

# FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA



Membră a CNS „Cartel Alfa”,  
afiliată la EUROFEDOP  
Site: [www.solidaritatea-sanitara.ro](http://www.solidaritatea-sanitara.ro)

E-mail: [solidaritateasanitara@yahoo.fr](mailto:solidaritateasanitara@yahoo.fr)

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



NR ACP 157/24.11.2015

Către:

Ministerul Sănătății  
Domnului Patriciu Achimaș Cadariu, Ministru



Stimate domnule Ministru,

Federația "Solidaritatea Sanitară" din România vă solicită o primă întâlnire oficială pentru analiza și soluționarea principalelor probleme cu care se confruntă membrii noștri de sindicat. Pentru a asigura cunoașterea prealabilă a intențiilor și așteptărilor noastre prezentăm mai jos o structură sintetică, ce se poate constitui într-o strategie de reformă a sistemului sanitar, având atașate documentele strategice ale organizației noastre, cu rol de suport al acestor solicitări.

Întâlnirea solicitată, pentru a cărei pregătire vă transmitem în prealabil documentele esențiale, are rolul de a vă supune atenției principalele probleme ale salariaților din sistemul sanitar precum și poziția și soluțiile noastre, acestea având ca obiective fundamentale creșterea calității vieții profesionale a salariaților și creșterea calității serviciilor medicale.

## I. Reforma finanțării sistemului sanitar

### 1. Creșterea finanțării sistemului sanitar prin:

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

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

### 2. Decontarea serviciilor medicale către spitale la costurile reale:

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

## II. Creșterea salarizării personalului din sistemul sanitar prin:

- Lege de salarizare specifică sectorului sanitar, luând în considerare specificul sistemului sanitar în ceea ce privește finanțarea, respectiv decontarea serviciilor în baza contractelor cu casele de asigurări de sănătate, precum și în ceea ce privește durata specifică a formării profesionale a cadrelor medicale;

- b. Actualizarea și adoptarea Regulamentului de sporuri;
- c. Eliminarea anomaliilor ce afectează salarizarea în Sănătate, respectiv:
  - i. Eliminarea discriminărilor salariale prin constituirea „salariului de bază din sănătate” - la nivelul salariului maxim actual aferent fiecărei funcții
  - ii. Aplicarea procentuală a sporurilor la salariul de bază, în conformitate cu legislația muncii
  - iii. Clarificarea situației juridice a gărzilor medicilor și plata tuturor drepturilor salariale aferente acestora, conform definiției gărzilor ca timp normal/suplimentar de lucru.
- d. Asigurarea plății orelor suplimentare;
- e. Introducerea salarizării suplimentare în funcție de performanță.
  - Introducerea unui model de evaluare obiectivă a personalului

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

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

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

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

**V. Reforma profesiilor medicale prin intermediul următoarelor măsuri:**

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

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

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

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

**VIII. Reforma organismelor profesionale ale specialiștilor din Sănătate prin:**

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

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

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

**Menționăm că Federația "Solidaritatea Sanitară" din România nu susține proiectul de lege referitor la introducerea practicii private în spitalele publice în forma actuală și respinge legalizarea plăților informale, insistând prin asigurarea recompenselor financiare meritate de salariați prin intermediul unui sistem de salarizare adecvat.**

*Prezenta adresă are ca anexe următoarele documente strategice:*

- 1. Reforma finanțării sistemului sanitar ..... secțiunea A**
  - *Adresa înregistrată la M.S. cu nr. NB5668/24.07.2014, referitoare la Comisia de arbitraj a litigiilor dintre furnizorii de servicii medicale și Case*
- 2. Creșterea salarizării personalului din sistemul sanitar ..... secțiunea B**
  - *Adresa înregistrată la M.M. cu nr. 28725/23.09.2015 cu referire la propunerile și observațiile F.S.S.R. la proiectul de lege a salarizării în sectorul bugetar*
  - *Adresa înregistrată la M.S. cu nr. 24668/15.04.2015, referitoare la proiectul de lege cu privire la practica privată în spitalele publice și legalizarea plăților informale*
  - *Argumentație juridică privind eliminarea discriminărilor salariale în sectorul sanitar*
  - *Salariații din sectorul public de sănătate au dreptul la raportarea procentuală a sporurilor la salariul de bază. Argumente juridice.*
  - *Adresa înregistrată la M.S. cu nr. NB1481/17.02.2015, cu referire la aplicarea tuturor drepturilor salariale aferente gărzilor medicilor*
  - *Studiu asupra timpului de muncă în sectorul sanitar din România. Analiză de caz: gărzile medicilor*
  - *Studiu privind sistemul de salarizare din Sănătate în România. Analiză de caz: salarizarea în funcție de performanță (2013)*
  - *Studiu privind sistemul de salarizare în sectorul sanitar din România. Analiză de caz: salarizarea în funcție de performanță (draft 2015)*
- 3. Creșterea calității vieții profesionale a lucrătorilor din Sănătate ..... secțiunea C**
  - *Concluziile Studiului privind calitatea vieții profesionale și tendința de migrație a personalului din sistemul sanitar*
  - *Ierarhia factorilor care determină calitatea vieții profesionale*
  - *Concluziile Studiului privind nevoile specifice de consiliere și orientare profesională ale salariaților din sănătate. Studiu de caz: regiunea Sud-Est*
- 4. Eliminarea sistemului malpraxis și trecerea la sistemul despăgubirii pacienților pentru prejudicii ..... secțiunea D**

- *Studiul privind sistemul de despăgubire a pacienților prejudiciați aplicabil în România*
  - *Propunerile și observațiile F.S.S.R. pe textul legii "malpraxisului"*
- 5. Reforma profesiilor medicale ..... secțiunea E**
- *Echivalarea asistentelor medicale absolvente de postliceală - formă de acțiune împotriva discriminării*
  - *Studiu privind situația asistenților medicali din unitățile sanitare publice din România*
- 6. Strategia Națională pentru Sănătate 2014-2020. Propunerile F.S.S.R. .... secțiunea F**
- 7. Eliminarea deficitului de personal și regândirea normativelor de personal, cu un accent special pe normativele TESA ..... secțiunea G**
- *Adresa înregistrată la M.S. cu nr. NB2011/05.03.2015, referitoare la deficitul și normativul personalului nemedical (TESA)*
- 8. Transpunerea Directivei 24/2011 în legislația națională în acord cu interesele României privind transformarea sistemului sanitar românesc într-o destinație semnificativă a liberei circulații a pacienților în Uniunea Europeană ..... secțiunea H**
- *Studiu privind Impactul Directivei nr. 24/2011/EU asupra sistemului sanitar din România*

Cu stimă,

Președinte,  
Rotilă Viorel





**Federația "Solidaritatea Sanitară" din România**

[www.solidaritatea-sanitara.ro](http://www.solidaritatea-sanitara.ro)

e-mail: [solidaritatea\\_sanitara@yahoo.com](mailto:solidaritatea_sanitara@yahoo.com)

# 1. Reforma finanțării sistemului sanitar



## Reforma finanțării sistemului sanitar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Putem gândi câteva variante:

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

b. creșterea numărului angajaților:

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

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

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

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

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

### **Principiul contributivității**

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

Principiul contributivității are câteva avantaje:

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

### **Despre solidaritate**

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

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

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

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

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

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

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

O schiță a modificărilor ce pot fi aduse este următoarea:

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Paradoxul sărăciei**

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

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

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

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

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

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

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

### **Contribuția migranților**

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

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

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

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

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

Cred că din această perspectivă două soluții sunt posibile

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

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

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

### **Asigurările medicale complementare**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Acest sistem mixt are câteva avantaje esențiale:

- are la bază o abordare onestă a costurilor îngrijirilor medicale, pornind de la recunoașterea deficitului actual de finanțare

- asigură finanțarea concretă a serviciilor medicale, mobilizând sume suplimentare de pe piață
- combină dimensiunea socială cu responsabilizarea cetățeanului pentru propria sănătate
- introduce în piață un segment privat suficient de consistent pentru a impulsiona creșterea calității serviciilor medicale

#### **Pachetul de bază**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- „Evaluarea rezonabilă economico-financiară” riscă să însemne o abordare nerezonabilă din perspectiva interesului pentru starea de sănătate a cetățenilor.

- Măsurile privitoare la finanțarea și organizarea sistemului nu trebuie să aibă ca obiectiv asigurarea echilibrului între venituri și cheltuieli (care reprezintă o abordare pur contabilă a sistemului de sănătate), ci creștere finanțării sistemului corelată cu o creștere semnificativă a calității serviciilor medicale acordate pacienților.

- Revizuirea pachetului de bază de servicii medicale trebuie să se desfășoare concomitent atât cu introducerea asigurărilor complementare (și cu sprijinul statului pentru un grad cât mai ridicat de accesibilitate a acestora, inclusiv prin deduceri fiscale semnificative) cât și cu creșterea finanțării sistemului de asigurări sociale de sănătate.

În ceea ce privește măsurile propuse sunt necesare următoarele observații:

*1. Măsurile implementabile rapid:*

1. Limitarea sau excluderea decontării unor medicamente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## *II. Măsurile implementabile pe termen mediu:*

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

## *III. Măsurile implementabile pe termen mediu și lung*

1. Continuarea procesului de elaborare a ghidurilor clinice, protocoalelor terapeutice și elaborarea traseelor clinice constituie o măsură bună, necesară, care nu este însă abordată la modul cel mai potrivit, deoarece nu finanțarea acestei activități este principala problemă, ci acordul specialiștilor pe teme specifice acestor mecanisme de diagnostic și tratament. Indicarea insuficienței sau chiar absenței acestor mecanisme de către Ministerul Sănătății echivalează cu invocarea propriei turpitudini, deoarece este evidentă și o incapacitate instituțională în formă continuată a Ministerului Sănătății de a coordona și impune stabilirea acestor mecanisme la termen fixe, având în vedere că organismele care trebuie să se ocupe de aceste activități sunt fie în subordinea sa directă (comisiile de specialitate) fie sub controlul său instituțional (organismele profesionale). Într-o formă voit simplificată, am putea spune că este vorba doar de a traduce în limba română ceea ce au făcut alții deja și de a adapta la patologia specifică poporului român și mai ales la posibilitățile financiare ale acestui popor.

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

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

b. Introducerea mecanismelor de control care să elimine procedurile de „optimizare” practicate de unii furnizori de servicii medicale, care șuntează astfel mecanismele concurențiale de piață punând în dificultate „naivii” care raportează corect.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sunt doar câteva elemente necesare pentru un model posibil.

### **Creșterea contribuțiilor**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Putem gândi câteva variante:

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

b. creșterea numărului angajaților:

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

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

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

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

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

Nu:

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

Ci:

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

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

### **Risipa**

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

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

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

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

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

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

### **Raționalizarea**

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

### **Politicizarea sistemului**

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

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

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

### **Sistemul DRG**

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

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

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

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

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

### **Problema costurilor**

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

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

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

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

### **„Sistemul șpagii”**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Pachetul de bază**

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

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

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

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

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

Am enumerat doar câteva elemente necesare pentru un model posibil.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Observațiile Federației „Solidaritatea Sanitară” din România la Regulamentul de organizare și funcționare al Comisiei centrale de arbitraj și a procedurii arbitrale de soluționare a litigiilor dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și casele de asigurări de sănătate

## FEDERAȚIA „SOLIDARITATEA SANITARĂ” DIN ROMÂNIA



Membră a CNS „Cartel Alfa”,  
afiliată la EUROFEDOP

Site: [www.solidaritateasanitara.ro](http://www.solidaritateasanitara.ro)

București, Splaiul Independenței

nr.202 A, etaj 3, cam. 28

Telefon: 0721246491

0336/106.365

Fax: 0336/109.281



Către :



Ministerul Sănătății  
D-lui Nicolae Băncicioiu, Ministru



**Prin prezenta vă înaintăm observațiile Federației „Solidaritatea Sanitară” din România la Regulamentul de organizare și funcționare al Comisiei centrale de arbitraj și a procedurii arbitrale de soluționare a litigiilor dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și casele de asigurări de sănătate**

Federația „Solidaritatea Sanitară” din România este interesată de introducerea normalității în relațiile dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și casele de asigurări de sănătate, aceasta fiind o condiție esențială pentru buna finanțare a unităților sanitare publice, respectiv pentru creșterea calității serviciilor medicale și pentru creșterea calității vieții profesionale a lucrătorilor din Sănătate. În acest sens, acțiunile noastre pentru înființarea unei autorități independente care să judece în mod obiectiv relațiile dintre cele două părți au debutat încă din anul 2005, constituind o constantă a strategiei noastre. De-a lungul celor aproape 10 ani ne-am pronunțat în mod constant atât împotriva atitudinilor abuzive ale Casei de Asigurări de Sănătate, care afectează în mod radical veniturile unităților sanitare (și, prin asta, capacitatea acestora de a asigura serviciile medicale necesare și un nivel adecvat de salarizare a personalului), cât și împotriva atitudinii unora din unitățile sanitare (publice și private) care fraudează sistemul de asigurări sociale de sănătate în dauna unităților aflate în competiție, a pacienților și a salariaților.

Observațiile Federației „Solidaritatea Sanitară” din România la Regulamentul de organizare și funcționare al Comisiei centrale de arbitraj și a procedurii arbitrale de soluționare a litigiilor dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și casele de asigurări de sănătate

Pentru a înțelege impactul pe care-l are politica incorectă a CNAS față de spitalele publice este relevant să vedem studiul furnizat de Hospital Consulting pe această temă.<sup>1</sup> Este evident că în ceea mai mare parte datorită către spitalele care rezultatul absenței unei Comisii obiective de arbitraj. Dacă spitalele ar fi încasat acești bani atât pacienții cât și salariații ar fi dus-o mai bine.

Din punctul nostru de vedere Comisia de arbitraj trebuie să fie o instituție independentă, care să garanteze obiectivitate și imparțialitate în relația dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și casele de asigurări de sănătate. Subordonarea ei față de conducerea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nu răspunde în mod clar acestei necesități esențiale pentru funcționarea unei astfel de instituții.

Una din condițiile importante pentru asigurarea unei funcționări obiective o reprezintă existența unor experți/arbitri independenți de părțile aflate în conflict. Din textul proiectului de lege se poate observa cu ușurință că nu se va realiza acest lucru în condițiile în care arbitrii sunt de fapt nominalizați de către organisme care fie sunt direct implicate în conflict (CNAS) fie de către organizații care au reprezentanți în consiliile de administrație ale majorității unităților aflate de cealaltă parte a conflictului (ex. Colegiul Medicilor are reprezentanți în toate consiliile de administrație ale unităților sanitare publice).

Având în vedere aceste motive și pe cele expuse mai jos, în critica unor părți ale textului de lege, considerăm necesară reșezarea proiectului de lege pe alte principii, respectiv respingerea lui în forma actuală.

Textul proiectului	Textul propus	Propunerile și observațiile Federației „Solidaritatea Sanitară” din România
ART. 1 (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, denumită în continuare (CNAS) organizează împreună cu Colegiul Medicilor din România (CMR), Colegiul Farmaciștilor din România, denumit în continuare (CFR) și Colegiul Medicilor Dentiști din România, denumit în	<b>Deoarece proiectul de lege trebuie așezat pe cu totul alte principii, nu considerăm relevantă prezentarea unor texte alternative,</b>	Este evidentă incompatibilitate între componenta comisiei raportat la organismele profesionale, având în vedere că organismele profesionale au membri de drept în consiliile de administrație ale unităților sanitare publice. Este evident de asemenea conflictul de interese dintre CNAS și Comisia de arbitraj, în condițiile în care CNAS este

<sup>1</sup> Studiul poate fi găsit la adresa : <http://www.med-farm.ro/arhiva/sistemul-spitalicesc-intre-pierderi-si-nevoia-de-schimbare/>.

<p>continuare (CMDR) în temeiul art. 298 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, și în condițiile prezentului regulament, Comisia centrală de arbitraj.</p>	<p><b>la acest moment fiind necesară stabilirea principiilor de funcționare, în funcție de care trebuie organizat textul proiectului de lege.</b></p>	<p>una din părțile conflictului.</p> <p>Din acest motiv solicităm oportun ca organizarea comisiei de arbitraj să se bazeze pe experți independenți, care să facă parte dintr-o listă specială.</p> <p>Comisia centrală de arbitraj trebuie organizată în subordinea unei alte instituții (ex. CoNAS) sau a IMS, procedurile garantându-i autonomia și obiectivitatea. În acest sens, participarea federațiilor reprezentative din Sănătate în calitate de observatori ar putea întări obiectivitatea.</p> <p>Pentru aceste motive nu putem propune un text, fiind necesară reformularea întregului proiect.</p>
<p>ART. 3 (1) Poate fi numit arbitru de către CNAS, CMR, CFR și CMDR orice persoană fizică de cetățenie română, cu domiciliul în România, cunoaște limba română, are capacitate deplină de exercițiu al drepturilor sale, este licențiată în drept, în economie sau în medicină, se bucură de o bună reputație și are experiență profesională de cel puțin 5 ani în specialitatea studiilor.</p> <p>(2) În aceleași condiții, pentru fiecare arbitru va fi numit câte un membru supleant.</p> <p>(3) Arbitrii sunt independenți și imparțiali în îndeplinirea atribuțiilor lor, nu sunt reprezentanții părților și sunt datori să asigure respectarea drepturilor părților referitoare la soluționarea litigiilor civile în ceea ce privește dreptul la apărare, egalitatea de tratament, contradictorialitatea, dreptul de dispoziție, buna - credință.</p>		<p>Considerăm că este necesară aplicarea regulilor care guvernează listele de experți ale instanțelor, părțile implicate în litigiu având fiecare posibilitatea de a selecta un număr egal de experți dintr-o listă de experți independenți.</p> <p>Numirea arbitrilor nu respectă criteriul competenței și al specializării (spre exemplu, arbitri propuși de Colegiul Farmaciștilor se vor pronunța în probleme ce țin de contractele spitalelor).</p> <p>Condițiile pe care trebuie să le îndeplinească experții, în formularea textului de lege, nu au legătură cu principiul competenței. Fie se judecă aspectele contractuale, și atunci sunt necesari experți în astfel de contracte din sectorul sanitar (fapt care nu este asigurat de un medic, de un economist sau de către un jurist care au 5 ani în specialitatea studiilor dar nu au nicio legătură cu activitatea de contractare cu CNAS și de monitorizare/implementare a</p>

<p>(4) CNAS, CMR, CFR și CMDR sau orice altă persoană juridică ori persoană fizică nu are dreptul să intervină ori să influențeze în vreun mod activitatea comisiei privind luarea hotărârilor.</p> <p>(5) În orice stadiu al litigiului comisia va încerca soluționarea litigiului pe baza înțelegerii părților, cu respectarea dispozițiilor legale aplicabile în cauză.</p>		<p>contractelor.</p> <p>Și la acest punct este evidentă necesitatea reformulării principiilor care guvernează acest proiect de lege.</p>
<p>ART. 4 (1) Comisia este formată din 6 arbitri. Trei arbitri sunt numiți de CNAS, și câte un arbitru numit de către CMR, CFR și CMDR. Președintele al comisiei va fi desemnat din rândul arbitrilor pe baza voturilor acestora.</p>		<p>Având în vedere că 50% dintre experți sunt numiți de către CNAS este evident că această instituție poate bloca deciziile nefavorabile ei.</p>
<p>ART. 5 (1) Pe lângă comisie funcționează un secretariat tehnic, a cărui componență se aprobă prin ordin al președintelui CNAS.</p> <p>(2) CNAS va asigura secretariatul comisiei din cadrul personalului propriu.</p>		<p>Modul de organizare evidențiază faptul că această comisie este a CNAS, fapt anormal în condițiile în care CNAS va avea inevitabil calitatea de parte a litigiilor. În acest sens trebuie reținute și prevederile art. 28 (<i>Hotărârea se ia cu unanimitate de voturi sau, în caz de dezacord, cu majoritate. Arbitrul care a avut o altă părere își va redacta și semna opinia separată, cu arătarea considerentelor pe care aceasta se sprijină.</i>), care demonstrează că fără acordul arbitrilor numiți de către CNAS nu se poate decide nimic, fiind imposibilă majoritatea.</p>
<p>ART. 43 (1) CNAS va suporta cheltuielile legate de activitatea de organizare, desfășurare și soluționare a litigiilor, inclusiv de secretariat, precum și indemnizația de ședință pentru</p>		<p>Finanțarea funcționării comisiei de arbitraj de către CNAS evidențiază și ea dependența acestei instituții de către una din părțile litigiului, respectiv lipsa ei de obiectivitate.</p>



Observațiile Federației „Solidaritatea Sanitară” din România la Regulamentul de organizare și funcționare al Comisiei centrale de arbitraj și a procedurii arbitrale de soluționare a litigiilor dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și casele de asigurări de sănătate

arbitri/membri supleanți în cuantum de 15%, iar pentru membrii secretariatului tehnic indemnizația de ședință în cuantum de 10% din indemnizația președintelui CNAS.	
--	--

Deoarece o bună parte din textul proiectului reprezintă preluări ale unor întregi fragmente din codul de procedură civilă, nu ne oprim asupra lor.

