o Crearea procedurilor specifice autorizării prealabile;

o Crearea standardelor de funcționare a unităților sanitare publice care să garanteze conformitatea la prevederile Directivei.

B) Detalierea acțiunilor strategice solicitate:

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

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

Pentru realizarea acestor obiective solicităm următoarele măsuri.

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

- Creșterea încasărilor la bugetul asigurărilor sociale de sănătate prin:

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

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

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

II. Cheltuirea eficientă a resurselor colectate

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

- Cunoaștem nivelul resurselor colectate (la acest moment el nu este cunoscut);

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

III. Introducerea echității și principiului competenței în funcționarea sistemului

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

Președinte,
Rotilă Viorel



FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA



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

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



Observațiile și propunerile Federației „Solidaritatea Sanitară” din România la Strategia Națională de Sănătate 2014-2020

Analizând în ansamblu proiectul Strategiei Naționale de Sănătate, propusă de Ministerul Sănătății, ne exprimăm satisfacția pentru faptul că o mare parte din principiile propuse de noi pentru fundamentarea unei reforme a sănătății și din solicitările noastre au fost cuprinse în acest proiect. În acest sens, putem considera că o bună parte din traseul comun privind reforma Sănătății a fost străbătut, zecile de ore de negocieri comune arătându-și roadele.

În același timp, vă rugăm să luați în considerare și anumite lipsuri ale Strategiei, inerente oricărui proiect de lege aflat în dezbatere publică, pe care vi le prezentăm în continuare.

Din punctul nostru de vedere Strategia Națională de Sănătate necesită completări și modificări în privința următoarelor puncte, expuse în ordinea importanței lor:

- Reforma finanțării sistemului sanitar
- Creșterea rolului medicinei primare și ambulatorii în furnizarea serviciilor medicale
- O strategie mult mai coerentă și consistentă în ceea ce privește resursele umane
- Acțiunile pentru eficientizarea costurilor
- Descentralizarea DSP-urilor
- Echitatea accesului la serviciile medicale

A. Reforma finanțării sistemului sanitar

Principala problemă a Strategiei o constituie lipsa răspunsului la principala problemă a sistemului sanitar: deficitul de finanțare. Din punctul nostru de vedere acesta trebuie să fie punctul de plecare a oricărei reforme ce-și propune creșterea calității serviciilor medicale (presupunând că asistăm, așa cum sugerează Strategia, la o „inflație cantitativă” de servicii medicale).

Deficitul de finanțare se traduce la ora actuală la nivelul unităților sanitare în decontarea serviciilor medicale la costuri subevaluate. Pentru a evita falimentul, unitățile sanitare (în general spitalele) reacționează prin fenomenul numit cererea indusă de servicii medicale, fenomen întâlnit în toate sistemele publice de sănătate care combină sistemul DRG cu subfinanțarea.

Astfel că reducerea numărului de servicii medicale acordate/raportate de spitale, care constituie un obiectiv central al Strategiei, poate fi gândită doar în contextul unei creșteri semnificative (spunem noi până la valoarea de piață sau până la nivelul unui standard de cost) a sumelor decontate către spitale pentru serviciile medicale. Deoarece strategia asumă o creștere semnificativă a numărului de servicii medicale acordate de către medicina primară și ambulatoriile de specialitate, respectiv o

creștere semnificativă a finanțării acestor sectoare, este evident că sporirea nivelului de decontare a serviciilor medicale nu este posibilă fără o creștere a finanțării sistemului sanitar.

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

Reforma finanțării sistemului sanitar, pe care o considerăm parte necesară a oricărei strategii aplicabilă Sănătății, trebuie să se desfășoare pe două paliere:

I. *Creșterea finanțării publice până la nivelul maxim posibil.*

II. *Dezvoltarea mecanismelor de finanțare privată, care să asigure suplimentările necesare.*

Prezentăm pe scurt cele două direcții de acțiune:

I. Creșterea finanțării publice până la nivelul maxim posibil.

Vom începe printr-o clarificare conceptuală: finanțarea publică a sănătății include două direcții de finanțare:

a) Finanțarea realizată „de la bugetul de stat” (formula riscă să fie discret ambiguă în condițiile în care bugetul CNAS este inclus în bugetul de stat; ea se clarifică însă prin menționarea celei de-a doua direcții);

b) Finanțarea realizată prin intermediul bugetului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (este considerată în mod impropriu finanțare publică deoarece ea are la bază contribuțiile private ale celor care plătesc, în special ale angajaților (cei mai mari plătitori) și ale angajatorilor. În mod paradoxal, ea este considerată finanțare publică în funcție de modalitatea în care se distribuie banii, mai ales dacă avem în vedere principiul solidarității care guvernează alocările financiare. Pentru a nu risca ambiguități suplimentare, o vom considera însă, pentru moment, finanțare publică.