Cu deosebită stimă,

Președinte,  
Rotilă Viorela





**Federația "Solidaritatea Sanitară" din România**

secțiunea

**B**

[www.solidaritatea-sanitara.ro](http://www.solidaritatea-sanitara.ro)

e-mail: [solidaritatea\\_sanitara@yahoo.com](mailto:solidaritatea_sanitara@yahoo.com)

## 2. Creșterea salarizării personalului din sistemul sanitar





# FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA

Membră a CNS „Cartel Alfa”,  
afiliată la EUROFEDOP  
Site: [www.solidaritateasanitara.ro](http://www.solidaritateasanitara.ro)

E-mail: [solidaritateasanitara@yahoo.fr](mailto:solidaritateasanitara@yahoo.fr)

București, Sector 3, Str. Lipscani  
nr. 53, et. IV, cam. 3.  
Telefon: 072.1246491  
0336/106.365  
Fax: 0336/109.281



## CĂTRE:

Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârștnice

În atenția Comisiei pentru elaborarea proiectului noii legi a salarizării în sectorul bugetar

**Propunerile și observațiile Federației „Solidaritatea Sanitară” din România la proiectul noii legi a salarizării aplicabilă sectorului bugetar – forma discutată în data de 17.09.2015**

**A. Textul principal al legii. Având în vedere faptul că în data de 17.09.2015 nu ne-a fost prezentată forma existentă la acel moment a textului principal al legii, pe motiv că ea încă nu era definitivată datorită unui număr foarte mare de propuneri, reluăm solicitările noastre la această parte a legii.**

Textul proiectului de lege	Forma propusă	Observații
ART. 6 (4) Ordonatorii principali de credite au obligația să stabilească salariile de bază, soldele funcțiilor de bază/salariile funcțiilor de încadrare, indemnizațiile lunare de încadrare, sporurile, alte drepturi salariale în bani și în natură stabilite potrivit legii, să asigure promovarea personalului în funcții, grade și trepte profesionale și avansarea în gradații, în condițiile legii, astfel încât să se încadreze în sumele aprobate cu această destinație în	ART. 6 (4) Ordonatorii principali de credite au obligația să stabilească salariile de bază, soldele funcțiilor de bază/salariile funcțiilor de bază, indemnizațiile lunare de încadrare, sporurile, alte drepturi salariale în bani și în natură stabilite potrivit legii, să asigure promovarea personalului în funcții, grade și trepte profesionale și avansarea în gradații, în condițiile legii, solicitând aprobarea sumelor necesare în bugetul propriu.	Dat fiind obiectul prezentei legi, respectiv reglementarea modalității de salarizare, și ținând cont de conținutul general al acestui aliniat – respectarea drepturilor salariaților de către angajatori, introducerea obligației de încadrare în buget devine contradictorie cu scopul prevederii legale, nefiind locul ei aici. Suplimentar, practica demonstrează că încadrarea în bugetul alocat constituie cel mai adesea o măsură îndreptată împotriva salariaților. În aceste condiții, este necesară o inversare a

<p>bugetul propriu.</p>	<p>ART. 15 (2) Plata muncii prestate peste durata normală a timpului de lucru se poate face numai dacă efectuarea orelor suplimentare a fost dispusă de șeful ierarhic, fără a se depăși 360 de ore anual. În cazul prestării de ore suplimentare peste un număr de 180 de ore anual este necesar acordul sindicatelor reprezentative sau, după caz, al reprezentanților salariaților, potrivit legii.</p>	<p><i>obligăției de diligență a managementului, dinspre urmărirea încadrării în buget a cheltuielilor salariale către dimensionarea bugetului astfel încât să acopere cheltuielile salariale necesare.</i></p> <p><i>Se elimină reprezentative. Orice sindicat are prin lege atributul reprezentării membrilor săi. Reglementarea vizează situația unor salariați individuali, nu a unor reguli generale aplicabile unității. Dacă salariații sunt membri de sindicat ei au dreptul să fie reprezentanți de sindicate, indiferent dacă acestea sunt sau nu reprezentative.</i></p> <p><i>Suplimentar, este de notorietate dificultățile ridicate în fața reprezentativității de actuala formă a legii nr. 62/2011.</i></p> <p><i>De observat că Directiva 88/2003 prevede posibilitatea derogării prin convențiile civile. Or, sindicatele pot încheia convenții și în condițiile art. 153 din Legea nr. 62/2011.</i></p>
<p>ART. 15 (2) Plata muncii prestate peste durata normală a timpului de lucru se poate face numai dacă efectuarea orelor suplimentare a fost dispusă de șeful ierarhic, fără a se depăși 360 de ore anual. În cazul prestării de ore suplimentare peste un număr de 180 de ore anual este necesar acordul sindicatelor reprezentative sau, după caz, al reprezentanților salariaților, potrivit legii.</p>	<p>ART. 15 (2) Plata muncii prestate peste durata normală a timpului de lucru se poate face numai dacă efectuarea orelor suplimentare a fost dispusă de șeful ierarhic, fără a se depăși 360 de ore anual. În cazul prestării de ore suplimentare peste un număr de 180 de ore anual este necesar acordul sindicatelor reprezentative sau, după caz, al reprezentanților salariaților, potrivit legii.</p>	<p><i>Asigurarea unei proceduri obiective de acordare a premiilor se poate realiza doar prin negocieri cu partenerii sociali, de preferat ca aceste proceduri să fie cuprinse în cadrul contractelor colective la nivel de unități.</i></p>
<p>ART. 20 (2) Premiile individuale se stabilesc de către ordonatorii de credite în limita sumelor alocate de către ordonatorul principal de credite și în limita individuală a două salarii de bază lunare pe an, a două soldde lunare ale funcției de bază/a două salarii lunare ale funcției de bază pe an. Procedura de acordare a premiilor se stabilește în cadrul contractelor colective de muncă la nivel de unitate sau printr-un acord încheiat cu partenerii sociali ce pot avea calitatea de parte în negocierea contractelor colective de muncă.</p>	<p>ART. 20 (2) Premiile individuale se stabilesc de către ordonatorii de credite în limita sumelor alocate cu această destinație de către ordonatorul principal de credite și în limita individuală a două salarii de bază lunare pe an, a două soldde lunare ale funcției de bază/a două salarii lunare ale funcției de bază pe an. Procedura de acordare a premiilor se stabilește în cadrul contractelor colective de muncă la nivel de unitate sau printr-un acord încheiat cu partenerii sociali ce pot avea calitatea de parte în negocierea contractelor colective de muncă.</p>	
<p>ART. 23 (1) Încadrarea și promovarea personalului plătit din fonduri publice pe funcții, grade sau trepte profesionale se fac potrivit prevederilor din statute sau alte acte normative specifice domeniului de activitate, aprobate prin legi, hotărâri ale Guvernului sau act administrativ al</p>	<p>ART. 23 (1) Încadrarea și promovarea personalului plătit din fonduri publice pe funcții, grade sau trepte profesionale se fac potrivit prevederilor din statute sau alte acte normative specifice domeniului de activitate, aprobate prin legi, hotărâri ale Guvernului sau act administrativ al</p>	

<p>hotărâri ale Guvernului sau act administrativ al ordonatorului principal de credite.</p> <p>(2) În situația în care promovarea personalului bugetar în funcție, grad sau treaptă profesională nu este reglementată prin statute proprii, promovarea se face de regulă pe un post vacant existent în statul de funcții.</p> <p>(3) În situația în care nu există un post vacant, promovarea personalului plătit din fonduri publice în funcții, grade sau trepte profesionale se va face prin transformarea postului din funcții în care acestea sunt încadrate într-unul de nivel imediat superior.</p> <p>(4) Promovarea în grade sau trepte profesionale imediat superioare se realizează pe baza criteriilor stabilite prin regulamentul-cadru, ce se aprobă prin hotărâre a Guvernului, dacă nu este reglementată altfel prin statute sau alte acte normative specifice.</p> <p>(5) Promovarea în grade sau trepte profesionale imediat superioare se face din 3 în 3 ani, în funcție de performanțele profesionale individuale, apreciate cu calificativul "foarte bine", cel puțin de două ori în ultimii 3 ani, de către comisia desemnată prin dispoziție a ordonatorului de credite bugetare, din care fac parte sindicatele sau, după caz, reprezentanții salariaților.</p> <p><b>(5.2) În mod excepțional, în situațiile unor salariați cu realizări deosebite, se poate admite promovarea în grade sau trepte profesionale imediat superioare la intervale mai scurte de timp.</b></p> <p>(6) Activitatea profesională se apreciază anual, ca urmare a evaluării performanțelor profesionale individuale, de către conducătorul instituției publice, la propunerea șefului ierarhic, prin acordare de calificative: "foarte bine", "bine", "satisfăcător" și "nesatisfăcător", în baza unei proceduri obiective de evaluare. Ordonatorii principali de credite stabilesc criteriile de evaluare a performanțelor profesionale individuale conform criteriilor prevăzute la art. 5 lit. c) și pot stabili și alte criterii de evaluare în funcție de specificul domeniului de</p>	<p>ordonatorului principal de credite.</p> <p>(2) În situația în care promovarea personalului bugetar în funcție, grad sau treaptă profesională nu este reglementată prin statute proprii, promovarea se face de regulă pe un post vacant existent în statul de funcții.</p> <p>(3) În situația în care nu există un post vacant, promovarea personalului plătit din fonduri publice în funcții, grade sau trepte profesionale se va face prin transformarea postului din statul de funcții în care acestea sunt încadrate într-unul de nivel imediat superior.</p> <p>(4) Promovarea în grade sau trepte profesionale imediat superioare se realizează pe baza criteriilor stabilite prin regulamentul-cadru, ce se aprobă prin hotărâre a Guvernului, dacă nu este reglementată altfel prin statute sau alte acte normative specifice.</p> <p>(5) Promovarea în grade sau trepte profesionale imediat superioare se face din 3 în 3 ani, în funcție de performanțele profesionale individuale, apreciate cu calificativul "foarte bine", cel puțin de două ori în ultimii 3 ani, de către comisia desemnată prin dispoziție a ordonatorului de credite bugetare, din care fac parte sindicatele sau, după caz, reprezentanții salariaților.</p> <p><b>(5.2) În mod excepțional, în situațiile unor salariați cu realizări deosebite, se poate admite promovarea în grade sau trepte profesionale imediat superioare la intervale mai scurte de timp.</b></p> <p>(6) Activitatea profesională se apreciază anual, ca urmare a evaluării performanțelor profesionale individuale, de către conducătorul instituției publice, la propunerea șefului ierarhic, prin acordare de calificative: "foarte bine", "bine", "satisfăcător" și "nesatisfăcător", în baza unei proceduri obiective de evaluare. Ordonatorii principali de credite stabilesc criteriile de evaluare a performanțelor profesionale individuale conform criteriilor prevăzute la art. 5 lit. c) și pot stabili și alte criterii de evaluare în funcție de specificul domeniului de</p>	<p>1) Prima propunere vizează accentuarea măsurilor de contrabalansare a construcției proiectului de lege pe vechimea în muncă, în calitate de coordonată fundamentală. Construcția unui sistem de salarizare având vechimea în muncă drept singur criteriu de departajare a salariaților care ocupă aceeași funcții este eronată. Introducerea posibilității de a accelera procesul de avansare remediata o parte din dificultățile generate de centrarea pe vechimea în muncă.</p> <p>2) Propunerea noastră vizează introducerea unei</p>
---	--	---

<p>credite stabilesc criteriile de evaluare a performanțelor profesionale individuale conform criteriilor prevăzute la art. 5 lit. c) și pot stabili și alte criterii de evaluare în funcție de specificul domeniului de activitate.</p> <p>(7) Ocuparea unui post vacant sau temporar vacant se face prin concurs sau examen pe baza regulamentului-cadru ce cuprinde principiile generale și care se aprobă prin hotărâre a Guvernului sau alte acte normative specifice.</p> <p>(8) Ordonatorul principal de credite, în raport cu cerințele postului, stabilește criteriile de selecție proprii în completarea celor prevăzute la alin. (7) <b>care se aprobă prin.....</b></p>	<p>activitate.</p> <p><b>(6.2) Procedura obiectivă de evaluare poate fi stabilită prin acte ale Guvernului, alte acte normative specifice sau contractele colective de muncă.</b></p> <p>(7) Ocuparea unui post vacant sau temporar vacant se face prin concurs sau examen pe baza regulamentului-cadru ce cuprinde principiile generale și care se aprobă prin hotărâre a Guvernului sau alte acte normative specifice.</p> <p>(8) Ordonatorul principal de credite, în raport cu cerințele postului, stabilește criteriile de selecție proprii în completarea celor prevăzute la alin. (7).</p>	<p>modalități obiective de evaluare, bazată pe o procedură ce include evaluarea fiecărui salariat de cel puțin 3 „instanțe” diferite (șeful ierarhic, resursele umane și colegii) și autoevaluare.</p> <p>Anexăm la prezentele propuneri un proiect de metodologie a unei evaluări obiective.</p>
<p>ART. 27</p> <p>Câștigul salarial brut pe funcții din cadrul instituțiilor și autorităților publice va respecta ierarhia, în sensul că nici un câștig salarial pentru o funcție inferioară nu va depăși câștigul salarial al unei funcții superioare prevăzută în anexele la prezenta lege, atât la personalul civil, cât și la personalul din domeniul apărare, ordine publică și siguranță națională.</p>	<p>ART. 27</p> <p>Salariile de bază pe funcții din cadrul instituțiilor și autorităților publice vor respecta ierarhia, în sensul că nici un salariu de bază pentru o funcție inferioară nu va depăși salariul de bază al unei funcții superioare prevăzută în anexele la prezenta lege, atât la personalul civil, cât și la personalul din domeniul apărare, ordine publică și siguranță națională.</p>	<p>Reformularea este necesară având în vedere cadrul general de aplicare a acestei legi, care face posibile diferențe de câștig datorită circumstanțelor diferite.</p> <p>Spre exemplu, un salariat de pe o funcție inferioară care a beneficiază de un spor pentru condiții de muncă la nivelul maxim de 30% poate avea un câștig salarial (adică un salariul brut) mai mare decât un salariat aflat în funcția imediat superioară ierarhic.</p> <p>După cum putem constata, problema o constituie folosirea sintagmei câștig salarial, care poate fi asociată doar cu <b>salariul brut</b>.</p> <p>NOTĂ: Analiza aplicării acestui principiu pe grilele de salarizare ne conduce lesne la constatarea nerespectării lui în toate sectoarele (cea mai flagrantă situație fiind cea din învățământul superior), inclusiv în Sănătate.</p>
<p>ART. 30</p> <p>(1) Personalul din instituțiile și autoritățile administrației publice centrale, din structurile din subordinea autorităților administrației publice centrale și din instituțiile publice locale, nominalizat în echipele de proiecte</p>		<p>Introducerea acestei prevederi necesită armonizarea cadrului legal de implementare a fondurilor structurale cu ea. În principiu, trebuie avut în vedere faptul că salariile de referință pentru proiectele pe fonduri structurale sunt constituite de nivelul existent (la momentul implementării proiectului) de</p>

<p>finanțate din fonduri externe nerambursabile, se salarizează pentru timpul efectiv alocat realizării activităților din proiect potrivit cererilor de finanțare și ghidului solicitantului - condiții generale și specifice aplicabile. (2) În situația în care salariul de bază rezultă prin aplicarea prevederilor alin.(1) este mai mic decât salariul de bază prevăzut pentru funcția deținută în anexele la prezenta lege, acesta poate opta pentru salariul de bază prevăzut în anexele la prezenta lege.</p>		<p>salarizare. Ceea ce înseamnă că derogările nu sunt în regulă. Perspectiva alin. 2 indică posibilitatea de a opta între două salarii, ceea ce este corect. Consecințele sunt însă mai complexe, principalul efect ce trebuie avut în vedere fiind imposibilitatea de a deconta salariul din fonduri structurale (posibilitatea care ar trebui să constituie un obiectiv fundamental al acestui proiect de lege, ea generând resurse suplimentare de salarizare).</p>
<p>ART. 31 Nivelul de salarizare prevăzut în prezenta lege va fi revizuit periodic în funcție de evoluția nivelului de salarizare existent pe piața muncii din România, astfel încât salariile din sectorul public să poată fi stabilite la un nivel competitiv, în limita sustenabilității financiare.</p>	<p><b>ART. 31</b> <b>Nivelul de salarizare va fi actualizat anual în funcție de rata inflației...</b></p>	<p>Prevederea este mult prea generală, fiind incapabilă să furnizeze garanții. Formula „revizuire” suportă două tipuri de interpretări: creștere și scădere. Ne interesează însă introducerea unui mecanism de creștere a salariilor, care să asigure cel puțin conservarea puterii de cumpărare (adică protecția împotriva inflației). Motiv pentru care este necesară raportarea la un indicator obiectiv, cum ar fi coșul minim de consum.</p>
<p>ART. 33 Aplicarea prevederilor prezentei legi se realizează etapizat, prin legi anuale de salarizare.</p>	<p><b>ART. 33</b> <b>Aplicarea prevederilor prezentei legi se realizează etapizat, prin legi anuale de salarizare, până la sfârșitul anului 2016, după cum urmează...</b></p>	<p>Stabilirea unei date ferme, care să nu suporte derogări, este singura soluție pentru recuperarea semnificativului deficit de încredere generat de situația Legii nr. 284/2010.</p>
<p>ART. 35 Începând cu ianuarie 2016, cuantumul sporurilor, indemnizațiilor, compensațiilor, primelor și al celorlalte elemente ale sistemului de salarizare care fac parte, potrivit legii, din salariul brut, solda lunară brută/salariul lunar brut, indemnizația brută de încadrare, de care beneficiază personalul plătit din fonduri publice, se majorează în mod corespunzător sau se menține, după caz, potrivit art. 34, în măsura în care personalul își desfășoară activitatea în aceleași condiții. <b>(Art. 34 se referă la salariile de bază/soldele</b></p>	<p>Se elimină.</p>	<p>Proiectul de lege presupune trecerea la un alt sistem de salarizare, a cărui obligație este de-a redefini toate drepturile salariale. Menținerea formulei „sporuri care au fost introduse în salariul de bază” generează toate confuziile care au marcat sistemul de salarizare. De altfel, anumite formulări din proiectul de lege repun în discuție „scoaterea unor sporuri din salariul de bază” – a se vedea spre ex. prevederea art. 16, alin. 2, sporul de doctorat.</p>

<p><b>funcției /saliile funcției/indemnizațiile de încadrare )</b></p> <p>ART. 37 La 3 zile de la data publicării prezentei legi, pentru acordarea de ajutoare, recompense, contribuții la acțiuni umanitare și burse, se constituie fondul Președintelui României, fondul președintelui Senatului, fondul președintelui Camerei Deputaților, fondul primului-ministru, care se aprobă anual prin buget, în limita sumei maxime de 500 mii lei.</p>	<p>Se elimină</p>	<p>Articolul nu are legătură cu legea salarizării, ajutoarele, contribuțiile umanitare și bursele nefăcând parte din categoria unor drepturi salariale sau adiacente.</p>
<p>ART. 39 (1) Prin contractele colective de muncă sau acordurile colective de muncă și contractele individuale de muncă nu pot fi negociate salarii sau alte drepturi în natură care excedează prevederilor prezentei legi.</p>	<p>ART. 39 (1) Prin contractele colective de muncă sau acordurile colective de muncă și contractele individuale de muncă nu pot fi negociate salarii sau alte drepturi în bani decât cele prevăzute de legislația în vigoare pentru categoria respectivă de personal.</p>	<p>Propunem preluarea formei alin. 1, art. 138 din Legea nr. 62/2011 cu eliminarea formulei drepturi în natură. Prezenta lege nu va reglementa în mod exhaustiv toate drepturile salariale. Unul din exemplele relevante îl constituie tichetele de masă.</p>

**B. Anexa nr. III - FAMILIA OCUPAȚIONALĂ DE FUNCȚII BUGETARE „SĂNĂTATE” Capitolul II - Reglementări specifice personalului din sănătate, din unitățile de asistență medico-socială și din unitățile de asistență socială/servicii sociale.**

Privitor la propunerile de mai jos, reamintim faptul că în urma negocierilor din data de 17.09.2015 am rămas la următorul stadiu în ceea ce privește punctele esențiale:

**1) Echivalarea salarială:**

- a. Ministerul Muncii a fost de acord cu aplicarea principiului echivalării salariale în toate sectoarele atunci când un absolvent de studii postliceale lucrează pe o funcție de studii superioare, pe un termen de grație de 5 ani, în cadrul căruia salariatul în cauză are răgazul de a-și completa studiile.
- b. Noi atenționăm că în ceea ce privește sistemul sanitar echivalarea între funcții nu rezolvă problema, fiind necesară o echivalare între atribuții. Cu alte cuvinte, noi solicităm echivalarea salarială pentru asistentele medicale absolvente de postliceală care, la locul de muncă, au aceleași atribuții cu asistentele medicale absolvente de studii universitare. În acest sens, precizăm că asistentele medicale cu studii universitare ocupă posturi specifice, diferite ca nume de cele ale asistentelor medicale absolvente de postliceală, dar având exact aceleași atribuții. **Este evident în acest caz că este nevoie de echivalarea bazată pe atribuții pentru sectorul sanitar.**

**2) Gărzile medicilor:**

- a) Propunerea Ministerului Muncii referitoare la gărzile medicilor nu poate fi acceptată întrucât încalcă prevederile Codului Muncii,



- b) respectiv prevederile Directivei 2003/88/EC, care stabilesc două elemente de bază:
- Timpul normal de lucru este maxim 40 de ore/săptămână.
  - Orele suplimentare pot fi făcute doar cu acordul salariatului/partenerilor sociali.
- După cum se poate observa în actuala formă a proiectului de lege, a considera obligatoriu un program de lucru săptămânal de 48 de ore excede cadrul legal, prevederea neputând fi luată în considerare.
- c) Ministerul Muncii a fost de acord ca problema gărzilor medicilor să fie repusă în discuție la Ministerul Sănătății.
- d) Solicitarea noastră rămâne în continuare aplicarea întocmai a prevederilor Codului Muncii și Directivei U.E. nr. 2003/88/EC, respectiv considerarea gărzilor ca timp de lucru normal/suplimentar și aplicarea tuturor drepturilor salariale, inclusiv a sporurilor pentru condiții de muncă aferente timpului normal/suplimentar de lucru.

### 3) Eliminarea discriminărilor salariale

- a. Ministerul Muncii consideră că această lege, odată aplicată, elimină discriminările salariale, angajații fiind reasezați în grilă în funcție de noile criterii, punct de vedere susținut și de Federația ”Solidaritatea Sanitară” din România.
- b. Principala problemă o constituie însă faptul că aplicarea treptată a legii va conduce la menținerea timp îndelungat a discriminărilor salariale (experiența legii 284/2010 constituie un argument în plus), motiv pentru care solicităm în continuare ca discriminările salariale să fie eliminate odată cu intrarea în vigoare a legii și nu la momentul atingerii salariilor de bază din anexe.

### 4) Introducerea unei clase de salarizare speciale pentru medici

Deși Ministerul Muncii nu este de acord, luând în considerare formarea medicilor, care are cea mai mare durată din toate profesiile din țară, solicităm în continuare introducerea unei clase de salarizare speciale pentru medici și implicit creșterea proporțională a tuturor celorlalte niveluri salariale.

**Având în vedere faptul că nu suntem satisfăcuți de forma propusă pentru această anexă, o reluăm în ultima variantă împreună cu solicitările noastre:**

<p><b>Art. 1.</b> – În unitățile sanitare, de asistență socială și de asistență medico-socială, unde activitatea se desfășoară fără întrerupere, în trei ture, personalul care lucrează lunar în toate cele trei ture, precum și personalul care lucrează în două ture în sistem de 12 cu 24 poate primi, în locul sporului pentru munca prestată în timpul nopții, prevăzut</p>	<p>La acest articol propunem introducerea a două noi aliniate:</p> <p>(2) Personalul sanitar cu pregătire superioară care efectuează gărzi are dreptul la sporul de 25% pentru toate orele de gardă efectuate în timpul nopții, din cadrul normei legale de muncă și din afara normei legale de muncă, cu condiția ca numărul orelor astfel efectuate să fie de cel puțin 3.</p> <p>(3) Personalul sanitar cu pregătire superioară care efectuează mai mult de 4 gărzi lunare are dreptul la un</p>	<p>Toate orele de gardă constituie timp de muncă, salariații beneficiind de toate drepturile aferente, inclusiv de sporul de noapte.</p> <p>În condițiile în care numărul gărzilor este mai mare de 5 suntem în situația în care numărul orelor lucrate este distribuit proporțional pe cele trei ture.</p>
--	---	---

<p>la art.14 <del>46</del> din prezenta lege, un spor de 15% din salariul de bază pentru orele lucrate în cele trei, respectiv două ture.</p>	<p><b>spor de 15% din salariul de bază, în locul sporului prevăzut la alin. 2), fiind asimilat lucrului în ture.</b></p>	
<p>Art. 3 (1) Personalul sanitar cu pregătire superioară care efectuează gardă pentru asigurarea continuității asistenței medicale în afara normei legale în afara continuității asistenței medicale și a programului normei legale de muncă și a programului normal de lucru de la funcția de bază se salarizează cu tariful orar aferent salariului de bază.</p> <p>(2) Gărzile efectuate de personalul sanitar cu pregătire superioară pentru asigurarea continuității asistenței medicale în afara normei legale de muncă și a programului de lucru de la funcția de bază în zilele lucrătoare se salarizează cu un spor de până la 100% din tariful orar al salariului de bază, dar care nu poate fi mai mic de 50 %.</p>	<p>Art. 3 (1) Personalul sanitar cu pregătire superioară care efectuează gardă pentru asigurarea continuității asistenței medicale în afara normei legale de muncă și a programului normal de lucru de la funcția de bază se salarizează cu tariful orar aferent salariului de bază <b>la care se adaugă sporurile prevăzute conform prezentei legi.</b></p> <p>(2) Gărzile efectuate de personalul sanitar cu pregătire superioară pentru asigurarea continuității asistenței medicale în afara normei legale de muncă și a programului de lucru de la funcția de bază în zilele lucrătoare se salarizează cu <b>un spor de cel puțin 75 % din tariful orar al salariului de bază, în condițiile art. 123 din Codul Muncii.</b></p> <p>(3) Gărzile efectuate de personalul sanitar cu pregătire superioară, pentru asigurarea continuității asistenței medicale în afara normei legale de muncă și a programului de lucru de la funcția de bază, în zilele de repaus săptămânal, de sărbători legale și în celelalte zile în care, potrivit dispozițiilor legale, nu se lucrează, se salarizează cu <b>un spor de 100% din tariful orar al salariului de bază.</b></p> <p><b>(3.1) Personalul sanitar cu pregătire superioară care efectuează gardă are dreptul la toate sporurile aferente locului de muncă pentru toate orele de gardă efectuate, raportat la timpul astfel lucrat.</b></p>	<p>Orele de gardă efectuate în afara normei legale de muncă au caracterul de ore suplimentare, beneficiind de drepturile aferente orelor suplimentare.</p> <p>Și în această situație sunt aplicabile prevederile art. 2, alin. 1 din prezenta Anexă, fiind vorba tot de lucrul în zilele de sărbătoare. Acordarea acestui spor are la bază identitatea de rațiune între cele două prevederi</p> <p>Propunerea este coerentă cu propunerile anterioare, salariații care efectuează gardă având dreptul la toate sporurile aferente locului și timpului de muncă, indiferent dacă este vorba de gardă efectuate în cadrul normei legale de muncă sau în afara acesteia.</p>

<p>(3) Procentul concret al sporului prevăzut la alin. (2) și (3) se aprobă trimestrial de comitetul director.</p> <p>(4) Medicii care nu au contract individual de muncă cu unitatea sanitară care organizează serviciul de gardă și care la nivelul acestei unități desfășoară activitate numai în linia de gardă vor încheia cu această unitate sanitară publică un contract individual de muncă cu timp parțial pentru activitatea prestată în linia de gardă și vor beneficia numai de drepturile aferente activității prestate în linia de gardă, stabilite conform prevederilor acestui articol. Salariul de bază se stabilește pentru funcția și gradul profesional în care aceștia sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății, corespunzător vechimii în muncă și se utilizează pentru stabilirea tarifului orar.</p> <p>(6) Medicii care sunt nominalizați să asigure asistența medicală de urgență, prin chemări de la domiciliu, vor fi salariați pentru perioada în care asigură garda în care asigură garda la domiciliu cu un venit determinat în funcție de 40% din salariul de bază și numărul de ore cât asigură garda la domiciliu.</p>	<p>(4) Procentul concret al sporului prevăzut la alin. (2) se aprobă trimestrial de comitetul director.</p> <p>(6) Medicii care sunt nominalizați să asigure asistența medicală de urgență, prin chemări de la domiciliu, vor fi salariați pentru perioada în care asigură garda la domiciliu cu un venit determinat în cuantum de <b>40% din tariful orar aferent salariului de bază, raportat la numărul de ore cât asigură garda la domiciliu. Lipsa răspunsului la solicitări sau ne reprezentarea la solicitări constituie abateri disciplinare.</b></p>	<p><b>Clarificăm și argumentăm situația în Anexa nr. 2 la prezentul material.</b></p> <p><i>Propunerea este coerentă cu propunerile anterioare, singurul spor ce poate fi stabilit fiind cel de ore suplimentare.</i></p> <p><i>Pentru a elimina ambiguitățile ce pot determina interpretări eronate.</i></p>
---	---	---

<p>Art. 5. (1) În situația în care medicul de gardă la domiciliu este solicitat pentru a acorda asistență medicală de urgență la nivelul unității sanitare publice și nu poate fi contactat sau nu răspunde solicitării, acesta va fi sancționat prin diminuarea salariului de bază individual cu un procent între 5-10% pe o perioadă de 3 luni, în condițiile legii.</p>	<p>(1) Se elimină.</p>	<p>Obiectul prezentului proiect de lege nu-l constituie stabilirea abaterilor disciplinare și a formelor de sancționare a acestora. Am propus la alin. 6) al art. 3 o formulă mai adecvată.</p>
<p>(2) Gărzile efectuate de medici în afara normei legale de muncă și a programului normal de lucru de la funcția de bază în limita a 48 de ore pe săptămână, care reprezintă durata maximă legală a timpului de muncă, inclusiv orele suplimentare, reprezintă gărzi obligatorii.</p>	<p>(2) Se elimină.</p>	<p>Formulara acestui alineat încalcă prevederile Codului Muncii, respectiv prevederile Directivei 2003/88/EC<sup>1</sup>, care stabilesc două elemente de bază:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Timpul normal de lucru este maxim 40 de ore/săptămână.</li> <li>- Orele suplimentare pot fi făcute doar cu acordul salariatului/partenerilor sociali.</li> </ul> <p>După cum se poate observa, a considera obligatoriu un program de lucru săptămânal de 48 de ore excede cadrul legal, prevederea neputând fi luată în considerare</p> <p>Suplimentar, propunerea nu este coerentă cu prevederile prezentei legi. Astfel, la art. 15 se prevede „(2) Plata muncii prestate peste durata normală a timpului de lucru se poate face numai dacă efectuarea orelor suplimentare a fost dispusă de șeful ierarhic, fără a se depăși 360 de ore anual. În cazul prestării de ore suplimentare peste un număr de 180 de ore anual este necesar acordul sindicatelor reprezentative sau, după caz, al reprezentanților salariaților, potrivit legii.”</p> <p>Demonstrarea erorii poate fi făcută în două variante:</p> <p>a) Dacă ne raportăm la durata programului</p>

<sup>1</sup> A se vedea anexa la prezentul document privind situația juridică a gărzilor medicilor.

<p>(3) Pentru gărzile efectuate peste durata prevăzută la alin. (2) în vedere asigurării continuității asistenței medicale medicii vor încheia cu unitatea sanitară publică un contract individual de muncă cu timp parțial pentru activitatea prestată în linia de gardă și vor beneficia numai de drepturile aferente activității prestată în linia de gardă</p>	<p>(3) Se elimină.</p>	<p>normal de 40 de ore/săptămână și luăm în calcul o durată a CO de 4 săptămâni rezultatul este: (52 (săptămâni) – 4 (CO))*8 ore/săptămână= 384 ore. După cum se poate vedea se depășește durata maximă a orelor suplimentare prevăzute de lege.</p> <p>b) Dacă ne raportăm la durata programului normal de lucru al medicului de 35 ore/săptămână atunci calculul este următorul: (52 (săptămâni) – 4 (CO))*13 ore/săptămână= 624 ore. Este evident că situația este cu atât mai gravă.</p>
<p>Art. 7 (1) În raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea, pot fi acordate, pentru personalul din unitățile sanitare și unitățile medico-sociale <del>salarizate</del> <del>potrivit prezentei anexe</del>, cu respectarea prevederilor legale, următoarele categorii de sporuri:</p> <p>...</p> <p>b) pentru condiții deosebit de periculoase: leprozerii, anatomie patologică, TBC, SIDA, dializă, recuperare neuromuscular și asistență medicală de urgență și transport sanitar, acordată prin serviciile de ambulanță și transport sanitar, acordată prin serviciile de ambulanță</p>	<p>Art. 7 (1) În raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea, pot fi acordate, pentru personalul din unitățile sanitare și unitățile medico-sociale salarizat potrivit prezentei anexe, cu respectarea prevederilor legale, următoarele categorii de sporuri:</p> <p>...</p> <p>b) pentru condiții deosebit de periculoase: leprozerii, anatomie patologică, TBC, SIDA, dializă, recuperare neuromotorie, psihiatrie, neurosihomotorie, asistență medicală de urgență și transport sanitar, acordată prin serviciile de ambulanță și structurile de primire a urgențelor - UPU - SMURD, UPU și CPU -, secții și compartimente de ATI și de terapie intensivă, secții și</p>	<p>Situația nivelului la care trebuie plătite gărzile medicilor am prevăzut-o la articolele anterioare.</p>
<p>Art. 7 (1) În raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea, pot fi acordate, pentru personalul din unitățile sanitare și unitățile medico-sociale <del>salarizate</del> <del>potrivit prezentei anexe</del>, cu respectarea prevederilor legale, următoarele categorii de sporuri:</p> <p>...</p> <p>b) pentru condiții deosebit de periculoase: leprozerii, anatomie patologică, TBC, SIDA, dializă, recuperare neuromuscular și asistență medicală de urgență și transport sanitar, acordată prin serviciile de ambulanță și transport sanitar, acordată prin serviciile de ambulanță</p>	<p>Art. 7 (1) În raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea, pot fi acordate, pentru personalul din unitățile sanitare și unitățile medico-sociale salarizat potrivit prezentei anexe, cu respectarea prevederilor legale, următoarele categorii de sporuri:</p> <p>...</p> <p>b) pentru condiții deosebit de periculoase: leprozerii, anatomie patologică, TBC, SIDA, dializă, recuperare neuromotorie, psihiatrie, neurosihomotorie, asistență medicală de urgență și transport sanitar, acordată prin serviciile de ambulanță și structurile de primire a urgențelor - UPU - SMURD, UPU și CPU -, secții și compartimente de ATI și de terapie intensivă, secții și</p>	<p>Modificarea propusă constituie o adecvare la condițiile concrete, ținând cont de următoarele elemente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nu mai există ramura sanitară, aceasta devenind sector sanitar;</li> <li>- nu sindicatele semnează CCM sector sanitar, ci organizațiile sindicale (federații/confederații);</li> <li>- negocierea sporurilor nu poate fi legată de condiția (facultativă) a unui contract colectiv de muncă;</li> <li>- afilierea echivalează cu reprezentativitatea în cuprinsul legii nr. 62/2011.</li> </ul>

<p>și structurile de primire a urgențelor - UPU - SMURD, UPU și CPU -, secții și compartimente de ATI și de terapie intensivă, secții și compartimente de îngrijiri paleative, secții și compartimente de oncologie medicală, oncologie pediatrica, radioterapie, unitatea de îngrijire a arșilor gravi, personalul încadrat în blocul operator, în punctele de transfuzii din spital, în laboratoarele de cardiologie intervențională, în laboratoarele de endoscopie intervențională, precum și medicii de specialitate de grave și altele asemenea, stabilite de Ministerul Sănătății, cuantumul sporului este de 45 - 85% din salariul de bază. Nivelul sporului se stabilește de conducerea fiecărei unități sanitare cu personalitate juridică de comun acord cu sindicatele reprezentative din unitate, respectiv cu sindicatele afiliate organizațiilor sindicale semnatare ale contractului colectiv de muncă la nivel de sector sanitar sau afiliate la organizații sindicale reprezentative la nivel de sector sanitar/ grup de unități și cu încadrarea în cheltuielile de personal aprobate în bugetul de venituri și cheltuieli;</p>	<p>compartimente de îngrijiri paleative, secții și compartimente de oncologie medicală, oncologie pediatrica, radioterapie, unitatea de îngrijire a arșilor gravi, personalul încadrat în blocul operator, în punctele de transfuzii din spital, în laboratoarele de cardiologie intervențională, în laboratoarele de endoscopie intervențională, precum și medicii de specialitate chirurgicală, epidemii deosebit de grave și altele asemenea, stabilite de Ministerul Sănătății, cuantumul sporului este de 45 - 85% din salariul de bază. Nivelul sporului se stabilește de conducerea fiecărei unități sanitare cu personalitate juridică de comun acord cu sindicatele reprezentative din unitate, respectiv cu sindicatele afiliate organizațiilor sindicale semnatare ale contractului colectiv de muncă la nivel de sector sanitar sau afiliate la organizații sindicale reprezentative la nivel de sector sanitar/ grup de unități și cu încadrarea în cheltuielile de personal aprobate în bugetul de venituri și cheltuieli;</p>
<p>Art. 11 (1)În unitățile sanitare publice din sistemul sanitar promovarea în funcții, grade și trepte profesionale se face potrivit metodologiei legale în vigoare, prin transformarea postului avut într-un post corespunzător promovării. (2)Criteriile privind angajarea și promovarea în funcții, grade și trepte profesionale se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății, de</p>	<p><i>Alineat nou.</i></p> <p>i) categoriile de personal care își desfășoară activitatea în secțiile clinice de reumatologie, modulele de reconstituire substanțe citostatice și personalul de la neutralizatoarele de deșeuri medicale beneficiază de sporul pentru condiții periculoase sau vătămătoare, de până la 15% din salariul de bază.</p> <p>Art. 11 (1)În unitățile sanitare publice din sistemul sanitar promovarea în funcții, grade și trepte profesionale se face potrivit metodologiei legale în vigoare, prin transformarea postului avut într-un post corespunzător promovării. (2)Criteriile privind angajarea și promovarea în funcții, grade și trepte profesionale precum și metodologia de evaluare obiectivă se stabilesc prin ordin al ministrului</p>
<p>Art. 11 (1)În unitățile sanitare publice din sistemul sanitar promovarea în funcții, grade și trepte profesionale se face potrivit metodologiei legale în vigoare, prin transformarea postului avut într-un post corespunzător promovării. (2)Criteriile privind angajarea și promovarea în funcții, grade și trepte profesionale se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății, de</p>	<p>A se vedea observațiile făcute la art. 23 din proiectul de lege și Anexa nr. 1 la prezentul material.</p>

<p>comun acord cu organizațiile sindicale semnatare ale contractului colectiv de muncă la nivel de ramură sanitară.</p>	<p><b>sănătății, de comun acord cu organizațiile sindicale semnatare ale contractului colectiv de muncă la nivel de sector sanitar.</b></p>	
<p><b>ARTICOL NOU</b> Începând cu data de 1 ianuarie 2016 personalul din sistemul sanitar, din unitățile de asistență medico-socială, dispensarele medicale școlare și asistența medicală comunitară, inclusiv din unitățile aflate în subordinea directă a Ministerului Sănătății care beneficiază de un cuantum al salariilor de bază și al sporurilor mai mici decât cele stabilite la nivel maxim din cadrul aceleiași instituții sau din cadrul unor instituții de nivel similar, pentru fiecare funcție/grad/treaptă va fi salarizat la nivelul maxim dacă își desfășoară activitatea în aceleași condiții.</p>	<p><b>ARTICOL NOU</b> Începând cu data de 1 ianuarie 2016 personalul din sistemul sanitar, din unitățile de asistență medico-socială, dispensarele medicale școlare și asistența medicală comunitară, inclusiv din unitățile aflate în subordinea directă a Ministerului Sănătății care beneficiază de un cuantum al salariilor de bază și al sporurilor mai mici decât cele stabilite la nivel maxim din cadrul aceleiași instituții sau din cadrul unor instituții de nivel similar, pentru fiecare funcție/grad/treaptă va fi salarizat la nivelul maxim dacă își desfășoară activitatea în aceleași condiții.</p>	<p>Forma inițială ratează existența unor unități sanitare în cadrul cărora toate salariile sunt mai mici decât nivelul maxim, ca efect al constrângerilor bugetare din anul 2009.</p> <p>Completarea propusă satisface cerințele solicitărilor noastre insistente privind eliminarea discriminărilor salariale.</p>
<p>Art. 16 (propunere de introducere a unui nou articol)</p>	<p><b>Art. 16</b>  <b>(1)</b> Prin aplicarea principiilor stabilite la alin. 3 și 4 ale art. 12 din Lege, principiul formării profesionale universitare într-un termen de 5 ani se aplică și personalului de execuție din sănătate cu nivel de studii postliceală dar care ocupă posturi ce au atribuții identice cu posturile corespunzătoare studiilor superioare.  <b>(2)</b> Asistențele medicale cu studii postliceale (efectuate sau echivalente) sau superioare de scurtă durată care ocupă posturi cu atribuții identice cu cele ale asistentelor medicale cu studii superioare beneficiază de salarizarea corespunzătoare studiilor superioare pe o perioadă tranzitorie de maxim 5 ani.  <b>(3)</b> Persoanele care la data intrării în vigoare a prezentei legi ocupă funcții în condițiile prevăzute la alin. (2) vor beneficia de o perioadă tranzitorie de 5 ani în care să</p>	<p>Propunerea de introducere a acestui articol se bazează pe două principii fundamentale:</p> <p>a) principiul „La muncă egală, salariu egal”, consfințit de dreptul muncii.</p> <p>b) Principiul admiterii unor derogări temporare de la nivelul de studii în condițiile unor atribuții identice, introdus prin alin. 3-4 ale art. 12 din prezentul proiect de lege.</p> <p>Având în vedere că asistenții medicali din Direcțiile de Sănătate Publică au o specialitate, respective igienă și sănătate publică, care nu se regăsește în</p>

<sup>2</sup> Introducerea acestui articol a fost propusă de Ministerul Sănătății, fiind susținută de noi cu modificările și completările precizate.