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

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

a) Finanțarea realizată „de la bugetul de stat”

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

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

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

Abordarea pachetului de bază înainte de a identifica și asigura nivelul maxim de finanțare publică a sănătății riscă să conducă la o diminuare radicală a serviciilor medicale ce pot fi acordate pacienților asigurați. Evident, acest efect va interveni doar în condițiile în care pachetul de bază va fi construit

(așa cum considerăm normal) respectând principiile economice, respectiv asigurând un nivel rezonabil al decontării serviciilor medicale.

II. Dezvoltarea mecanismelor de finanțare privată, care să asigure suplimentările necesare.

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

B. Transferul de servicii medicale dinspre spitale înspre medicina primară și ambulatoriile de specialitate

- Dimensiunea acestuia este supradimensionată, în condițiile în care:

- o Nu sunt identificate serviciile medicale (pe tipuri și volume) ce pot fi acordate doar în spitale;

- o Nu este identificată capacitatea celor două sectoare de preluare în mod eficient a acestor servicii medicale;

- o Nu sunt funcționale traseele medicale specifice acestor sectoare.

- Nu poate fi evaluat anticipativ, în mod satisfăcător, impactul asupra calității serviciilor medicale. Practica ultimelor decenii a fost aceea a înghesuirii performanței în spitale și în marile centre universitare, nivelul actual al calității serviciilor medicale (fie el și relativ scăzut) fiind asigurat în acest context. „Smulgerea” unui număr semnificativ de servicii medicale din zona de acțiune a acestor specialiști riscă să aibă un efect negativ semnificativ, dacă nu este dublată de o deplasare a acestora în zona ambulatoriilor de specialitate. Altfel spus, odată cu serviciile medicale ar trebui deplasați și specialiștii către zona unde acestea vor fi acordate. Or, în condițiile în care ambulatoriile de specialitate publice au fost într-o măsură semnificativă privatizate (desființarea dublată de înflorirea sectorului privat o considerăm tot privatizare; mai corect spus, au fost desființate cabinetele, acestea fiind reînființate în zona privată) iar specialiștii se află în cea mai mare parte în spitalele publice ar trebui identificată modalitatea de construire a acestui loc de întâlnire. În acest sens, considerăm că sunt posibile două soluții:

- o O strategie coerentă de sprijinire a ambulatoriilor de specialitate publice. Deocamdată ea nu se regăsește în actuala viziune.

- o Asigurarea „locului de întâlnire a pacientului cu specialistul” în ambulatoriile existente. În situația cabinetelor private se ridică veșnica problemă a conflictului de interese, dacă este vorba de specialiști angajați în spitalele publice care au și practică în sectorul privat.

- Dacă transferul de servicii medicale va avea loc către actualele structuri existente (cum spuneam, majoritatea private), iar decontarea serviciilor medicale se va face tot pe modelele actuale, vom asista la o accentuare a efectului de reprogramare, respectiv la liste de așteptare (cu perioade variabile; adică, incluzând și perioade mari de așteptare). Fenomenul nu este greu de

anticipat, el fiind vizibil în practica acelor cabinete private care au contracte cu CNAS și care acordă (pe bază de decontare/gratuitate) în fiecare lună doar acel număr de servicii medicale pe care le are contractate, amânând pentru lunile următoare restul pacienților. După cum știm deja, unul din efectele negative semnificative al listelor de așteptare (mai ales când ele apar pentru servicii considerate de bază) îl constituie inhibarea prezentării la unitățile sanitare, cu un impact dezastruos asupra stării de sănătate a populației (mai ales cât survine pe un nivel de educație medicală deja scăzut și pe fondul unui număr destul de mare de comportamente cu impact negativ asupra stării de sănătate).