	<p>obțină nivelul de studii prevăzut de lege pentru exercitarea funcției de asistentă medicală cu studii superioare. După această dată, în cazul în care condițiile de studii nu sunt îndeplinite, persoanele respective vor fi încadrate pe funcții de execuție corespunzătoare nivelului de pregătire existente în statul de funcții al ordonatorului de credite.</p> <p>(4) Personalul medical încadrat ca asistent medical cu studii postliceale pentru care nu există formă de învățământ SSD sau S sau pentru care există doar SSD, va fi încadrat ca asistent medical cu studii superioare, funcție de execuție sau de conducere, urmând ca în 5 ani să se găsească posibilitatea legală de echivalare cu studiile universitare superioare de lungă durată.</p>	<p>specializările colegiilor și facultăților din România și/sau oferta universitară este insuficientă, pentru reglementarea dreptului de a promova în propria profesie prin formare profesională universitară; de asemenea, pentru a permite și personalului de execuție dintr-un domeniu deficitar ca încadrare cu resurse umane, să poată beneficia de dreptul la carieră și dreptul la susținere salarială pentru completarea studiilor necesare, stimulând în același timp educația continuă la nivelul maxim acceptat la acest moment; de asemenea, nu este echitabil să aplici aceste principii doar funcțiilor de conducere, sănătatea fiind un domeniu prioritar pentru echitate și bună guvernare.</p>
--	--	---

## Grila de salarizare - Anexa nr. III - FAMILIA OCUPAȚIONALĂ DE FUNCȚII BUGETARE "SĂNĂTATE"

### Grila de salarizare medici primari

- Punctul de orientare al grilei îl constituie salarizarea medicului primar, ea definind nivelul maxim de salarizare pentru funcțiile de execuție în sistemul sanitar.
- Introducerea unei clase de salarizare suplimentare pentru medici: studii superioare de foarte lungă durată și formare postuniversitară obligatorie (tip rezidențiat).
- Nivelul de salarizare al medicilor primari trebuie să fie la nivelul indemnizației judecătorilor, procurorilor magistraților (asistentele medicale la nivelul propus pentru medici), toate funcțiile trebuind rearanjate în funcție de nivelul de salarizare al acestora.
- Este inacceptabilă formula actuală, în care salariul maxim al unui medic primar este sub nivelul indemnizației unui judecător/procuror stagiar.
- Este inadmisibil ca un medic primar să aibă salariul mai mic decât un inspector de probațiune și chiar decât un consilier de probațiune (gradul I-II).

Câteva argumente:

- Formarea medicilor are cea mai mare durată din toate profesiile din țară.



- Formarea medicilor are o durată incomparabil mai mare decât cea a magistraților
- Argumentul creșterii indemnizației magistraților ca formă de luptă împotriva corupției poate fi interpretat sub forma:  
creșterea salariilor medicilor ca formă de luptă împotriva plăților informale.
- În timp ce magistrații se ocupă de „sănătatea societății” medicii se ocupă de sănătatea membrilor societății
- Medicii suportă riscul erorilor profesionale (malpraxisul) în timp ce magistrații nu au un astfel de risc.

Argumentarea de mai sus este valabilă pentru toate categoriile de personal medical, nefiind necesară reluarea ei.

În aceste condiții, considerăm că grila de salarizare propusă pentru *Anatomia patologică și medicina legală (punctul a.2 Anatomia patologică și medicina legală)* este cea mai aproape de satisfacerea tuturor condițiilor amintite, motiv pentru care vă solicităm ca ea să fie aplicabilă întregului sector sanitar. Această grilă trebuie aplicată pentru punctul *a.4 Unități sanitare, cu excepția celor cuprinse în unități clinice, și unități de asistență medico-socială*, restul categoriilor de unități sanitare urmând să beneficieze de o reșezare proporțională. Cu alte cuvinte, nivelul bazal de salarizare pentru sectorul sanitar trebuie să-l constituie grila de salarizare propusă în proiectul de lege pentru *Anatomia patologică și medicina legală*, acesta aplicându-se la unitățile sanitare altele decât cele clinice, salariații din celelalte unități sanitare beneficiind de o creștere proporțională raportat la această grilă.

Având în vedere contextul actual, caracterizat de numeroase nemulțumiri și proteste ale salariaților, considerăm că această variantă este cea mai apropiată de satisfacerea la nivel minim a solicitărilor.

**Salarizarea personalului din secțiile/compartimentele ATI/TI la același nivel cu personalul din compartimente de primiri urgențe**

Având în vedere complexitatea activităților medicale în cadrul secțiilor/compartimentelor ATI/TI, precum și caracterul complementar al celor două compartimente, propunem și susținem ca personalul care își desfășoară activitatea în secțiile ATI/TI să fie salarizat la același nivel cu personalul din compartimentele UPU-SMURD, UPU, CPU.

*De lege ferenda*, considerăm necesară specializare funcțiilor considerate la ora actuală comune din sectorul sanitar, având în vedere problematica specifică cu care se confruntă în activitatea desfășurată. În acest sens, schimbarea denumirii acestor funcții, dublată de adecvarea atribuțiilor la specificul activității din acest sector și de o salarizare dimensionată conform nivelului și specificului salarizării din acest sector, trebuie să constituie priorități ale reformei. Aceste măsuri trebuie să vizeze, simultan, crearea unor corpuri profesionale specifice, care să contribuie la mai buna funcționare a unităților sanitare.

Solicităm precizarea situației sporurilor aplicabile în sectorul sanitar încă de la momentul finalizării proiectului de lege, acesta având un impact major asupra veniturilor totale la care vor avea dreptul salariații. Totodată, considerăm necesară introducerea personalului nemedical (TESA) în categoria personalului care beneficiază de sporuri pentru condiții deosebite specifice secțiilor, compartimentelor, laboratoarelor etc. cu care acest personal intră în contact. În acest sens, vă rugăm să ne comunicați modalitatea în care sporurile actuale se vor regăsi în viitorul sistem de salarizare!

Precizăm că aceste propuneri au caracter de solicitări oficiale ale Federației „Solidaritatea Sanitară” din România adresate în procesul negocierii proiectului de lege a salarizării bugetarilor, neonorarea lor cel puțin într-o formă acceptabilă, acceptată de noi, constituind premisele unui conflict colectiv de muncă.

**23.09.2015**

Președinte,  
Rotiță Viorel



The seal of the Romanian Sanitary Federation (Federația Solidaritatea Sanitară din România) is circular. It features a central emblem with a stylized human figure and a caduceus-like symbol. The text around the emblem reads "FEDERAȚIA SOLIDARITATEA SANITARA" at the top and "din România" at the bottom.

Prezentul document trimite la următoarele documente pe care le-am transmis către instituția dvs. în cadrul unor adrese anterioare:

- Anexa nr. 1 Metodologia de evaluare obiectivă a personalului
- Anexa nr. 2 Demonstrarea faptului că orele de gardă efectuate de medici constituie timp de lucru și trebuie plătite cu toate drepturile aferente
- Anexa nr. 3: Demonstrarea necesității obiective ca asistentele medicale fără studii superioare trebuie salarizate în funcție de atribuții, la nivele comparative cu asistentele medicale cu studii superioare, pentru o perioadă de cel puțin 5 ani.

# FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA



Membră a CNS „Cartel Alfa”,  
afiliată la EUROFEDOP  
Site: [www.solidaritatea-sanitara.ro](http://www.solidaritatea-sanitara.ro)  
E-mail: [solidaritateasanitara@yahoo.fr](mailto:solidaritateasanitara@yahoo.fr)

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



Către:

Ministerul Sănătății

Domnului Nicolae Bănicioiu, Ministru

*Stimate domnule Ministru,*

Analizând propunerile de modificări legislative prezentate public de dvs., Federația „Solidaritatea Sanitară” din România consideră că acestea nu reprezintă soluții de creștere a salariilor angajaților din sectorul public de sănătate, antrenând totodată o serie de efecte negative asupra pacienților și salariaților.

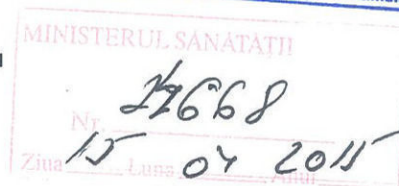
*Proiectul de lege cu privire la prestarea de servicii și acte medicale la cererea pacientului, în spitalele publice, considerat drept o măsură destinată creșterii salariilor angajaților din sistemul sanitar are drept efect altceva decât creșterea salariilor, respectiv: legalizarea plăților informale; plata suplimentară pentru activitatea (suplimentară) desfășurată de medici, în regim privat, în spitalele publice; posibilitatea finanțării unor creșteri salariale de către autoritățile locale.*

Pentru argumentarea poziției noastre anexăm o scurtă analiză de impact a proiectului de lege.

Considerăm regretabil faptul că nu am fost consultați privind acest proiect, prin introducerea lui direct în Parlament. Consultarea noastră privind acest proiect de lege ar fi condus la eliminarea numeroaselor erori pe care le conține.

**Federația „Solidaritatea Sanitară” solicită creșterea salariilor tuturor angajaților din unitățile sanitare publice, aceasta trebuind să fie realizată în baza activității din cadrul programului normal de lucru, prin finanțarea adecvată a spitalelor publice. Cu alte cuvinte, creșterea, justificată, a veniturilor salariaților din Sănătate trebuie realizată pentru activitatea desfășurată în cadru normei de bază din spitalele publice. În acest sens, solicităm următoarele măsuri de reformă:**

- Creșterea procentului acordat spitalelor publice la 60% din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate;
- Introducerea asigurărilor complementare de sănătate, care să asigure finanțarea serviciilor medicale publice care nu sunt decontate din pachetul de bază;



- O lege de salarizare a angajaților din sectorul sanitar, care să aibă la bază salariile minime din Sănătate (la un nivel echivalent celui prevăzut de Legea 284/2010) și salarizarea suplimentară în funcție de performanță;
- Scoaterea salariaților din unitățile sanitare, care realizează venituri prin contractele cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, din categoria salariaților bugetari.

Poziția și solicitările Federației „Solidaritatea Sanitară”, înaintate Ministerului Sănătății, vor fi susținute de reprezentanții organizației care vor fi prezenți la întâlnirea care are loc astăzi, 15.04.2015, la Palatul Victoria.

Cu stimă,

Președinte,  
Rotilă Viorel



## Anexă

### Scurtă analiză a impactului proiectului de lege

Analiza proiectului de lege și a fundamentării acestuia arată faptul că nu este vorba de o creștere salarială, ci de posibilitatea unor creșteri salariale (neseemnificative) pentru unii salariați, la care se adaugă o serie de efecte negative majore atât asupra pacienților cât și asupra salariaților.

#### 1. Legalizarea plăților informale (art. 12)

Este o măsură imorală, ce conduce la câteva inegalități majore:

- **Inegalitatea accesului cetățenilor la serviciile medicale.** Este ușor de anticipat segregarea în funcție de venit indusă în rândul pacienților: pacienții care au venituri vor putea accesa medici cu reputație (care vor fi ocupați doar cu astfel de cazuri) în timp ce pacienții fără venituri vor avea acces doar la restul medicilor. Luând în considerare ipoteza (destul de probabilă) în care reputația unui medic este direct corelată cu performanțele sale profesionale și cu experiența/vechimea în sistem, este evidentă preferința pacienților care au resurse financiare pentru plata onorariilor pentru a fi tratați la medicii cu experiență și cu performanțe, în timp ce pacienții fără resurse financiare vor avea acces doar la medicii cu puțină experiență. În fiecare dintre situații însă pacienții ar trebui să aibă aceleași drepturi în calitate de asigurați. De asemenea, trebuie luat în considerare riscul major ca posibilitatea onorariului să tindă către transformarea lui în obligație, fapt care va accentua aceste inegalități.
- **Inegalitatea accesului medicilor la un astfel de „beneficiu”; efectul vedetei (I):**
  - Alături de reputație, adresabilitatea unui medic depinde de o serie de alte variabile cum ar fi: locul pe care-l ocupă în ierarhia organizației (cadrele didactice universitare și șefii de secții având un avantaj major), strategia de marketing de care a beneficiat, accesul la aparatura medicală performantă și la materialele și medicamentele necesare pentru a trata pacienții, tipul spitalului etc. Toate aceste variabile intervin în generarea unor inegalități majore între medici în ceea ce privește posibilitatea de a beneficia de onorariu.
  - Nu toți medicii au contact direct și permanent cu pacienții. Cu alte cuvinte, din echipa care tratează pacientul fac parte mai mulți medici.
- **Inegalitatea accesului întregii echipe medicale la recompensă; efectul vedetei (II):** Este o măsură de tipul „vedeta ia totul”, ratând faptul că un pacient este tratat și îngrijit de o echipă medicală complexă, din care fac parte, alături de medici, asistente medicale și alte categorii de personal. Scenariul unei adresabilități semnificative a unora dintre medici scoate în evidență faptul că echipele care vor lucra cu acești medici tind să fie supra-aglomerate, pentru a face față solicitărilor, în condițiile în care doar șeful echipei beneficiază de onorariu.

În mod evident, o astfel de măsură nu reprezintă o creștere salarială pentru toți angajații din sectorul sanitar, ci introducerea posibilității obținerii unui onorariu de către unii medici.

## 2. **Plata suplimentară pentru activitatea (suplimentară) desfășurată de medici în spitalele publice, în regim privat, în afara programului normal de lucru.**

- Această inițiativă nu ține cont de realitățile sistemului sanitar. Am arătat în mod repetat Ministerului Sănătății că medicii din spitalele publice lucrează deja peste programul normal de lucru, ajungând uneori și la echivalentul a două norme. Așa cum am demonstrat, obligarea medicilor la un astfel de program prelungit încalcă prevederile Directivei privind timpul de muncă, la ora actuală România aflându-se într-o stare de ilegalitate raportat la prevederile (obligatorii) aplicabile în spațiul Uniunii Europene. Or, introducerea unei alte activități suplimentare în acest context va agrava și mai mult această situație.
- În contextul unui deficit de personal de notorietate, ce are ca efect desfășurarea a numeroase ore suplimentare (neplătite) de către medici, asistentele medicale și alte categorii de personal din spitalele publice pentru susținerea activității curente, introducerea unei alte activități suplimentare conduce la accentuarea uzurii personalului, fiind astfel susceptibilă de a nu putea fi pusă în practică. În mod inevitabil, accentuarea uzurii prin creșterea programului de lucru corelează cu scăderea calității serviciilor medicale, fapt demonstrat deja de realitățile sistemului medical românesc și de studiile occidentale în domeniu.
- În mod clar nu este vorba de o creștere salarială, ci de plata suplimentară pentru activitatea suplimentară. Medicii au deja acest drept, putând lucra la ora actuală în afara programului normal de lucru în sectorul privat. Cu alte cuvinte, în mod practic medicilor li se dă un drept pe care-l au deja, exercitarea lui ținând de un efort personal suplimentar.
- Exemplul Franței demonstrează că de introducerea practicii private în spitalele publice beneficiază doar cca. 7% dintre medicii din aceste spitale. Suplimentar, trebuie să luăm în considerare diferența dintre veniturile cetățenilor din Franța comparativ cu cei din România, care tinde să reducă acest procent și mai mult.
- Finanțarea serviciilor medicale private în spitalele publice de către cetățeni nu este sustenabilă din punct de vedere economic, având în vedere posibilitățile financiare extrem de reduse ale cetățenilor. Ea ar putea avea câteva șanse de reușită doar în condițiile introducerii asigurărilor complementare de sănătate, care ar trebui să preceadă practica privată în spitalele publice.
- Finanțarea dezastruoasă a spitalele publice, cu mult sub nivelul de cost al serviciilor medicale prestate, vizibilă la ora actuală, generează incapacitatea acestora de a asigura resursele materiale și umane necesare pentru tratarea pacienților asigurați. În acest condiții, diferențele dintre calitatea serviciilor medicale acordate în „regim public” și a celor acordate în regim privat vor fi foarte mari, spitalele tinzând să impulsioneze pacienții către tratarea în regimul privat. În felul acesta, calitatea de asigurat a pacienților suferă o alterare suplimentară, ea nefiind luată în considerare în momentul în care aceștia accesează serviciile

private. În acest sens, trebuie reținut faptul că formularea proiectului de lege se referă la *servicii medicale la cererea pacientului/reprezentantului său legal* și nu la *servicii medicale la cererea pacientului/reprezentantului său legal care nu sunt decontate din pachetul de bază*, așa cum este normal.

- Proiectul de lege nu ține cont de calitatea de asigurat al sistemului public de asigurări sociale de sănătate, pe care o au majoritatea pacienților (a se vedea argumentul anterior și art. 5). În mod evident, un pacient asigurat nu poate fi obligat să plătească totalitatea serviciilor medicale în momentul în care ar prefera tratamentul în regim privat în spitalul public, ci doar diferența dintre ceea ce decontează deja sistemul public de asigurări de sănătate și costul total al serviciilor medicale de care beneficiază.
  - Raportat la filosofia pachetului de bază, stipulată (doar) ca principiu în prevederile legale în vigoare, pentru pacienții asigurați pot face obiectul unor servicii medicale plătite în spitalele publice doar serviciile medicale ce nu sunt decontate în cadrul pachetului de bază, respectiv serviciile medicale complementare/suplimentare pachetului de bază. Cu alte cuvinte, aceste servicii trebuie să vină în completarea celor la care deja pacientul are deja dreptul în sistemul public de sănătate, ele putând fi acordate/prestate în cadrul programului normal de lucru, având în vedere că diagnosticul și tratamentul complet al unui pacient nu poate fi scindat în două programe de lucru diferite.
3. **Posibilitatea finanțării unor creșteri salariale de către autoritățile locale.** (Menționăm că această posibilitate nu este inclusă în proiectul de lege, însă este menționată în fundamentarea actului normativ).
- Constituie o formă de pasare a responsabilității privind salarizarea personalului de la autoritățile centrale către autoritățile locale, în condițiile în care finanțarea spitalelor publice se face predominant prin intermediul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, adică prin intermediul unor mecanisme de la nivel central.
  - La o analiză globală, putem considera că bugetele autorităților locale nu permit finanțarea unor creșteri salariale în unitățile sanitare din subordine.
  - Excepțiile de la această regulă sunt relativ puține, ținând de diferențele de dezvoltare dintre regiuni. Însă, tocmai această variabilă este de natură să accentueze inegalitățile existente în sistemul sanitar, în condițiile în care asistăm deja la o concentrare a resurselor medicale în regiunile mai dezvoltate, în defavoare restului regiunilor. Cu alte cuvinte, sistemul sanitar este deja marcat de o reducere a accesului pacienților la servicii medicale performante în regiunile mai slab dezvoltate.
  - Posibilitatea nu înseamnă și obligația. În condițiile în care nu sunt prevăzute mecanisme de negociere între organizațiile sindicale și reprezentanții autorităților locale privind creșteri salariale, respectiv regulile aplicabile acestora, această posibilitate rămâne doar la nivelul teoretic.

# O argumentație juridică privind eliminarea discriminărilor salariale în sectorul sanitar

**Rotilă Viorel**

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

[viorelrotila@yahoo.com](mailto:viorelrotila@yahoo.com)

## Abstract

Având în vedere faptul că rezultatele cercetărilor *noastre* au indicat faptul că existența discriminărilor salariale afectează aproape jumătate dintre respondenți, demonstrarea juridică a dreptului de a nu fi discriminați din acest punct de vedere constituie un important sprijin pentru angajații/angajatele din sănătate. Din aceste considerente, în rândurile de mai jos demonstrăm juridic faptul că Legea 71/2015 elimină discriminările salariale din întregul sector bugetar. Suplimentar, considerăm că eliminarea discriminărilor salariale este posibilă și în contextul prevederilor legale anterioare apariției Legii nr. 71/2015, salariații aflați în această situație având dreptul la despăgubiri.