Reamintim faptul că la ora actuală spitalele publice compensează incapacitatea de finanțare a sistemului, acordând cu mult mai multe servicii medicale de cât au contractate/decontate. În felul acesta, ele constituie zone de debușeu pentru presiunea exercitată de cererea suplimentară (față de ceea ce este finanțat) de servicii medicale.

- Nu a fost dezvoltată anticipativ medicina primară pentru a prelua un volum așa de mare de noi servicii medicale. Câteva efecte ar trebui luate în considerare: aglomerarea cabinetelor medicilor de familie, scăderea calității serviciilor medicale, incapacitatea medicinei primare de-a prelua anumite servicii. Strategia utilizează indicatorul rata spitalizărilor evitabile fără însă a-l raporta la capacitatea reală a medicinei primare și ambulatorii, respectiv la mentalitatea populației.

C. O strategie mult mai coerentă și consistentă în domeniul resurselor umane

Ea trebuie orientată pe următoarele direcții de acțiune (redate sintetic; ele au fost prezentate *in extenso* în materialele transmise anterior Ministerului Sănătății):

- Creșterea nivelului de salarizare
 - o Asumarea unor indicatori concreți, cu date certe
 - o Indicarea mecanismelor de finanțare a acestor creșteri salariale
- Introducerea salarizării în funcție de performanță, conform modelului solicitat de noi
- Regândirea formării profesionale continue a personalului medical pe următoarele trasee:
 - o Coordonată de către Ministerul Sănătății
 - o Finanțată atât prin intermediul unităților cât și al fondurilor structurale
 - o Accentul pe calitate și competențe
 - o Stimularea formării continue prin mecanisme salariale
- Regândirea traseelor de carieră, în sensul creșterii acestora:
 - o În special în cazul asistenților medicali
 - o Creșterea competențelor trebuie dublată de creșterea recompenselor financiare
- Instituționalizarea transferului de competențe între diferitele categorii profesionale și regândirea atribuțiilor și a salarizării în funcție de competențele exercitate

De asemenea, deși se regăsește în Strategia propusă, însă într-o formă incompletă, în sensul în care numai personalul medical este supus acestei măsuri, este necesar din punctul nostru de vedere ca toți salariații din sistemul sanitar să fie scoși din categoria bugetarilor.

Totodată sunt necesare direcții/măsuri suplimentare care să conducă la acoperirea deficitului de personal existent, în special pe zona personalului medical.

D. Regândirea acțiunilor pentru eficientizarea costurilor

Măsurile de eficientizare a cheltuielilor pentru sănătate nu sunt orientate în mod uniform asupra tuturor tipurilor de costuri. În acest sens, principala „victimă” a strategiei o constituie

spitalele publice (unitățile sanitare cu paturi) în timp ce pentru domeniul care a înregistrat cel mai mare nivel al costurilor de la bugetul CNAS, respectiv medicamentele și materialele sanitare acordate în afara spitalelor (42,64% în 2012, față de 41,9% acordați spitalelor), nu au fost gândite suficiente măsuri de eficientizare (exemplu: creșterea ponderii medicamentelor generice).

E. Descentralizarea DSP-urilor nu este o măsură coerentă cu obiectivele Strategiei

Obiectivul general nr. 2, Reducerea morbidității și mortalității prin boli transmisibile, a impactului lor la nivel de individ și societate, necesită o sporire a atribuțiilor Ministerului Sănătății și instituțiilor din subordine în domeniu. În acest sens, una din direcțiile strategice trebuie să-o constituie păstrarea Direcțiilor de Sănătate Publică în subordinea Ministerului Sănătății și întărirea atribuțiilor acestora, aceasta fiind direcția în care ele trebuie reformate. Având în vedere experiența numeroaselor descentralizări care au afectat sistemul sanitar, transferul DSP-urilor în subordinea autorităților locale riscă să compromită atingerea fiecăruia dintre obiectivele specifice acestui obiectiv general.

F. Echitatea accesului la servicii medicale rămâne o problemă nerezolvată

Deși în preambul Strategia abordează câteva din problemele specifice echității și protecției financiare, obiectivele și direcțiile de acțiune propuse nu lasă să se vadă suficiente măsuri capabile să remedieze situația în mod semnificativ.

Sunt ratate:

- Impactul cheltuielilor informale, suportate direct de pacienți, asupra accesibilității serviciilor medicale și bugetelor familiilor în cauză
- Funcționarea deficitară a mecanismelor publice de finanțare (exemplul absenței transferurilor obligatorii din fondurile sociale este unul elocvent) afectează global pe toți asigurații plătitori de contribuții în momentul în care devin pacienți.

Observăm că aria strategică 2, Servicii de sănătate, este concentrată pe obiectivul general Asigurarea unui acces echitabil a tuturor cetățenilor, în special a grupurilor vulnerabile, la servicii de sănătate de calitate și cost-eficace, fără a fi gândit însă sistemul de finanțare a accesului echitabil. Discuțiile despre pachetul de bază (și, corelativ, despre pachetul minim) sunt deosebit de problematice pentru înțelesul accesului echitabil.

Pentru informații suplimentare legate de transpunerea acestor solicitări în obiectivele Strategiei experții noștri vă stau la dispoziție!

Președinte,
Rotilă Viorel



FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA



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

E-mail: solidaritateasanitara@yahoo.fr

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



Observațiile și propunerile Federației „Solidaritatea Sanitară” din România La Legea privind implementarea Proiectului pilot de creștere a veniturilor medicilor și echipei medicale, din unitățile sanitare publice cu paturi

Proiectul pilot este, așa cum îi spune și numele, o încercare de salarizare diferențiată a sectorului sanitar față de alte sectoare. Motiv pentru ca el este în fapt o încercare de construcție a unei noi legi a salarizării și trebuie tratat ca atare. Noi l-am tratat ca o nouă lege a salarizării, fapt care explică poziția noastră:

- Această lege trebuie să fie aplicabilă tuturor categoriilor de salariați din sectorul sanitar.** În acest sens există o serie întreagă de argumente ce trebuie luate în considerare:
 - Părțile au căzut de acord asupra demersului de a scoate unitățile sanitare care realizează venituri din contracte cu Casa din categoria unităților bugetare. Or, în situația (de dorit) în care demersurile noastre comune vor avea rezultatul scontat iar noi nu abordăm toate categoriile de personal din sănătate riscăm două efecte adverse:
 - Riscăm să avem unități sanitare nebugetare cu salariați bugetari. Evident, aceasta este o contradicție în termeni.
 - Datorită efectului anterior amintit vom bloca tocmai transformarea acestor unități sanitare în unități nebugetare, adică riscăm să împiedicăm unul din demersurile esențiale pentru reforma sanitară: autonomia bugetară a spitalelor.Din această perspectivă este evident faptul că includerea tuturor categoriilor de salariați în noua lege a salarizării nu este doar o solicitare asupra căroră am căzut de acord toate organizațiile sindicale (în acest sens este de remarcat disponibilitatea destul de mare a membrilor de sindicat la acțiuni de protest pe această temă), ci și o măsură esențială în strategia de reformă a sistemului sanitar.
 - Împărțirea personalului din sistemul sanitar în două categorii din punctul de vedere al salarizării riscă un efect negativ cu un impact deosebit de mare asupra bunei desfășurări a activității în acest sector. În acest sens trebuie reținute cel puțin următoarele scenarii:
 - Tratatul diferențiat va conduce la o salarizare net avantajoasă medicilor și asistenților medicali (este doar o ipoteză de lucru, deoarece până la acest moment nu am putut constata posibile efecte în această direcție ale acestui proiect de lege). Consecința imediată o va constitui accentuarea demotivării existente în cadrul restului personalului, o mare parte fiind deja „uitat” din punctul de vedere al salarizării. Impactul asupra eficienței unităților sanitare este evident în acest caz. Mai mult decât atât, deoarece împărțirea în categorii este una adhoc, fără să respecte criterii logice sau funcționale de împărțire (spre exemplu, personalul auxiliar sanitar poate fi considerat participant la actul medical), impactul negativ va fi cu atât mai mare.