Keywords: *discriminări salariale, legea 71/2015, sănătate.*

## I. Eliminarea discriminărilor salariale în sectorul sanitar în baza prevederilor legii nr. 71/2015

OUG nr. 83/2014, așa cum a fost aprobată (cu modificări și completări) prin Legea nr. 71/2015 prevede la art. 1, alin. 5.1 următoarele:

*(5<sup>1</sup>) Prin excepție de la prevederile alin. (1) și (2), personalul din aparatul de lucru al Parlamentului și din celelalte instituții și autorități publice, salarizat la același nivel, precum și personalul din cadrul Consiliului Concurenței și al Curții de Conturi, inclusiv personalul prevăzut la art. 5 din aceste instituții, care beneficiază de un quantum al salariilor de bază și al sporurilor mai mici decât cele stabilite la nivel maxim în cadrul aceleiași instituții sau autorități publice pentru fiecare funcție/grad/treaptă și gradație, va fi salarizat la nivelul maxim dacă își desfășoară activitatea în aceleași condiții. (s.n.)*

Raportat la aceste prevederi se ridică următoarele întrebări:

1. Sunt aplicabile aceste prevederi tuturor salariaților din unitățile bugetare?
2. Dacă sunt aplicabile, care sunt salariații care ar trebui să beneficieze de ele?
3. Dacă sunt aplicabile și stabilim care sunt salariații vizați, cum ar trebui să beneficieze, respectiv care sunt salariile de referință: salariile de la nivelul unității sau salariile de la nivelul sectorului?

Răspunsurile noastre, bazate pe interpretarea actelor normative, sunt următoarele:

**1. Prevederile art. 1, alin. 5.1 din OUG 83/2014 (completată și aprobată prin Legea 71/2015) se aplică tuturor salariaților din sectorul bugetar. În acest sens, indicăm următoarele argumente:**



## **1.1. Interpretarea sistematică:**

Pentru a stabili domeniul de aplicare a aliniatului în discuție este necesară identificarea sensului formulei „și din celelalte instituții și autorități publice”. Considerăm că stabilirea înțeleșului pe care legiuitorul l-a avut în vedere se face prin raportare la legea cadru privind salarizarea personalului bugetar (Legea nr. 284/2010).

**Legea 284/2010** stabilește la art. 2 domeniul de aplicare al acesteia, astfel:

**(1)** Dispozițiile prezentei legi se aplică:

**a)** *personalului din autorități și instituții publice, respectiv Parlamentul, Administrația Prezidențială, autoritatea judecătorească, Guvernul, ministerele, celelalte organe de specialitate ale administrației publice centrale, autorități ale administrației publice locale, alte autorități publice, autorități administrative autonome, precum și instituțiile din subordinea acestora, finanțate integral din bugetul de stat, bugetele locale, bugetul asigurărilor sociale de stat, bugetele fondurilor speciale;*

**b)** *personalului din autorități și instituții publice finanțate din venituri proprii și subvenții acordate de la bugetul de stat, bugetele locale, bugetul asigurărilor sociale de stat, bugetele fondurilor speciale;*

**c)** *personalului din autoritățile și instituțiile publice finanțate integral din venituri proprii;*

**d)** *persoanelor care sunt conducători ai unor instituții publice în temeiul unui contract, altul decât contractul individual de muncă.*

**(2)** *Dispozițiile prezentei legi nu se aplică Băncii Naționale a României, Comisiei Naționale a Valorilor Mobiliare, Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor și Comisiei de Supraveghere a Sistemului de Pensii Private.*

**(3)** *Intră în categoria personalului din sectorul bugetar personalul încadrat pe baza contractului individual de muncă, personalul care ocupă funcții de demnitate publică și personalul care ocupă funcții asimilate funcțiilor de demnitate publică, precum și personalul care beneficiază de statute speciale, inclusiv funcționarii publici și funcționarii publici cu statut special.*

Prima observație este că acest articol este singurul care stabilește domeniul de aplicare a legii, interpretarea făcându-se „fără rest sau excepții”. Din această perspectivă, după cum se poate observa, legiuitorul folosește sintagma *personalul din autorități și instituții publice* într-un sens general, desemnând totalitatea angajaților/personalului din sectorul bugetar. Ceea ce înseamnă că prevederile art. 1 alin. 5.1 din OUG 83/2014 (completată și aprobată prin Legea nr. 71/2015) se aplică tuturor salariaților din sectorul bugetar.

## **1.2. Interpretarea logică**

### **1.2.1. Interpretarea logică ”reductio ad absurdum<sup>1</sup>”:**

Dacă presupunem interpretarea contrară, respectiv că prevederile alin. 5.1 din art. 1 al OUG 83/2014 (completată și aprobată prin Legea 71/2015) se aplică doar unei anumite categorii de salariați din sectorul bugetar, prevăzuți în Legea 284/2010, atunci sunt posibile două consecințe:

- Fie legiuitorul ar fi recunoscut discriminarea salarială doar pentru anumite categorii de salariați din sectorul bugetar și ar fi eliminat-o prin Legea 71/2015. Această variantă ar presupune că legiuitorul a asumat încălcarea principiului egalității de tratament față de toți salariații, prevăzut de art. 5 din Codul Muncii, ceea ce este absurd.

- Fie legiuitorul ar fi recunoscut discriminarea salarială pentru toți angajații din sectorul bugetar dar ar fi dispus eliminarea ei doar pentru anumite categorii de salariați. Și această varian-

---

<sup>1</sup> ”Reductio ad absurdum” – ”Procedeul reducerii la absurd”.

tă ar presupune că legiuitorul a asumat încălcarea principiului egalității de tratament față de toți salariații, prevăzut de art. 5 din Codul Muncii, ceea ce este absurd.

### **1.2.2. Interpretarea logică: Nu este posibilă o altă interpretare, per a contrario, aceasta este interpretarea corectă.**

Dacă vom presupune o altă interpretare, respectiv că prevederile alin. 5.1 din art. 1 al OUG 83/2014 se aplică doar unei anumite categorii de salariați din sectorul bugetar, prevăzuți în Legea 284/2010, putem constata că nu pot fi identificate anumite categorii de salariați din sectorul bugetar, excluzând alte categorii, deoarece formulării acestui alineat (*personalul ... din celelalte instituții și autorități publice*) nu-i corespunde nicio anexă din Legea 284/2010, respectiv nicio familie ocupațională sau categorie profesională, în condițiile în care anexele structurează salariații din sectorul bugetar pe diferite categorii. Singura excepție o constituie „ANEXA nr. VI-II: REGLEMENTĂRI SPECIFICE personalului din autoritățile și instituțiile publice finanțate integral din venituri proprii ...”. După cum se poate observa, subiecții acestei anexe constituie o parte bine identificată (*autoritățile și instituțiile publice finanțate integral din venituri proprii*) din categoria generală *instituții și autorități publice*. Este evident că nu doar la această categorie se referă alin. 5.1 în discuție, având în vedere diferența specifică (*finanțate integral din venituri proprii*). *Per a contrario*, singura interpretare posibilă este prin raportare la alin. 2 al Legii 284/2010, pe care am indicat-o la punctul a).

### **1.3. Principiul interpretării în limitele legii („Ubi lex non distinguit, nec nos distinguere debemus”<sup>2</sup>)**

Formularea juridică cu caracter general „*personalul .... din celelalte instituții și autorități publice*” vizează toate categoriile de personal care se încadrează în această definiție, fără a crea distincții între ele. Prin aplicarea principiului de drept „Ubi eadem est ratio, eadem solutio esse debet” (unde se aplica același raționament, se aplică aceeași soluție) se dovedește irefutabil faptul că intenția legiuitorului este ca **personalul** din aparatul de lucru al Parlamentului și **din celelalte instituții și autorități publice, salarizat la același nivel**, precum și personalul din cadrul Consiliului Concurenței și al Curții de Conturi, inclusiv personalul prevăzut la art. 5 din aceste instituții, **care beneficiază de un quantum al salariilor de bază și al sporurilor mai mici decât cele stabilite la nivel maxim în cadrul aceleiași instituții sau autorități publice pentru fiecare funcție/grad/treaptă și gradație, să fie salarizat la nivelul maxim dacă își desfășoară activitatea în aceleași condiții.** (s.n.)

### **1.4. Aplicarea metodei istorice**

Istoria apariției actului normativ indică cu prisosință intenția inițiatorilor proiectului/amendamentelor ca textul de lege să elimine discriminarea salarială din sistemul bugetar. În acest sens trebuie reținute următoarele:

- Inițiatorul acestui alineat (amendamentul la OUG nr. 83/2014) în Camera Deputaților, deputatul Adrian Solomon, a adus următoarea motivare pentru introducerea lui: „*Pentru clarificarea textului și eliminarea discriminării între persoane care ocupă aceleași funcții, în aceleași condiții de studii și vechime.*”<sup>3</sup> Observăm că, în motivarea sa, inițiatorul face o referire cu carac-

---

<sup>2</sup> *Ubi lex non distinguit, nec nos distinguere debemus* – acolo unde legea nu distinge, nici noi nu trebuie să distingem.

<sup>3</sup> Camera Deputaților, Raportul comun asupra proiectului de lege, <http://www.cdep.ro/comisii/munca/pdf/2015/rp191.pdf>

ter general la discriminare (*persoane care ocupă aceleași funcții, în aceleași condiții de studii și vechime*), fără a limita la anumite sectoare sau zone bugetare).

- Inițiatorul acestui aliniat (amendamentul la OUG nr. 83/2014) în Senat, senatorul Liviu Marian Pop, a adus următoarea motivare pentru introducerea lui: *Pentru eliminarea discriminărilor apărute ca urmare a evoluției legislative necorelate cu realitatea.*<sup>4</sup> Argumentele de mai sus sunt aplicabile astfel și în acest caz.

Suplimentar, chiar dacă am admite această intenție a legiuitorului doar față de o anumite speță, în timp ce situația este aplicabilă întregului sector bugetar, suntem în situația aplicabilității unui principiu de drept: „*Ubi eadem est ratio eadem solutio esse debet*”<sup>5</sup>. Cu alte cuvinte, legiuitorul nu poate admite discriminarea în general și s-o rezolve doar într-un domeniu limitat deoarece se pierde caracterul sistematic al unei intervenții și se accentuează aspectul de discriminare față de zonele în care nu ar fi intervenit.

## **2. Aplicabilitatea prevederilor art. 1, alin. 5.1 al OUG 83/2014 (completată și aprobată prin Legea 71/2015) se aplică tuturor salariaților din sectorul bugetar**

**Prevederile art. 1, alin. 5.1 al OUG 83/2014 (completată și aprobată prin Legea 71/2015) se aplică tuturor salariaților din sectorul bugetar care beneficiază de un quantum al salariilor de bază și al sporurilor mai mici decât cele stabilite la nivel maxim în cadrul aceleiași instituții sau autorități publice pentru fiecare funcție/grad/treaptă și gradație.** Cu alte cuvinte, toți salariații care au salariul mai mic decât colegii lor care îndeplinesc aceleași condiții. Ceea ce înseamnă că și toți salariații din Sănătate care se află într-o astfel de situație.

O lămurire suplimentară în același sens considerăm că este furnizată de prevederile art. 5, alin. 1.<sup>1</sup> din OUG nr. 83/2014 (completată și aprobată prin Legea 71/2015):

*Prin nivel de salarizare în plată pentru funcțiile similare se înțelege același quantum al salariului de bază cu cel al salariaților având aceeași funcție, în care au fost incluse, după data de 31 decembrie 2009, sumele aferente salariului de încadrare, precum și sumele aferente sporurilor de care au beneficiat înainte de această dată, dacă salariatul angajat, numit sau promovat îndeplinește aceleași condiții de studii - medii, superioare, postuniversitare, doctorale, de vechime și își desfășoară activitatea în aceleași condiții, specifice locului de muncă la data angajării sau promovării.*

După cum putem constata, referința o constituie *nivel de salarizare în plată pentru funcțiile similare*.

## **3. Conceptul de ”salarizare maximă”. Prin salarizare maximă se înțelege nivelul maxim al salariului la nivelul cel mai general stabilit de lege.**

În acest sens, trebuie reținute următoarele argumente:

Formularea din alin. 5.1, art. 1 al OUG nr. 83/2014 (completată și aprobată prin Legea 71/2015) este: ” ... în cadrul aceleiași instituții sau autorități publice”. Interpretarea sensului acestei formulări poate fi făcută (doar) prin trimitere la art. 2, lit. a) din Legea nr. 284/2010.

O mare parte din unitățile bugetare fac parte din a doua categorie, *instituțiile din subordinea acestora*. Dacă legiuitorul ar fi dorit ca în cadrul procesului de eliminare a discriminărilor salariale referința pentru salariul maxim s-o constituie salariile maxime de la nivelul unităților ar fi făcut acest lucru referindu-se la a doua categorie, respectiv cea a instituțiilor din subordine. Suplimentar, și în acest caz este aplicabilă reducerea la absurd: dacă presupunem interpretarea

<sup>4</sup> Senatul României, *Raportul asupra proiectului de lege*, <https://www.senat.ro/legis/PDF/2015/15L021CR.pdf>

<sup>5</sup> „Ubi eadem est ratio eadem solutio esse debet” – ”Unde se aplică același raționament, se aplică aceeași soluție”.

contrară atunci rezultatul îl constituie menținerea discriminărilor salariale între salariații aparținând diferitelor unități bugetare (care îndeplinesc aceleași condiții). Această variantă ar presupune că legiuitorul a asumat încălcarea principiului egalității de tratament față de toți salariații, prevăzut de art. 5 din Codul Muncii, ceea ce este absurd.

În aceste condiții, este evident că pentru salariații din Sănătate se aplică salariul maxim aflat în plată de la nivelul sectorului, nu cel de la nivelul unității. Ceea ce înseamnă că prevederile art. 1, alin. 5.1 al OUG nr. 83/2014 (completată și aprobată prin Legea 71/2015) elimină și diferențele de salarizare dintre diferitele unități, referința constituind-o salariul maxim aflat în plată la nivelul sectorului pentru fiecare *funcție/grad/treaptă și gradație*. Cu alte cuvinte, prevederile art. 1, alin. 5.1 al OUG 83/2014 (completată și aprobată prin Legea 71/2015) au două consecințe (care indică și procedura aplicabilă):<sup>6</sup>

- Eliminarea discriminărilor salariale dintre unitățile bugetare (care îndeplinesc aceleași condiții)<sup>7</sup>, respectiv dintre salariații angajați în diferite unități bugetare (care îndeplinesc aceleași condiții).
- Eliminarea discriminărilor salariale dintre salariații (care îndeplinesc aceleași condiții) din cadrul aceleiași unități bugetare.

## II. Eliminarea discriminărilor salariale înainte de apariția Legii nr. 71/2015

Din punctul nostru de vedere eliminarea discriminărilor salariale trebuie luată în considerare și înainte de apariția Legii nr. 71/2015, existând temeiul legal pentru aceasta. Salarizarea diferențiată, în condițiile în care angajații au același nivel de pregătire și vechime în muncă și lucrează în aceleași condiții, încalcă principiul de dreptul muncii *plată egală pentru muncă de valoare egală*, prevăzut de art. 5 din Codul Muncii. În discuție este salarizarea angajaților care prestează o muncă de valoare egală, fără a interveni diferențieri ce vizează anumite criterii obiective (funcția îndeplinită, condițiile de muncă, cantitatea și calitatea muncii etc.). În această situație sunt aplicabile interpretările privind acordarea sporului de doctorat, fiind relevant articolul ”*Despre o soluție de eliminare a discriminării între magistrați în ceea ce privește acordarea sporului salarial pentru titlul științific de doctor*”.<sup>8</sup>

### Anexă:

#### *Câteva răspunsuri la interpretările adverse*<sup>9</sup>

**1. Punct de vedere:** *Prevederile art. 1 alin. 5<sup>1</sup> al OUG nr. 83/2014 (completată și aprobată prin Legea nr. 71/2015) trebuie interpretate ca vizând personalul din aparatul de lucru al Parlamentului și personalului din celelalte instituții și autorități publice salarizat la același nivel cu personalul din aparatul de lucru al Parlamentului. Suplimentar, prevederea este aplicabilă doar personalului prevăzut în Anexa nr. 1 a Legii nr. 284/2010 (anexă în care se găsește personalul din aparatul de lucru al Parlamentului), nefiind aplicabilă, spre exemplu, personalului din Sănătate, care este menționat la Anexa nr. 3 a aceleiași legi.*

---

<sup>6</sup> Pentru eliminarea discriminărilor prin aplicarea prevederilor alin. 5.1, art. 1 al OUG 83/2014 (completată și aprobată prin Legea 71/2015), trebuie urmați următorii pași procedurali:

- Identificarea salariilor maxime pentru fiecare funcție/grad/treaptă și gradație de la nivelul unităților bugetare (care îndeplinesc aceleași condiții) cu cel mai mare nivel de salarizare;
- Aplicarea creșterilor salariale corespunzătoare acestor salarii maxime.

<sup>7</sup> Reținem aici situația de fapt conform căreia, datorită incapacității financiare, există o serie de unități bugetare care în 2009 aveau salarizarea sub nivelul maxim, deși majoritatea salariaților aveau evaluarea la maxim.

<sup>8</sup> Alexandru Bleoancă, Iolanda Mioara Grecu, *Despre o soluție de eliminare a discriminării între magistrați în ceea ce privește acordarea sporului salarial pentru titlul științific de doctor*, Curierul Judiciar, nr. 3, 2015, pp. 170-175.

<sup>9</sup> Redăm în continuare interpretările diferite de cele menționate în prezentul articol, care ne-au fost transmise ca răspuns la solicitarea eliminării discriminărilor salariale în baza interpretării pe care am oferit-o.

## Răspunsul nostru:

1. Interpretarea textului de lege ca referindu-se la *personalul din aparatul de lucru al Parlamentului precum și personalul din celelalte instituții și autorități publice salarizat la același nivel* este eronată din următoarele motive:

a) Textul de lege invocat este un paragraf din art. 1, alin. 5<sup>1</sup> al OUG nr. 83/2014, așa cum a fost aprobată (cu modificări și completări) prin Legea nr. 71/2015, respectiv: „*personalul din aparatul de lucru al Parlamentului și din celelalte instituții și autorități publice, salarizat la același nivel*”. După cum se poate constata, subiectul prevederii îl constituie *personalul din aparatul de lucru al Parlamentului și din celelalte instituții și autorități publice*, acest personal (situat pe diferite trepte de salarizare) trebuind să îndeplinească condiția de a fi salarizat la același nivel, respectiv la nivele comparative.

b) Interpretare conform căreia prevederea se aplică „*personalului din aparatul de lucru al Parlamentului*” și personalului „*din celelalte instituții și autorități publice, salarizat la același nivel, cu personalul din aparatul de lucru al Parlamentului*” încalcă regulile interpretării gramaticale, ratând virgula (și rolul acesteia) care separă formula *salarizat la același nivel* de prima parte a textului juridic. Cu alte cuvinte, această interpretare putea fi adusă în discuție doar în condițiile în care textul legal avea următoarea formă: „*personalul din aparatul de lucru al Parlamentului precum și personalul din celelalte instituții și autorități publice salarizat la același nivel*”. Ceea ce nu este cazul, textul de lege fiind clar în această privință.

c) Nivelul de salarizare al *personalului din aparatul de lucru al Parlamentului* nu constituie punctul de referință pentru identificarea categoriilor de salariați cărora li se aplică prevederile acestui aliniat. Formula explicită a textului este următoarea: „*personalul salarizat la același nivel din aparatul de lucru al Parlamentului și din celelalte instituții și autorități publice*”.

2. Faptul că salarizarea personalului din aparatul de lucru al Parlamentului este prevăzută la Anexa nr. I din Legea nr. 284/2010 în timp ce salarizarea personalului din sistemul sanitar este prevăzută la Anexa nr. III din aceeași lege este irelevant în speță. Mai mult decât atât, legiuitorul nu face referire la anexele legii nr. 284/2010. În acest sens, trebuie reținute următoarele:

a) A introduce anexele legii nr. 284/2010 în interpretarea aliniatului în discuție înseamnă „a crea drept”, deoarece legiuitorul nu se referă nici direct, nici implicit la ele. În interpretarea legii nu putem crea drept.

b) Stabilirea nivelelor de salarizare în construcția legii nr. 284/2010 nu este bazată pe Anexe, ci pe *clasele și pe coeficienții de salarizare*, acestea dând aspectul unitar de salarizare al sectorului bugetar, ce constituie principalul obiectiv al legii. A admite că nu pot fi făcute comparații și corespondențe, bazate pe *clasele și pe coeficienții de salarizare*, între diferitele anexe înseamnă a contrazice atât spiritul cât și textul legii.

c) Se poate constata că argumentul nu are nicio importanță chiar și dacă admitem interpretarea opusă, respectiv că textul de lege s-ar referi la *personalul din aparatul de lucru al Parlamentului și personalului din celelalte instituții și autorități publice salarizat la același nivel cu personalul din aparatul de lucru al Parlamentului*, deoarece numărul anexei nu consacră un nivel de salarizare. Nivelele de salarizare sunt doar cele consacrate de art. 10, alin. 2 din Legea nr. 284/2010, respectiv *clasele și coeficienții de ierarhizare*, aceștia aplicându-se tuturor anexelor din această lege. Cu alte cuvinte, referința formulei *salarizat la același nivel* n-o pot constitui de-

cât clasele și coeficienții de ierarhizare. Devine astfel evident că, chiar și în cazul acestei interpretări restrictive, respectiv că textul de lege se referă la *personalul din aparatul de lucru al Parlamentului și personalului din celelalte instituții și autorități publice salarizat la același nivel cu personalul din aparatul de lucru al Parlamentului*, prevederea legală trebuie aplicată la toate categoriile de salariați care au același nivel de salarizare (clase și coeficienți de salarizare), alții fiind obligați să considerăm că o parte a textului de lege nu produce efecte, ceea ce este absurd.

Prevederile din Legea nr. 284/2010, Anexa I, specifice salarizării personalului din aparatul de lucru al Parlamentului, are următoarea structură:

Nr. crt.	Funcția	Nivelul studiilor	Funcții publice de stat <sup>*)</sup>	
			Clasa	Coeficient de ierarhizare
1.	Consilier parlamentar	S	70	5,50
2.	Expert parlamentar	S	67	5,10
3.	Consultant parlamentar	S	54	3,70
4.	Șef cabinet	S	50	3,35
5.	Șef cabinet, referent parlamentar (stenodactilograf)	SSD	48	3,19
6.	Șef cabinet, referent parlamentar (stenodactilograf)	PL	46	3,04
7.	Șef cabinet, referent parlamentar (stenodactilograf)	M	41	2,69

**Tabel 1**

După cum se poate constata, este vorba de următoarele clase de salarizare: 41, 46, 48, 50, 54, 67 și 70. Analiza comparativă cu Anexa nr. III, **FAMILIA OCUPAȚIONALĂ DE FUNCȚII BUDGETARE "SĂNĂTATE"** indică următoarele corespondențe:

Clasa de salarizare	Frecvența ei în Anexa nr. III
41	9
46	7
48	10
50	9
54	6
67	1
70	7
<b>Total</b>	<b>49</b>

**Tabel 2**

După cum putem observa, chiar și dacă am admite interpretarea conform căreia art. 1, alin. 5<sup>1</sup> din OUG nr. 83/2014, așa cum a fost aprobată (cu modificări și completări) prin Legea nr. 71/2015 se referă la *personalul din aparatul de lucru al Parlamentului și personalului din celelalte instituții și autorități publice salarizat la același nivel cu personalul din aparatul de lucru al Parlamentului* prevederea legală se aplică la 49 de cazuri în care este vorba de același nivel de salarizare (aceleași clase de salarizare). Ceea ce demonstrează cel puțin următoarele:

- Anexele la Legea nr. 284/2010 sunt irelevante în speță.
- Prevederea este aplicabilă și altor categorii de salariați din sectorul bugetar, chiar și în cea mai restrictivă interpretare a ei.

d) Singura alternativă la interpretarea nivelului de salarizare ca referindu-se la clasele și coeficienții de salarizare (ce poate fi luată în discuție; care însă nu este susținută de prevederile legale) este să considerăm că prin nivel de salarizare ar trebui să înțelegem fie salariile de bază din anul 2009 fie salariile brute din același an. În fiecare din aceste ipoteze rezultatul este același, putând fi identificate în Sănătate nivele identice de salarizare cu cele ale personalului din aparatul de lucru al Parlamentului.

**2. Punct de vedere:** *Personalul din unitățile sanitare publice se încadrează la litera (b) a alineatului 2, art. 2, din Legea nr. 284/2010. Deoarece nu figurează la același alineat (a), respectiv la aceeași categorie cu personalul din aparatul de lucru al Parlamentului nu-i este aplicabilă sintagma legală același nivel de salarizare.*

#### **Răspunsul nostru:**

1. Personalul unităților sanitare publice nu poate fi încadrat la art. 2, alin. 1, litera (b) din Legea nr. 284/2010 deoarece acest alineat prevede următoarele: „*personalului din autorități și instituții publice finanțate din venituri proprii și subvenții acordate de la bugetul de stat, bugetele locale, bugetul asigurărilor sociale de stat, bugetele fondurilor speciale*”. După cum se poate observa, este vorba de unitățile care realizează venituri proprii și subvenții acordate de la bugetul de stat. Unitățile sanitare publice nu beneficiază de subvenții. Prin venituri proprii se înțeleg banii efectiv încasați de la persoane, nu cei încasați de la bugetul consolidat al statului. Pentru aceste motive încadrarea juridică este total eronată.

2. Unitățile sanitare publice intră în mod clar la teza enunțată de art. 2 alin. 1 litera (a) din Legea 284/2010 fiind „*finanțate integral din bugetul de stat, bugetele locale, bugetul asigurărilor sociale de stat, bugetele fondurilor speciale*”; după cum se poate constata, în această enumerare sunt incluse toate bugetele ce fac parte din bugetul consolidat al statului. Regula o constituie finanțarea spitalelor din Fondul Național Unic al Asigurărilor Sociale de Sănătate (în calitate de fond special), prin contractele încheiate cu CNASS, excepțiile constituindu-le finanțarea de la finanțarea de la bugetul de stat (este vorba de bugetul Ministerului Sănătății) și bugetele locale.

3. **Punct de vedere:** *Deoarece personalul din sistemul public sanitar este o dată exceptat la art. 1 alin. 5 din OUG 83/2014, a doua excepție în același act normativ ar fi împotriva logicii și a tehnicii legislative.*

#### **Răspunsul nostru:**

A considera că excepția pe care o face art. 1 alin. 5 din OUG nr. 83/2014, așa cum a fost aprobată (cu modificări și completări) prin Legea nr. 71/2015, pentru personalul din cadrul sistemului public sanitar exclude posibilitatea excepției de la art. 1 alin. 5<sup>1</sup> din același articol reprezintă o interpretare eronată a legii din următoarele motive:

- a) Cele două excepții au referenți diferiți. Astfel:

➤ art. 1 alin. 5 se referă la întregul personal din cadrul sistemului public sanitar;

➤ art. 1 alin. 5<sup>1</sup> se referă la salariații din cadrul sistemului public sanitar care sunt discriminați, adică la salariații *care beneficiază de un quantum al salariilor de bază și al sporurilor mai mici decât cele stabilite la nivel maxim în cadrul aceleiași instituții sau autorități publice pentru fiecare funcție/grad/treaptă și gradație.*

b) Art. 1 alin. 5 conține o normă de trimitere la OUG 70/2014, de la prevederile căreia (creșterea salariilor cu 100 lei) există excepții (salariații care în anul 2015 beneficiază de o creștere salarială datorită creșterii salariului minim pe economie). Ceea ce ne conduce la situația în care cel puțin acestor salariați nu le este aplicabilă excepția prevăzută la art. 1 alin. 5, fiindu-le aplicabilă cea de la alin. 5<sup>1</sup>.

c) Dacă am admite că nu sunt posibile mai multe excepții (fapt cu care nu suntem de acord) ar trebui să admitem și faptul că salariaților din sectorul public sanitar nu le este aplicabilă nici excepția prevăzută la art. 1 alin. 3 din același act normativ (*În cazul schimbării condițiilor în care își desfășoară activitatea, personalul beneficiază de drepturile corespunzătoare noilor condiții, la nivelul acordat pentru funcțiile similare în plată din instituția/autoritatea publică în care acesta este încadrat.*), ceea ce este absurd. Mai mult decât atât, în situația în care admitem imposibilitatea cumulării mai multor excepții de către anumite categorii de salariați din sectorul public sanitar ar trebui să stabilim o ierarhie a excepțiilor. Ceea ce înseamnă că ar trebui să stabilim, spre exemplu dacă le este aplicabilă excepția prevăzută la alin. 3 sau cea stabilită la alin. 5. Or, raportat la exemplul dat, aplicarea ambelor excepții este singura coerentă cu textul legal funcțiile similare în plată beneficiind deja de majorarea salarială la care trimite alin. 5.

d) Dacă am admite că nu sunt posibile mai multe excepții (fapt cu care nu suntem de acord), în condițiile excepției de la art. 1 alin. 5 ar trebui să admitem și faptul că salariaților din sectorul public sanitar nu le este aplicabilă nici excepția prevăzută la art. 1 alin. 11 din același act normativ, ceea ce ar însemna să lipsim textul de lege de efecte, **ceea ce contravine principiului de drept "Actus interpretandus est potius ut valeat quam ut pereat"** (Legea trebuie interpretată în sensul producerii efectelor ei și nu în sensul neaplicării ei).

## Bibliografie

Bleoancă, Alexandru; Grecu, Iolanda Mioara. *Despre o soluție de eliminare a discriminării între magistrați în ceea ce privește acordarea sporului salarial pentru titlul științific de doctor*, Curierul Judiciar, nr. 3, 2015, pp. 170-175.

Legea nr. 71/2015, Publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 233 din 6 aprilie 2015.

OUG nr. 83/2014, Publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 925 din 18 decembrie 2014.

OG 127/2000, Republicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 166 din 7 martie 2014.

Legea nr. 284/2010, Publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 877 din 28 decembrie 2010.



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

**Rotilă Viorel**

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

*Jurist*

*[viorelrotila@yahoo.com](mailto:viorelrotila@yahoo.com)*

## **Abstract**

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

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

## **1. Introducere**

### **1.1. Scurtă expunere a situației de fapt**

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

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

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

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

Putem constata următoarele efecte:

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

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

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

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

## **1.2. Structura logică a lucrării**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.1. Constituția României**

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

---

<sup>2</sup> ARTICOLUL 41

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

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

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

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

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

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

## **2.2. Codul Muncii**

### **2.2.1. Natura juridică a sporurilor**

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

### **2.2.2. Natura juridică a salariului de bază**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.3. Legea nr. 284/2010

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

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

a) Legea nr. 284/2010 privind sistemul de salarizare în sectorul bugetar respectă principiile construcției salariului din salariu de bază și sporuri, respectiv principiul raportării procentuale a sporurilor la salariul de bază, neabătându-se de la cadrul legislativ al dreptului muncii. Art. 5 lit. (b) prevede în mod distinct salariul de bază ca element central al sistemului de salarizare<sup>4</sup>. Art. 9 alin. 2 confirmă rolul salariului de bază, completându-l cu cel al sporurilor și a restului elementelor de salarizare;<sup>5</sup> totodată, putem observa că acest articol confirmă existența unui sistem de salarizare, bazat pe principii de funcționare care includ și raportul dintre salariul de bază și sporuri.

b) Secțiunea 3 a capitolului nr. III, *Sporuri*, consacră raportarea procentuală a sporurilor la salariul de bază, aceasta reieșind cu claritate atât din modalitatea concretă în care legiuitorul raportează diferitele sporuri la salariile de bază<sup>6</sup> cât și din modalitatea de limitare a cuantumului sporurilor.<sup>7</sup>

Dacă vom considera că Legea nr. 284/2010 are caracterul de lege organică<sup>8</sup> atunci este evident faptul că nu se poate deroga de la prevederile ei prin acte normative inferioare.

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

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

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

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

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

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

<sup>8</sup> Un prim punct de vedere: *Legea nr. 284/2010 a fost adoptată în regim de lege organică și prin angajarea răspunderii Guvernului în fața Camerei Deputaților și a Senatului, potrivit art.114 alin.(1) din Constituția României, republicată, în considerarea Deciziilor Curții Constituționale nr.548/2008 și 786/2009, se apreciază că, prin obiectul său de reglementare, se încadrează în categoria legilor ordinare.* ([http://www.avocatnet.ro/content/forum%7CdisplayTopicPage/topicID\\_409073/Legea-284-2010-lege-organica.html](http://www.avocatnet.ro/content/forum%7CdisplayTopicPage/topicID_409073/Legea-284-2010-lege-organica.html) )

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

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

Mai mult decât atât, alin. 6 al art. 115 din Constituție<sup>9</sup> interzice în mod expres orice modificare prin OUG a drepturilor și libertăților prevăzute în Constituție. Or, dreptul la muncă și la protecția socială a muncii (art. 41) face parte din drepturile constituționale.

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

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

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

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

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

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

---

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

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

## 4. Modificarea sistemului de salarizare aplicabil sectorului bugetar

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

#### 4.1.1. Discuții privind prevederile legale aplicabile

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

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

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

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



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

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

Din prezentarea acestor acte normative putem constata următoarele:

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

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

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

După cum putem constata, sporurile care nu se introduc în salariul de bază se acordă în aceleași cuantumuri de la 31 decembrie 2009. Ceea ce înseamnă că suntem în situația în care abrogarea prevederilor legale valabile în anul 2009 este prorogată (în ceea ce privește anumite aspecte)<sup>11</sup> până la momentul aplicării Legii 284/2010. Cu alte cuvinte, prorogarea intrării în vigoare a Legii 284/2010 determină în mod implicit și pe o perioadă echivalentă prorogarea abrogării<sup>12</sup> OUG nr. 115/2004.

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

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

---

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

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

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

### 5.1. Semnificația formulei „*quantumul sporurilor*”

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

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

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

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

#### 5.1.1. Legea 330/2009

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **5.1.2. OUG nr. 1/2010**

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

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

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

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

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

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

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

- În salariul de bază „*sunt cuprinse salariul de merit, sporul de confidențialitate, sporul de stabilitate, sporul de dispozitiv, **cuantumul lunar al primelor de stabilitate**, sporul de vechime în muncă*”. Această formă apare în toate locurile în care este menționată introducerea sporurilor în salariul de bază<sup>13</sup>, respectiv în toate „notele la anexele la Legea-cadru nr. 330/2009”. După cum putem observa, legiuitorul folosește termenul *cuantum* doar atunci când se referă la primele de stabilitate, pentru sporuri folosind termenul consacrat de sporuri, respectiv la cuantumuri ale diferitelor salarii. Ceea ce înseamnă că acesta este domeniul de referință și pentru expresia *cuantumul sporurilor* din art. 5 alin. 1 lit. (a) din OUG nr. 1/2010.
- *Cuquantum net* – atunci când se referă la cuantumul net al salariilor (de bază) și indemnizațiilor, stabilite prin raportare la coeficienții de ierarhizare (alin.3 al art. 4 din Anexa nr. V; Anexa nr. V.3, secțiunea A, art. 1 alin. 3 etc.).
- După cum putem observa, în fiecare dintre cazuri legiuitorul când se referă la salariul de bază utilizează expresia *cuantum* indicând sume și nu procente, respectiv menținând termenul sporuri. Ceea ce înseamnă că acesta trebuie să fie și înțelesul acestui termen din prevederea legală conexasă – OUG nr. 1/2010.

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

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

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

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

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

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

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

#### **5.1.3. Legea nr. 285/2010**

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

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

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

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

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

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

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

#### 5.1.4. OUG nr. 19/2012<sup>14</sup>

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

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

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

### 5.2.1. Codul Muncii

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

---

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

### 5.2.2. *Legea nr. 284/2010*<sup>15</sup>

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

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

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

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

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

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

Recunoașterea discriminării derivată din interpretarea cadrului legislativ mai sus amintit în sensul eliminării raportării procentuale a sporurilor la salariul de bază a fost realizată de legiuitor prin intermediul Legii nr. 71/2015.<sup>16</sup> Adoptarea acestui act normativ considerăm că are *de facto* efectul retroactivării prevederilor sale în sensul obligației de recunoaștere a discriminărilor introduse prin intermediul legislației în discuției și a reparării salariaților pentru daunele suferite.

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

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

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

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

## **6.2. Câteva consecințe ale admiterii interpretării alternative**

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

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

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

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

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

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

---

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



## **7. Câteva aspecte privind practica judiciară**

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

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

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

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

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

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

Specificul salarizării angajaților din sectorul bugetar îl constituie faptul că salariații au garantat un anumit nivel de salarizare, acesta neputând varia în funcție de alte variabile. Raportat la prevederile art. 130 CM<sup>18</sup>, normarea muncii în sectorul bugetar se face în baza normei de timp, la care se adaugă atribuțiile corespunzătoare fișei postului. Elementele de normare a muncii constituie singurele variabile ce pot induce variații ale salariului de bază. În consecință, modificarea salariilor în funcție de alte variabile, cum ar fi nivelul încasărilor unei unități bugetare excede calității de salariat bugetar. Situația este aplicabilă unora dintre angajații unitățile sanitare publice, cărora le-au fost opuse deficitele financiare determinate de realizarea parțială a contractelor cu Casele Județene de Asigurări Sociale de Sănătate ca motiv pentru menținerea salariilor la un nivel mai mic decât cele ale angajaților din alte unități sanitare.

## **8. Ipoteza absenței regulamentului de sporuri**

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

---

<sup>18</sup> Codul Muncii

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

## 9. Concluzii

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

### Bibliografie

Constituția României

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA



Membră a CNS „Cartel Alfa”,  
afiliată la EUROFEDOP  
Site: [www.solidaritatea-sanitara.ro](http://www.solidaritatea-sanitara.ro)  
E-mail: [solidaritateasanitara@yahoo.fr](mailto:solidaritateasanitara@yahoo.fr)

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



Către:

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII		
CABINET MINISTRU		
Nr. N.B.	1481	
Ziua	Luna	Anul
13	02	2015

FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ"		
DIN ROMÂNIA		
INTRARE	Nr.	B.18
IEȘIRE		
Ziua	Luna	Anul
13	02	2015

Ministerul Sănătății

Domnului Nicolae Băncioiu, Ministru

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

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

- Dreptul la beneficiul suplimentar de cel puțin 75% pentru depășirea timpului legal de muncă aferent unui CIM (aplicabil în situațiile în care sporul actual este sub 75%) - echivalentul<sup>1</sup> plății pentru orele suplimentare (art. 123, alin. 2 din Codul Muncii);
- Dreptul la sporul de noapte de 25% pentru orele din gardă lucrate în timpul nopții;
- Dreptul la toate sporurile aferente locului de muncă (în medie de 30%).
- Dreptul la limitarea numărului de ore de muncă obligatorii.

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

## Toate orele de gardă constituie timp de muncă

### 1. Definirea timpului de muncă

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

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

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

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

- a) OMS 870/2004, anexa nr. 1 art. 1: *Timpul de muncă reprezintă timpul pe care salariatul îl folosește pentru îndeplinirea sarcinilor de muncă.*
- b) Directiva 2003/88/EC (în continuare Directiva), art. 1, pct. 1: *prin „timp de lucru” se înțelege orice perioadă în care lucrătorul se află la locul de muncă, la dispoziția angajatorului și își exercită activitatea sau funcțiile, în conformitate cu legislațiile și practicile naționale.*

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

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

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

<sup>3</sup> Cauza C-303/98.

<sup>4</sup> Comunicare, p. 4.

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

<sup>6</sup> Comunicare, p. 4.

<sup>7</sup> Comunicare, p. 5.

<sup>8</sup> Comunicare, p. 5.

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

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

Pentru a stabili numărul orelor aferente „programului normal de lucru” ne raportăm la art. 4, alin. 1 din OMS 870/2004<sup>9</sup>, putând consta existența a două categorii de medici, în funcție de unitățile sanitare în care lucrează:

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

Data fiind formularea textului de lege, coerentă și cu alte prevederi legale<sup>10</sup>, putem vorbi în mod cert de existența unui număr de ore de gardă care sunt considerate timp de muncă și fac parte din „programul normal de lucru”. Ceea ce înseamnă că nu poate exista nicio discuție privind faptul că salariații au toate drepturile și obligațiile aferente „timpului normal de lucru”.

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

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

#### **Orele de gardă au caracter obligatoriu**

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

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

---

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

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

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

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

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

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

*laboratoarelor și a compartimentelor și aprobate de conducerea unității sanitare constituie abatere disciplinară.*<sup>11</sup>

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

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

- Fie orele de gardă în discuție sunt considerate a fiind desfășurate în afara programului normal de lucru. Această interpretare ne conduce la situația unor ore suplimentare obligatorii, ceea ce reprezintă o încălcare a prevederilor art. 120, alin. 2 din CM în domeniu. De asemenea, o astfel de interpretare se încadrează la prevederile art. 4, alin. 2 din CM, având caracterul de muncă forțată.<sup>12</sup> Or, conform alin. 1 al aceluiași articol munca forțată este interzisă.
- Fie orele de gardă în discuție le considerăm drept „altceva” decât timp de muncă<sup>13</sup>, ceea ce încalcă prevederile Directivei, așa cum au fost prezentate anterior.

Un argument suplimentar pentru faptul că orele de gardă nu sunt ore suplimentare (deci fac parte din programul normal de lucru) îl reprezintă faptul că România nu utilizează mecanismul excluderii voluntare.<sup>14</sup> Această situație juridică este evidențiată de Raportul Comisiei către Parlamentul European, Consiliu, Comitetul Economic și Social European și Comitetul regiunilor privind punerea în aplicare de către statele membre a Directivei 2003/88/CE („directiva privind timpul de lucru”) (2010): „*Unsprezece state membre declară că nu au permis utilizarea excluderii voluntare în legislația lor de transpunere: este vorba despre Austria, Danemarca, Finlanda, Grecia, Irlanda, Italia, Lituania, Luxemburg, Portugalia, România și Suedia.*”<sup>15</sup>

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

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

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

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

(1) *Munca forțată este interzisă.*

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

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

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

<sup>15</sup> [http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009\\_2014/documents/com/com\\_com%282010%290802\\_/com\\_com%282010%290802\\_ro.pdf](http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/com/com_com%282010%290802_/com_com%282010%290802_ro.pdf), p. 7.