- Datorită impactului estimat legii nr. 284/2010 (luăm în considerare aplicarea acesteia de la 1 ianuarie 2014 raportat la o valoare a punctului de referință de minim 800 RON), în eventualitatea în care nu reușim stabilirea unor „salarii minime în sănătate” echivalente, putem ajunge la situația în care salariații excluși din proiectul noii legi să aibă salariile mai mari decât medicii și asistenții medicali, varianta de asemenea de neacceptat datorită impactului negativ.
2. **Necesitatea existenței unor „salarii minime în sectorul sanitar” ca punct de pornire în cadrul noii construcții.** Acestea devin baza de pornire pentru noul sistem de ierarhizare a salariilor din sănătate.
- a. În ceea ce privește nivelul actual de salarizare v-am sesizat faptul că acesta trebuie să ia în considerare categoriile și treptele actuale de salarizare și nu salariile individuale pe care le are fiecare salariat la acest moment. Motivul îl constituie faptul că la ora actuală avem mari distorsiuni în ceea ce privește salariile diferiților angajați, efect al ultimilor 4 ani de „tulburări legislative”, care au condus la situații aberante, de genul salariații noi angajați au salarii mai mari decât mulți salariații cu vechime în condițiile aceluiași nivel de pregătire și acelorași condiții de lucru. O nouă lege a salarizării trebuie să rezolve în mod obligatoriu și aceste nedreptăți, ca multe altele de altfel. În concluzie, „salariul minim din sănătate” (sau salariul de bază) trebuie să-l constituie cel puțin nivelul actual de salarizare cu toate sporurile incluse, lui urmând să i se adauge partea variabilă rezultată în urma evaluării performanțelor profesionale, ce poate conduce la o creștere salarială de până la 100%.
 - b. În ceea ce privește „salariile minime din sănătate” în dezbateri am constatat că trebuie să luăm în considerare un alt punct de reper decât nivelul actual de salarizare, mai avantajos pentru salariați, și anume nivelul salariului de baza stabilit de Legea 284 pentru toate categoriile de personal, raportat la o valoare a punctului de referință a coeficientului de salarizare 1.00 de 800 RON. Altfel spus, „salariile minime din sănătate” trebuie să fie constituie din două componente: echivalentul aplicării coeficienților de salarizare stabiliți în Legea 284 (pentru o valoare a punctului de referință de minim 800 RON) la care se adaugă toate sporurile existente la ora actuală. În acest sens trebuie reținute următoarele argumente:
 - i. De la 1 ianuarie 2014 urmează a fi aplicată Legea 284/2010, raportat la o valoare a punctului de referință de minim 800 RON (am luat în considerare valoarea salariului minim de la 1 iulie 2013; este posibil - și de dorit - ca acesta să fie mai mare la începutul anului 2014). Chiar dacă scoatem salariații din sectorul sanitar din categoria bugetarilor (așa cum am căzut de acord), nu le putem crea o situație mai slabă decât salariaților rămași în categoria bugetarilor. Altfel spus, în ipoteza în care legea 284/2010 se aplică începând cu 1 ianuarie 2014 cu o valoare a punctului de referință de minim 800 RON iar noi vom conserva doar actualul nivel de salarizare, salariații din sănătate vor fi într-o situație dezavantajată în ceea ce privește nivelul „salariilor minime din sănătate”. Ceea ce ar însemna adoptarea în mod voluntar a unui sistem de salarizare defavorabil angajaților, lucru cu care nu putem fi de acord.
 - ii. În dezbateri este un proiect pilot ce are ca temă posibilitățile de-a crea un nou sistem de salarizare în sănătate; motiv pentru care el trebuie gândit după

principiile de construcție a unei legi, respectiv luând în considerare atât realitățile timpului în care estimăm aplicarea unei astfel de legi cât și necesitatea de a identifica cele mai bune soluții. În acest sens, trebuie reținut că proiectul pilot se va desfășura în 2013 însă el trebuie să ia în considerare realitățile anului 2014 în ceea ce privește salarizarea.

- d. Ținând cont de faptul că suntem în domeniul legislației muncii, trebuie să luăm în considerare drepturile mai favorabile salariaților.
- e. Având în vedere faptul că facem referire la Legea 284 rugăm să nu se înțeleagă că am dori ca salariații din sectorul sanitar să rămână bugetari, solicitările noastre vizând doar preluarea acelor grile de salarizare ca punct de referință. Din acest punct de vedere nu numai că suntem de acord cu propunerea Ministerului Sănătății de a scoate medicii și asistenții din categoria bugetarilor, ci solicităm ca toți salariații din sănătate să iasă din categoria bugetarilor.
- f. Trebuie să reținem că deși se vorbește de aplicarea unei noi legi a salarizării de 4 ani de zile (spre exemplu, legea 284 datează din 2010) în tot acest interval de timp salarizarea în sistemul sanitar s-a făcut după prevederile OUG 115/2004, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 125/2005.