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

### **Orele de gardă nu pot considerate ore suplimentare sau cumul**

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>17</sup> Suntem într-o situație similară Austriei, care a stabilit timpul de lucru la medicilor la media de 60 de ore pe săptămână fără acordul acestora. A se vedea în acest sens Raportul Comisiei către Parlamentul European, Consiliu, Comitetul Economic și Social European și Comitetul Regiunilor privind punerea în aplicare de către statele membre a Directivei 2003/88/CE („Directiva privind timpul de lucru”), [http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009\\_2014/documents/com/com\\_com%282010%290802\\_/com\\_com%282010%290802\\_ro.pdf](http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/com/com_com%282010%290802_/com_com%282010%290802_ro.pdf). Cu mențiunea, că în România nu există o limitare superioară a timpului de lucru al medicilor.

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

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

Până acum am demonstrat următoarele:

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

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

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

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

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

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

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



Abordarea acestei probleme trebuie să țină cont de prevederile art. 42, alin 2 din OMS 870/2004<sup>18</sup>:

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

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

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

Din cuprinsul acestui aliniat putem observa următoarele:

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

Considerăm că dreptul angajatorului la certificarea vechimii în muncă și în specialitate face parte din drepturile fundamentale, fiind exclusă varianta unor excepții de la acestea. Ceea ce demonstrează faptul că art. 42, alin 2 din OMS 870/2004 vine în contradicție cu legislația generală în materie, el nefiind aplicabil. De altfel, având în vedere modificarea CM în ceea ce privește definirea timpului de muncă<sup>19</sup> și aplicarea legislației U.E. începând cu anul 2007, considerăm că suntem în situația abrogării implicite a prevederilor acestui aliniat.

### **Argumente suplimentare**

Principala observație pe care o facem este că art. 42 din OMS 870/2004 este un exemplu de nerespectare a tehnicii legislative prin definiția negativă pe care o dă orelor de gardă în cadrul aliniatelor 1 și 2 și prin lipsa de coerență cu întregul cuprins al actului normativ. Vom demonstra în continuare aceste aspecte, arătând problemele ridicate de OMS 870/2004 încă de la publicarea lui, la care se adaugă modificările introduse de-a lungul timpului.

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

- a. Ore de gardă prestate în completarea timpului normal de lucru (art. 4, alin. 1)
- b. Ore de gardă prestate suplimentar față de timpul normal de lucru.

---

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

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

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

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

<sup>19</sup> Așa cum am arătat în secțiunea Definierea timpului de muncă.

a) **Orele de gardă prestate în completarea timpului normal de lucru** constituie timp de lucru aferent unui contract individual de muncă, antrenând toate drepturile corespunzătoare în favoarea salariatului, inclusiv dreptul de a fi considerate vechime în muncă și în specialitate. Este evidentă eroare de tehnică legislativă în cazul alin. 2, art. 42 în condițiile în care timpul normal de lucru se întregeste cu un număr de ore de gardă, conform alin. 1 al art. 4. Altfel spus, dacă aplicăm principiul *Ubi lex non distinguit, nec nos distinguere debemus*, faptul că alin. 2 al art. 42 prevede<sup>20</sup> că „*Orele de gardă nu constituie vechime în muncă și în specialitate.*” are drept consecință o scădere a vechimii în muncă și în specialitate a medicilor proporțional cu orele de gardă care le întregesc programul de lucru, ceea ce este aberant. Cu alte cuvinte, prevederile alin. 2 al art. 42 afectează și o parte a timpului normal de lucru, respectiv orele de gardă desfășurate în cadrul programului norma de lucru.

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

În practică, nu se ține cont de această interpretare, aplicându-se în fapt prevederile generale în materie<sup>21</sup>. Cu alte cuvinte, practica a constatat faptul că prevederile acestui articol sunt contradictorii cu principiile generale din legislația muncii, optând pentru respectarea principiilor.

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

- Calculul drepturilor bănești aferente acestor ore de gardă se face prin raportare la prevederile contractului individual de muncă. Prin urmare, drepturile bănești sunt drepturi salariale, deci orele de gardă prestate în afara timpului normal de lucru fac parte din timpul de muncă. Sporul acordat pentru orele de gardă trebuie considerat un beneficiu acordat salariaților similar celui pentru orele suplimentare, fără a avea însă acest caracter. De altfel, faptul că acest spor este situat între 25 și 75%<sup>23</sup> în condițiile în care art. 123, alin. 2 din CM prevede sporul minim de 75% constituie un argument suplimentar în acest sens.
- Orele de gardă desfășurate în afara timpului normal de muncă nu sunt prin nimic diferite în ceea ce privește organizarea muncii față de orele de gardă care fac parte din timpul normal de lucru. Motiv pentru care ele constituie timp de muncă.
- Conform alin. 3 al art. 42, drepturile salariale aferente orelor de gardă prestate în afara timpului normal de lucru sunt luate în considerare la punctajul lunar pe baza căruia se calculează cuantumul pensiei. În ipoteza în care ar fi fost vorba de un contract civil sau alt tip de contract (ipoteză nesusținută de altfel de niciuna din prevederile legale în vigoare) aceste lucru nu ar fi fost posibil. Deci orele de gardă prestate în afara timpului normal de

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

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

<sup>22</sup> Așa cum am demonstrat la regimul juridic al orelor de gardă.

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

lucru fac parte din timpul de muncă. Având în vedere că este vorba de un timp de muncă este evident că medicul beneficiază de toate drepturile legale aferente timpului de muncă.

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

### **Limitarea timpului de lucru al medicilor**

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

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

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

### **Sporul de noapte pentru „orele de gardă suplimentare”**

Prevederile speciale aplicabile

#### **Art. 17 din Legea 284/2010**

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

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

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

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

**Art. 1** *În unitățile sanitare, de asistență socială și de asistență medico-socială, unde activitatea se desfășoară fără întrerupere, în 3 ture, personalul care lucrează lunar în toate cele 3 ture, precum și personalul care lucrează în două ture în sistem de 12 cu 24 poate primi, în locul sporului pentru munca prestată în timpul nopții, prevăzut la art. 16<sup>[1]</sup> din prezenta lege, un spor de 15 % din salariul de bază pentru orele lucrate în cele 3, respectiv două ture.*

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

### **Art. 3**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

În concluzie,

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

### **Varianta în care orele de gardă desfășurate în afara "programului normal de lucru" sunt considerate ore suplimentare<sup>24</sup>**

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

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

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

Ceea ce ne conduce la următoarele situații în fapt:

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

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

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

<sup>26</sup> Indicăm izvorul juridic și cuantumul acestor sporuri în secțiunile corespunzătoare acestor abordări.

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

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

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

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

### **Izvoarele juridice alternative<sup>27</sup>**

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

### **Prorogarea abrogării legislației aplicabile în 2009**

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

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

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

---

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

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

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

După cum putem constata, sporurile care nu se introduc în salariul de bază (sporul de noapte nu este introdus în salariul de bază<sup>28</sup>) se acordă în aceleași cuantumuri de la 31 decembrie 2009.

În concluzie, suntem în situația în care abrogarea prevederilor legale valabile în anul 2009 este prorogată (în ceea ce privește anumite aspecte)<sup>29</sup> până la momentul aplicării Legii 284/2010. Cu alte cuvinte, prorogarea intrării în vigoare a Legii 284/2010 determină în mod implicit și pe o perioadă echivalentă prorogarea abrogării<sup>30</sup> OUG nr. 115/2004.

### **Prevederile OUG 115/2004**

În primul rând reținem următoarea prevedere:

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

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

Chiar dacă vom lua în considerare prevederile Legii nr. 330/2009<sup>31</sup> în materie reținem următoarele prevederi:

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Dreptul la beneficiul suplimentar de cel puțin 75% pentru depășirea timpului legal de muncă aferent unui CIM (aplicabil în situațiile în care sporul actual este sub 75%) - echivalentul<sup>32</sup> plății pentru orele suplimentare (art. 123, alin. 2 din Codul Muncii);*
- *Dreptul la sporul de noapte de 25% pentru orele din gardă lucrate în timpul nopții;*
- *Dreptul la toate sporurile aferente locului de muncă (în medie de 30%).*
- *Dreptul la limitarea numărului de ore de muncă obligatorii.*

Cu stimă,

Președinte,  
Rotilă Viorel

A blue ink signature is written over a circular stamp. The stamp contains the text "FEDERAȚIA SOLIDARITATEA SANITARA din România" around the perimeter and a central emblem depicting two stylized human figures.

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





**DOAR ÎMPREUNĂ**

**PUTEM REUȘI!**



**Studiu  
asupra timpului de muncă în sectorul sanitar  
din România  
Analiză de caz: gărzile medicilor**

Editura Sodalitas 2013



**Colecția**

# ***CERCETĂRI SOCIALE***

**EDITURA SODALITAS  
2013**



***Studiu asupra timpului de muncă în  
sectorul sanitar din România.  
Analiză de caz: gărzile medicilor***

**Autor:** ROTILĂ Viorel

Design și administrarea sistemului de aplicare  
a chestionarului on-line - Lungu Laurențiu

**Str. Domnească, nr. 66, Galați**  
**Telefon: 0336.106.365**  
**Fax: 0336:109.281**  
**Email: [contact@cercetare-sociala.ro](mailto:contact@cercetare-sociala.ro)**  
**[www.cercetare-sociala.ro](http://www.cercetare-sociala.ro)**

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României**

**ROTILĂ, VIOREL**

**Studiu asupra timpului de muncă în sectorul sanitar din România :  
analiză de caz - gărzile medicilor / Rotilă Viorel ; design și administrare  
sistem de aplicare a chestionarului on-line: Lungu Laurențiu. - Galați :  
Sodalitas, 2013**

Bibliogr.

ISBN 978-606-92935-7-7

I. Lungu, Laurențiu (graf.)

61(498)

**Copyright © 2013**

**Toate drepturile sunt rezervate Editurii Sodalitas**

**Printed in Romania**

## Cuprins

Introducere .....	7
Orele de gardă constituie timp de lucru - analiza situației în drept.....	8
<b>a) Definiția timpului de lucru/timpului de muncă .....</b>	<b>8</b>
Timpul de gardă este timp de lucru .....	10
Depășirea timpului limitei timpului de lucru se poate face doar cu acordul (expres) al salariatului .	10
Orele de gardă și durata legală a timpului de muncă.....	11
Autorizarea derogărilor care nu prevăd acordarea unor perioade echivalente de repaus compensatoriu .....	12
Orele suplimentare desfășurate de alte categorii de personal din sistemul sanitar decât medicii .....	12
Alte critici ale OMS 870/2004 .....	12
Impactul Directive nr. 24/2011 asupra timpului de lucru al medicilor .....	14
Efecte.....	14
Concluzii:.....	15
<b>Câte ore de gardă este obligat să facă un medic? .....</b>	<b>15</b>
Analiza stării de fapt .....	16
Poziția medicilor .....	16
Metodologie.....	16
Caracteristicile eșantionului.....	17
Analiza datelor .....	21
Timpul de lucru.....	21
Modul de desfășurare a gărzilor .....	26
Participare la decizia de stabilire a gărzilor.....	28
Gărzile la domiciliu .....	30
Consultațiile interdisciplinare .....	31
Aspecte calitative .....	32
Concluzii.....	35
Căile posibile de acțiune .....	36
Modificarea legislației aplicabile în sensul Directivei nr. 88/2003 .....	36
Solicitarea intervenției ITM la nivel național și la nivel local .....	37
Apelarea la instanțe .....	37
Impactul juridic al directivelor la nivel național.....	39
<b>a) Efectul direct al directivei .....</b>	<b>39</b>
<b>b) Interpretarea prevederilor directivei atunci când acestea sunt transpuse în dreptul intern .</b>	<b>40</b>



## Introducere

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

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

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

*Gărzile sunt considerate timp de lucru?*

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

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

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

Studiul debutează cu o analiză a situației de drept, clarificând interpretările legale și, astfel, situația în drept a timpului de lucru.

Pentru a avea o bună imagine asupra situației existente prezentul studiu se încheie cu prezentarea rezultatelor unei cercetări desfășurată în perioada 15.05.2013 – 9.06.2013, având ca subiecți medici din sectorul sanitar din România.



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

### a) Definiția timpului de lucru/timpului de muncă

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

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

După cum se poate observa, Ordinul MS nr. 870/2004 operează cu o definiție incorectă a timpului de muncă, aceasta fiind inadecvată atât raportat la definiția stabilită de Codului muncii cât și la prevederile Directivei 2003/88/EC. După cum vom putea observa la analiza separată a legislației europene în domeniu, definirea timpului de muncă/timpului de lucru este atributul legislației comunitare, ea fiind consacrată în cadrul Directivei 2003/88/EC. Codul muncii, legea generală în domeniu, nu derogă de la această definiție, deoarece o astfel de derogare nu este posibilă, neintrând în rândul derogărilor permise de Directivă. În schimb, Ordinul MS nr. 870/2004 derogă în mod inexplicabil de la normele europene în domeniu, definiția pe care o propune fiind incompletă. Motiv pentru care poate fi invocată fără probleme prevalența normei europene în domeniu.

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

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

- (1) *Orele de garda nu sunt considerate ore suplimentare și nici cumul de funcții.*
- (2) *Orele de garda nu constituie vechime în munca și în specialitate.*
- (3) *Orele de garda efectuate în afara programului normal de lucru și salarizate conform prevederilor prezentului regulament se includ în veniturile salariale brute lunare în funcție de care se determină numărul de puncte realizat în fiecare luna, pe baza cărora se determină cuantumul pensiei.*

<sup>1</sup> Formularea ridică întrebarea dacă vorbim de trei condiții cumulative sau este suficientă doar prima.

<sup>2</sup> A se vedea, spre exemplu, prevederile art. 103 din CCM grup de unități în vigoare în anul 2013.

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

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

- a. Ore de gardă prestate în completarea timpului normal de lucru (art. 4, alin 1)
- b. Ore de gardă prestate suplimentar față de timpul normal de lucru.
- a. Orele de gardă prestate în completarea timpului normal de lucru constituie timp de lucru aferent unui contract individual de muncă, antrenând toate drepturile corespunzătoare în favoarea salariatului, inclusiv dreptul de a fi considerate vechime în muncă și în specialitate.  
(Notă: Este cu atât mai evidentă eroare de tehnică legislativă în cazul alin. 2, art. 42 în condițiile în care timpul normal de lucru se întrecește cu un număr de ore de gardă, conform alin. 1 al art. 4. Altfel spus, faptul că alin. 2 al art. 42 prevede faptul că „Orele de gardă nu constituie vechime în muncă și în specialitate.” riscă să aibă drept consecință o scădere a vechimii în muncă și în specialitate a medicilor proporțional cu orele de gardă care le întregesc programul de lucru, ceea ce este aberant.)
- b. Orele de gardă prestate în afara timpului normal de lucru constituie, în opinia noastră, timp de muncă cu caracter de ore suplimentare. În acest sens invocăm următoarele argumente:
  - Calculul drepturilor bănești aferente acestor ore de gardă este cel corespunzător contractului individual de muncă. Prin urmare, drepturile bănești sunt drepturi salariale, deci orele de gardă prestate în afara timpului normal de lucru fac parte din timpul de muncă.
  - Orele de gardă desfășurate în afara timpului normal de muncă nu sunt prin nimic diferite (subordonare, plată etc.) față de orele de gardă care fac parte din timpul normal de lucru. Motiv pentru care ele constituie timp de muncă.
  - Conform alin. 3 al art. 42, drepturile salariale aferente orelor de gardă prestate în afara timpului normal de lucru sunt luate în considerare la punctajul lunar pe baza căruia se calculează cuantumul pensiei. În ipoteza în care ar fi fost vorba de un contract civil sau alt tip de contract (ipoteză nesusținută de altfel de niciuna din prevederile legale în vigoare) aceste lucruri nu ar fi fost posibil. Deci orele de gardă prestate în afara timpului normal de lucru fac parte din timpul de muncă.
    - Având în vedere că este vorba de un timp de muncă este evident că medicul beneficiază de toate drepturile legale aferente timpului de muncă.
  - Conform prevederilor legale, timpul de muncă se împarte în timp normal de muncă și ore suplimentare.
  - Relațiile cu colegii, șefii ierarhici și subordonații sunt cele specifice relațiilor de muncă.
  - Având în vedere că efectuarea orelor de gardă suplimentare timpului normal de lucru nu necesită încheierea unui contract individual de muncă separat, este evident faptul că nu poate fi vorba de cumul de funcții.

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

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

#### **Timpul de gardă este timp de lucru**

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

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

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

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

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

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

*„(1) Un stat membru are opțiunea de a nu aplica articolul 6, respectând totodată principiile generale de protecție a sănătății și securității lucrătorilor cu condiția să ia măsurile necesare pentru a asigura că:*

*(a) nici un angajator nu cere unui lucrător să muncească mai mult de 48 de ore într-o perioadă de șapte zile, calculată ca medie pentru perioada de referință prevăzută la articolul 16 litera (b), dacă nu a obținut acordul prealabil al lucrătorului de-a efectua o asemenea muncă;*

*(b) nici un lucrător nu suferă nici un prejudiciu din partea angajatorului dacă refuză să își dea acordul de a efectua o asemenea muncă;*

*(c) angajatorul ține evidențe actualizate ale tuturor lucrătorilor care efectuează o asemenea muncă;*  
*(d) evidențele sunt puse la dispoziția autorităților competente care pot, din motive legate de securitatea și sănătatea lucrătorilor, să interzică sau să limiteze posibilitatea de depășire a duratei maxime de muncă săptămânale;*  
*(e) angajatorul furnizează autorităților competente, la cererea acestora, informații cu privire la cazurile în care lucrătorii și-au dat acordul de a munci mai mult de 48 de ore într-o perioadă de șapte zile calculată ca medie pentru perioada de referință prevăzută la articolul 16 litera (b).”*

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

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

### **Orele de gardă și durata legală a timpului de muncă**

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

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

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

---

<sup>3</sup> Pot fi întâlnite și situații de linii de gardă organizate cu 3 medici/per specializare.

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

România figurează în mod oficial în lista țărilor care nu au autorizat derogări de la prevederile ce prevăd acordarea unor perioade echivalente de repaus compensatoriu.<sup>4</sup>

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

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

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

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

### Alte critici ale OMS 870/2004

Art. 3 din Regulament<sup>6</sup> este cel puțin problematic, el introducând o discriminare de principiu (derivată și dintr-o incompletă definire) între diferitele categorii profesionale care exercită funcțiile de

---

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

<sup>5</sup> Art. 42, alin. 1-2 din Regulament.

<sup>6</sup> **Art. 3 (1) Medicii directori generali și directori generali adjuncți medicali au program de 7 ore zilnic.**

director general (acum manager) și directori generali adjuncți<sup>7</sup> medicali. Astfel, în măsura în care timpul de muncă este alocat exercitării acestei funcții el trebuie stabilit în mod unitar raportat la funcție și nu la profesia de bază, deoarece atribuțiile postului sunt identice. Diferențele de timp de lucru intervin atunci când alături de exercitarea funcției de director un medic își exercită și funcția de bază,<sup>8</sup> art. 17 menționând această posibilitate. Însă și în acest caz reducerea timpului de lucru trebuie să fie proporțională cu timpul în care lucrează în funcția de medic.

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

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

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

- Personalul sanitar cu pregătire superioară beneficiază de următorul program de lucru:
  - 7 ore zilnic
  - 6 ore zilnic pentru personalul care își desfășoară activitatea la următoarele locuri de muncă: hidrotermoterapie sau laboratoare sau compartimente de analize medicale (cumularea reducerii timpului de lucru cu o oră pentru studii superioare cu reducerea de o oră pentru locul de muncă);
  - 5 ore zilnic pentru personalul care își desfășoară activitatea la următoarele locuri de muncă: anatomie patologică; medicină legală, în activitatea de prosectură, săli de disecție

---

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

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

<sup>7</sup> O formulă nepotrivită, normală fiind utilizarea formulei Director adjunct, diferența specifică față de primul director fiind dată tocmai de faptul că nu sunt directori generali.

<sup>8</sup> Din punctul nostru de vedere o astfel de situație ar trebui să fie posibilă cel mult prin cumul de funcții, lucrurile fiind tratate diferit inclusiv în ceea ce privește timpul de lucru raportat la fiecare dintre funcții.

<sup>9</sup> Trebuie observat faptul că la negocierea contractelor colective de muncă acest aspect a trecut neobservat, ratându-se până acum rezolvarea în favoarea salariaților a acestei erori de interpretare/tehnică legislativă.

și morgi; radiologie și roentgenterapie, medicină nucleară și radioizotopi, igiena radiațiilor nucleare, terapie cu energii înalte, angiografie și cateterism cardiac (cumularea reducerii timpului de lucru cu o oră pentru studii superioare cu reducerea de două ore pentru locul de muncă);

- Personalul sanitar mediu și personalul sanitar auxiliar beneficiază de reducerile timpului de lucru prevăzute deja de anexa nr. la OMS 870/2004.