3. **Legea de salarizare trebuie să rezolve și toate disfuncționalitățile create în ultimii ani.**

Argumentele în acest sens au fost oferite la punctul 2, litera b). Două sunt soluțiile posibile în acest sens:

- a. Principala noastră solicitare vizează stabilirea salariilor de bază raportat la grila de salarizare din legea 284/2010 la o valoare a punctului de referință de minim 800 RON, „salariile minime pe sănătate” urmând a fi construite pe acest salariu de bază la care se adaugă toate sporurile prevăzute în Regulament la ora actuală. Această variantă rezolvă și problema distorsiunilor salariale existente în sistem.
- b. În situația în care se renunță la aplicarea legii 284/2010 la nivelul întregii țări sau valoarea punctului de referință este sub 800 Ron, va trebui să luăm în considerare nivelul actual de salarizare pe categorii și trepte profesionale, și nu raportat la salariile individuale.

4. **Salarizarea în funcție de performanță trebuie să se facă pe două repere fundamentale:**

- a. Nivelul minim al salariilor („salariile minime din sănătate”) - salariul de bază cu toate sporurile incluse - are caracter minim;
- b. La nivelul minim de salarizare se adaugă surplusul rezultat în urma evaluării, ce poate să conducă la un maxim de salarizare suplimentar cu peste 100%.

5. **Salarizarea în funcție de performanță trebuie să se facă în baza unui sistem obiectiv de evaluare.** Sistemul de evaluare trebuie să îndeplinească cel puțin următoarele condiții:

- a. Să aibă la bază criterii clare și relevante.
 - i. La acest punct considerăm că trebuie să existe criterii diferențiate pentru fiecare categorie profesională din sistemul sanitar
- b. Să includă o procedură de evaluare cu un grad ridicat de obiectivitate. În acest sens, rămânem la propunerea noastră inițială care vizează construirea evaluării pe cel puțin

trei poli independenți, rezultatul evaluării constituindu-l media evaluărilor fiecăruia dintre acești. Poli de evaluare luați în considerare până la acest moment sunt următorii:

- i. Șeful ierarhic, specific fiecărei categorii profesionale
- ii. Serviciul de Resurse umane (împreună cu organismele profesionale - acolo unde este cazul)
- iii. Evaluarea din partea colegilor - selectați aleatoriu.

6. Pentru a putea vorbi de posibilitatea unor creșteri salariale în urma aplicării noii legi este nevoie de o creștere a veniturilor unităților sanitare. În acest sens, am propus mai multe soluții, care trebuie să facă obiectul reformei sistemului sanitar.

Președinte,
Rotilă Viorel



FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA



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

E-mail: solidaritateasanitara@yahoo.fr

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



Observațiile și propunerile Federației „Solidaritatea Sanitară” din România

la Proiectul de modificare a legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul Sănătății.

Titlul XV - Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de servicii medicale.

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

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

Sistemul malpraxis	Sistemul despăgubirilor pentru prejudicii
<ul style="list-style-type: none">o Are la bază neglijența personalului medical și furnizorilor de servicii medicale ca punct de raportare pentru stabilirea existenței sau absenței unui prejudiciu. Altfel spus, se consideră că există un prejudiciu doar atâta timp cât poate fi dovedit neglijența.o Pentru a dovedi neglijența raportarea se face la standardele profesionale de comportament. Dacă cel acuzat (medic, asistentă, spital) demonstrează că a respectat standardele cel puțin la nivelul minim al acestora, este infirmată neglijența.o Procedura de despăgubire are predominant un caracter litigios, părțile aflate în litigiu fiind pacientul prejudiciat și salariatul/furnizorul acuzat. Litigiile pot include o încercare inițială de mediere. Esențial este însă faptul că litigiile sunt tranșate de instanțele de judecată, care stabilesc dacă este vorba de o neglijență, dacă pacientul a fost prejudiciat prin această neglijență și care este nivelul despăgubirii.o Finanțarea sistemului malpraxis este realizată în special de personalul medical, prin intermediul asigurărilor de malpraxis.o Una din formele de apărare ale personalului medical o constituie practicarea medicinei defensive, care determină o creștere considerabilă a costurilor	<ul style="list-style-type: none">o Are la bază existența unui prejudiciu al pacientului.o Pentru stabilirea prejudiciului raportarea se face la standardele de tratament. Standardele de tratament se stabilesc prin regula celui mai bun specialist: cum ar fi fost tratat pacientul de cel mai bun specialist din domeniu.o Procedura de despăgubire are predominant un caracter administrativ, instanța de judecată având cel mult un rol de recurs în caz de nemulțumire a pacientului. Altfel spus, plângerile sunt soluționate de două comisii administrative: una care joacă rol de primă instanță și cealaltă rolul de instanță de apel.o Numărul pacienților despăgubiți este mare, însă pe fondul unei plafonări a nivelului despăgubirilor acordate pentru prejudiciile nepatrimoniale.o Finanțarea sistemului de despăgubire este realizată de multiplele instituții și organizații implicate în sistemul sanitar prin intermediul unor societăți de asigurări. Contribuția financiară a salariaților este

<p>serviciilor medicale și o scădere corelativă a calității acestora.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Despăgubirile sunt acordate doar pacienților care acționează în instanță, adică celor care au resursele necesare pentru un demers costisitor. o Numărul pacienților despăgubiți este relativ mic raportat la totalul celor prejudiciați, însă cu valori mari ale despăgubirilor. o Acest model nu ia în considerare culpa sistemului, fapt ce are două consecințe: <ul style="list-style-type: none"> - Pacienții tind să demonstreze că este vorba de neglijența personalului medical când sunt prejudiciați, în felul acesta personalul riscând să fie considerat și atunci când prejudiciul derivă din modul de funcționare a sistemului. - Dacă personalul medical demonstrează că nu a fost vorba de neglijență, dar pacientul a fost prejudiciat, ultimul nu este despăgubit. 	<p>mult mai redusă.</p>
--	-------------------------

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

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

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

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

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

- Principala deficiență o constituie centrarea lui pe ideea culpei salariaților, răspunderea unității și a sistemului având un caracter secundar.
- Formele de răspundere solidară în situații în care competențele celor implicați nu justifică acest lucru reprezintă o altă problemă de soluționat în cadrul acestui proiect. Este în special cazul asistenților medicali care au statutul de salariați, libertatea acestora de exercitare a profesiei fiind cu mult depășită de amploarea subordonării ierarhice ce derivă din calitatea lor de salariați, inclusiv în ceea ce privește actul medical. Motiv pentru care răspunderea ar trebui să fie proporțională cu competența și cu atribuțiile acordate de către angajator și șefii ierarhici.
- Pentru clarificarea situației juridice trebuie făcută diferența între situațiile în care profesiile medicale sunt exercitate în mod liberal, având competențe sporite în ceea ce privește decizia, și cele în care profesioniștii sunt în situații de subordonare ierarhică, raporturile cu pacienții fiind mult mai constrângătoare.
- Astfel cum va fi construit, precum și ca un efect al aplicării Directivei UE nr. 24/2011, sistemul de asigurări de malpraxis va genera suplimentarea semnificativă a cheltuielilor profesionale obligatorii ale salariaților din sistemul sanitar, printr-o primă de asigurare substanțial mai mare față de cea plătită în prezent, ceea ce înseamnă implicit o reducere a veniturilor salariaților. Din acest punct de vedere, procentul de acoperire a primei de asigurare de către unitatea sanitară, pe care Ministerul Sănătății și l-a asumat în această lege, trebuie să acopere cel puțin nivelul cu care va crește costul asigurării de malpraxis. Apare, de asemenea, un risc disproporționat față de câștig în exercitarea profesiei, cu un puternic efect inhibitor asupra intrărilor în sistem. Suplimentar, efectul inhibitor va acționa și asupra comportamentului profesional, dând naștere medicinei defensive, el fiind puternic potențat de condițiile improprii de exercitare a profesiei.

Președinte,
Rotilă Viorel