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

### **Impactul Directivei nr. 24/2011 asupra timpului de lucru al medicilor**

Informațiile privind timpul de lucru al medicilor fac parte din categoria informațiilor relevante pentru pacienții străini, fiind necesară publicarea lor.

Cazurile de malpraxis vor fi judecate raportat la prevederile legislației UE aplicabile, mai ales atunci când este vorba de pacienți din alte state.

Judecarea stării de oboseală a medicului se face în funcție de normele europene în domeniu, fiind în acest caz aplicabile prevederile Directivei 2003/88/EC.

### **Efecte**

Alin. 1-2, art. 44 ale OMS 870/2004 constituie o încălcare gravă, cu intenție, a prevederilor naționale și europene în domeniu, scopul fiind cel de-a ocoli exact prevederile privind timpul de lucru maxim legal.

Dacă luăm în considerare timpul lucrat efectiv de medici raportat la limitele legale ale timpului de lucru vom constata că deficitul de medici este mult mai mare decât se crede, el fiind la ora actuală acoperit prin intermediul orelor suplimentare prestate de cei rămași și a preluării sarcinilor celor plecați. Este evident că acest efort atrage după sine riscul de scădere a calității serviciilor medicale.

Modul în care este reglementat în România timpul de lucru al medicilor și situațiile concrete din unitățile sanitare afectează în două modalități această categorie de lucrători:

- Durata mare a timpului lunar de lucru
- Episoadele de lucru continuu timp de 30 ore și peste

Una din situațiile cele mai dificile o au medicii care efectuează doar gărzi, neavând un loc de muncă de bază, aceștia fiind privați de o serie de drepturi, cele mai importate fiind dreptul la vechime în specialitate și dreptul la concediul de odihnă.

## Concluzii:

- Orele de gardă constituie timp de muncă, ele antrenând toate drepturile aferente.
- În măsura în care aceste ore de gardă sunt desfășurate în afara programului normal de lucru ele constituie ore suplimentare, împărțind soarta acestora. Acordarea acestor drepturi se face inclusiv retroactiv. Un demers în masă al medicilor în acest sens ar antrena costuri semnificative pentru unitățile sanitare, acestea înscriindu-se însă în zona normalității. Limitarea (ilegală) a plății orelor suplimentare desfășurate de medici conduce la economii forțate ale sistemului pe seama acestora, înscriindu-se în strategia generală de limitare a costurilor/subevaluare a acestora pe seama salariaților.
- Interesul unităților sanitare nu trebuie să prejudicieze drepturile medicilor.
- Este necesară modificarea OMS 870/2004 în sensul considerării tuturor orelor de gardă drept timp de lucru.
- Fiind timp de muncă, orele de gardă trebuie luate în considerare la calculul timpului legal de muncă aferent unui salariat atât raportat la Directiva 2003/88/EC cât și în ceea ce privește prevederile Codului Muncii
  - Opțiunea noastră este pentru o strategie de *laissez-faire* în domeniu, nivelele de reglementare trebuind să fie rezultatul negocierilor la nivel individual respectiv la nivelul contractelor colective de muncă.

### Câte ore de gardă este obligat să facă un medic?

Numărul de ore de gardă pe care un medic poate fi obligat să le facă este numărul necesar pentru completarea programului normal de lucru (20 sau 40). Desfășurarea unui număr suplimentar de ore de gardă ar trebui să se desfășoare prin înțelegerea dintre salariat și unitate, fiindu-le aplicabilă situația orelor suplimentare, respectiv prevederile art. 120, alin. 2 din Codul Muncii (*Munca suplimentară nu poate fi efectuată fără acordul salariatului...*).

În principiu, este prezumat acordul medicilor pentru a face numărul de ore de gardă de care unitatea are nevoie, pe baza cointeresei financiare a acestora. Având în vedere prevederile art. 58.1 din OMS 870/2004 (*Refuzul medicilor ... de a respecta graficele de gardă întocmite lunar ... constituie abatere disciplinară.*) este evident că în fapt situația este uneori diferită.<sup>10</sup> Această prevedere este însă caducă în măsura în care este vorba de orele de gardă altele decât cele care fac parte din timpul normal de lucru iar graficele de gardă nu au fost întocmite cu acordul salariatului.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> În acest sens putem invoca și experiența noastră, numărul de sesizări/solicitări de intervenție pe această temă fiind în creștere.

<sup>11</sup> Din punctul nostru de vedere este necesar un acord expres, nefiind operantă prezumția acordului salariatului pentru a face gardile. În acest sens, considerăm necesară existența unei proceduri de elaborarea a graficului de gardă, care să țină cont de toate aceste variabile. Ea poate fi demarată sub forma unei anexe la contractele colective de muncă la nivel de unitate/grup de unități/sector, până la efectuarea modificărilor legale care se impun.



## Analiza stării de fapt

### Poziția medicilor

La nivel european se remarcă mai multe solicitări din partea unor organizații ale medicilor din UE pentru ca în cazul acestora să fie acceptate excepțiile de la prevederile Directivei. Majoritatea vizează însă situația duratei *on call* (gărzile la domiciliu), respectiv eliminarea acesteia din limita maximă de 48 de ore de lucru.

În România s-au conturat de-a lungul timpului câteva încercări timide de-a defini statutul timpului alocat orelor de gardă care depășesc durata normală a timpului de lucru, fie prin considerarea acestuia ca timp de lucru suplimentar, cu toate drepturile salariale aferente, fie printr-o liberalizare a profesiei, însoțită de o recompensă financiară pe măsură.

Deoarece nu am găsit informații relevante asupra acestui aspect în studii sau statistici am recurs la investigarea opiniei medicilor asupra câtorva din aspectele importate privitoare la gărzi.

### Metodologie

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

Aplicarea chestionarelor s-a făcut în perioada 15.05 – 9.06.2013, prin intermediul canalelor de comunicare pe Internet, invitația de completare fiind transmisă la un număr de 7000 de medici din toate regiunile țării, activi în mediul on-line.

Selecția este una aleatorie, în funcție de dorința subiecților de a participa la această cercetare. Au completat chestionarul un număr de 500 de medici, din care doar 320 au declarat că fac gărzi. Eșantionul are următorul profil:

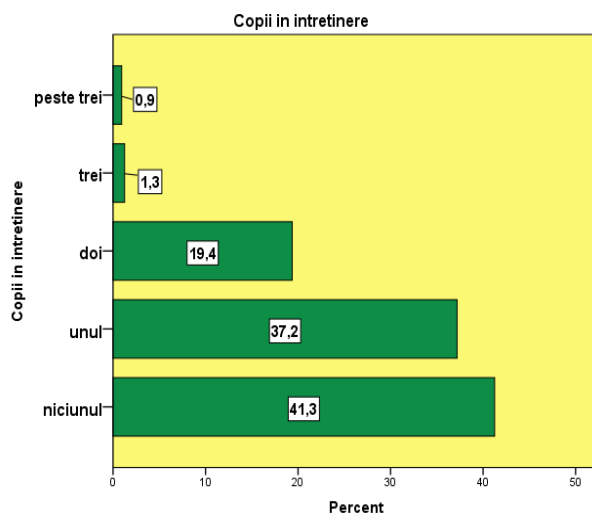
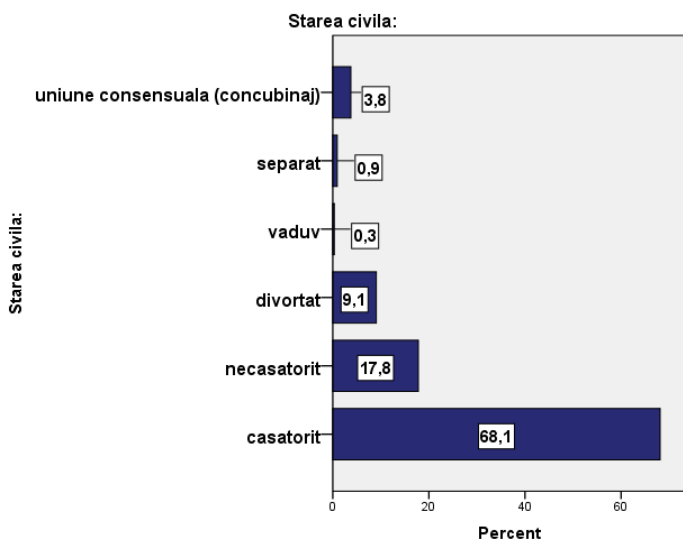
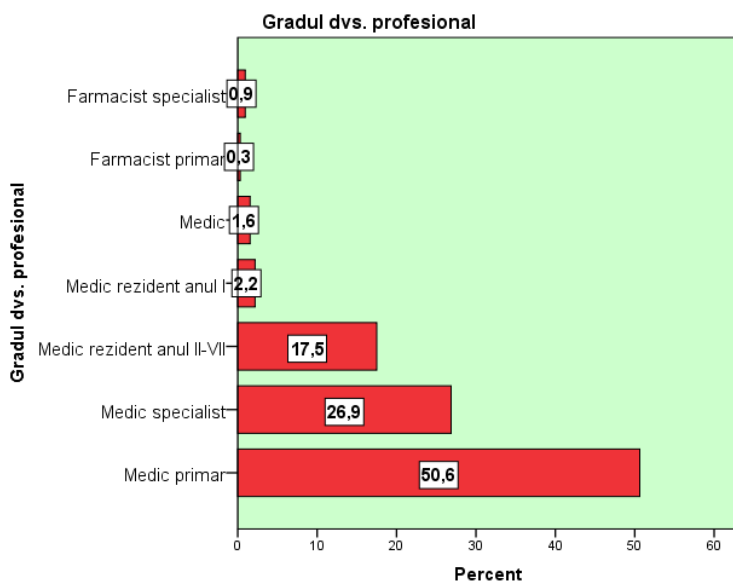
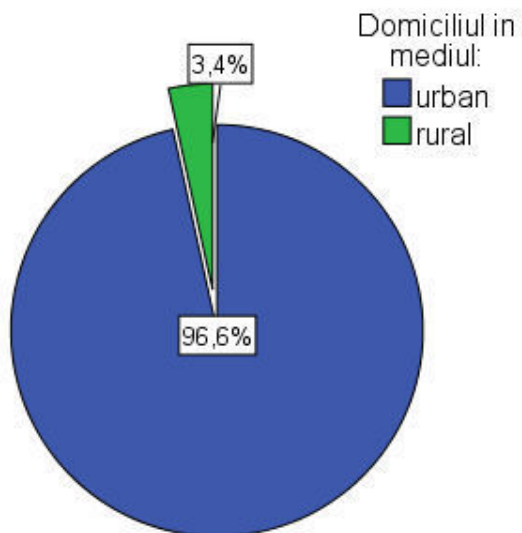
## Caracteristicile eșantionului

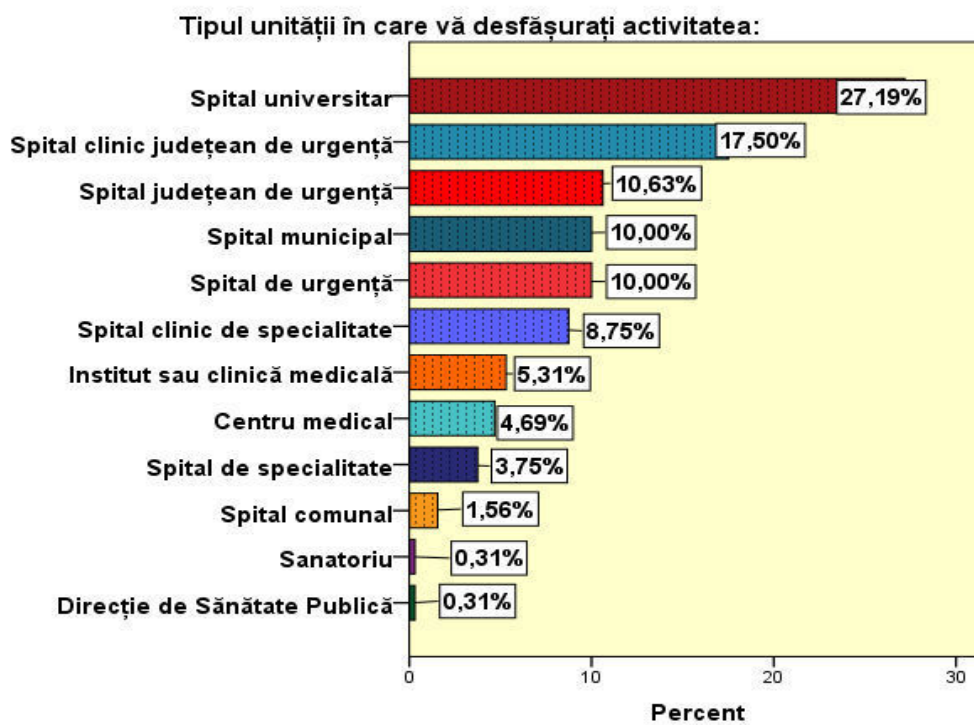
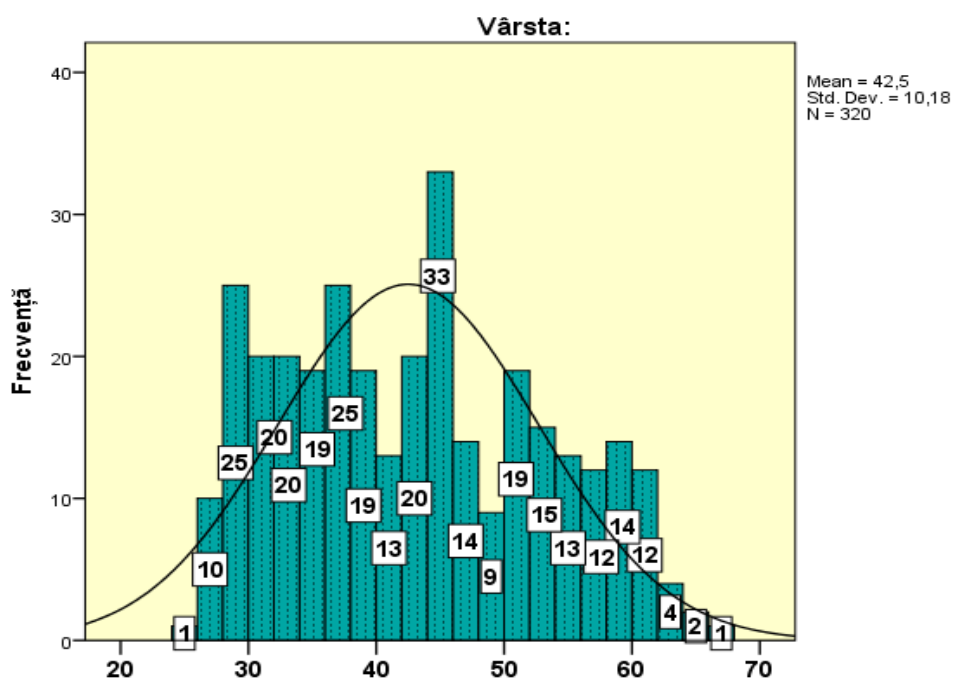
### Specialitatea

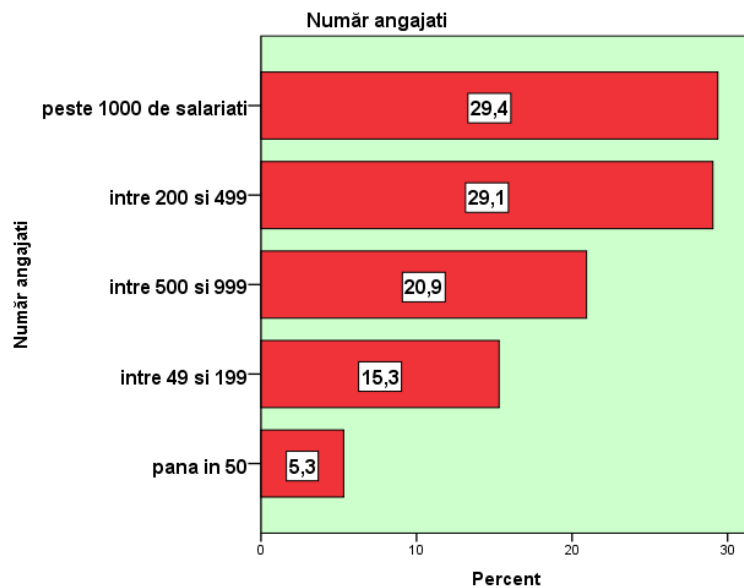
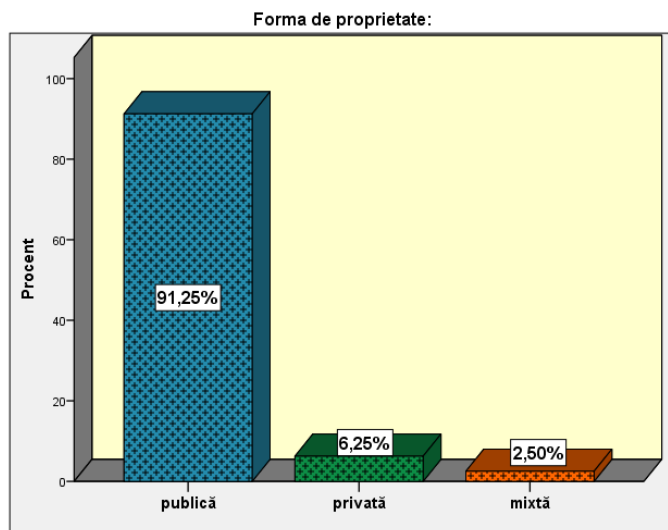
	Frecvența	Procentul
Anestezie si terapie intensiva	13	4,1
Boli infecțioase	15	4,7
Cardiologie	9	2,8
Dermatovenerologie	2	,6
Diabet zaharat, nutriție si boli metabolice	1	,3
Gastroenterologie	5	1,6
Geriatric si gerontologie	1	,3
Hematologie	3	,9
Medicina de familie	16	5,0
Medicina de urgenta	23	7,2
Medicina interna	30	9,4
Medicina muncii	1	,3
Nefrologie	6	1,9
Neonatologie	8	2,5
Neurologie	11	3,4
Neurologie pediatria	2	,6
Oncologie medicala	1	,3
Pediatrie	31	9,7
Pneumologie	13	4,1
Psihiatrie	14	4,4
Psihiatrie pediatria	3	,9
Radioterapie	2	,6
Recuperare, medicină fizica si balneologie	1	,3
Reumatologie	1	,3
Chirurgie generala	20	6,3
Chirurgie pediatria	7	2,2
Chirurgie plastica-microchirurgie reconstructiva	6	1,9
Chirurgie toracica	1	,3
Chirurgie vasculara	1	,3

Neurochirurgie	4	1,3
Obstetrica-ginecologie	26	8,1
Oftalmologie	1	,3
Ortopedie si traumatologie (specialitate care asimilează si Ortopedia pediatria)	7	2,2
Otorinolaringologie (ORL)	6	1,9
Medicina de laborator	7	2,2
Medicina legala	1	,3
Radiologie-imagistica medicala	15	4,7
Stomatologie	3	,9
Alta	3	,9
Total	320	100,0

### Domiciliul in mediul:



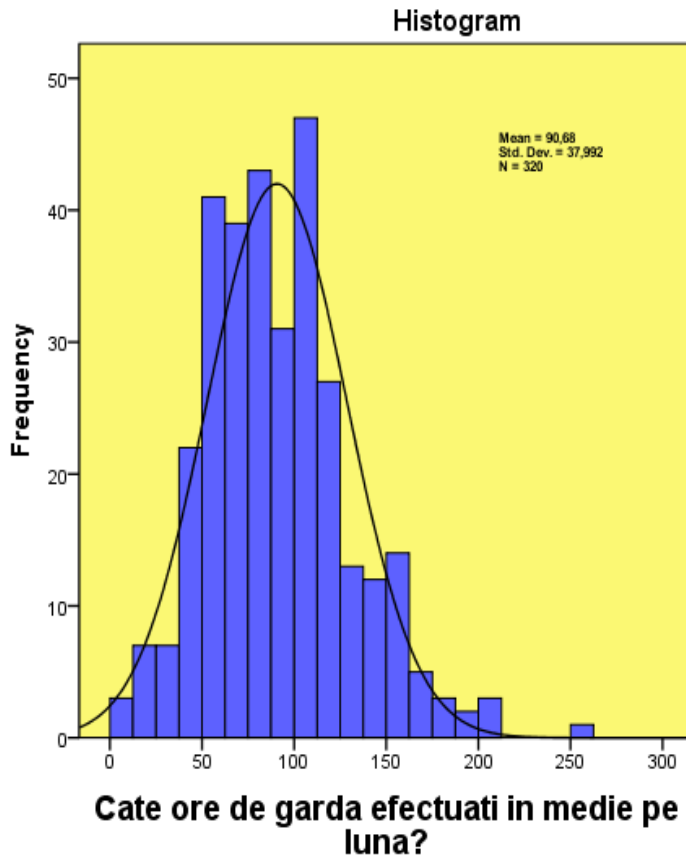




Considerăm că datele privitoare la eșantion distribuție proporțională raportat la numărul de salariați.

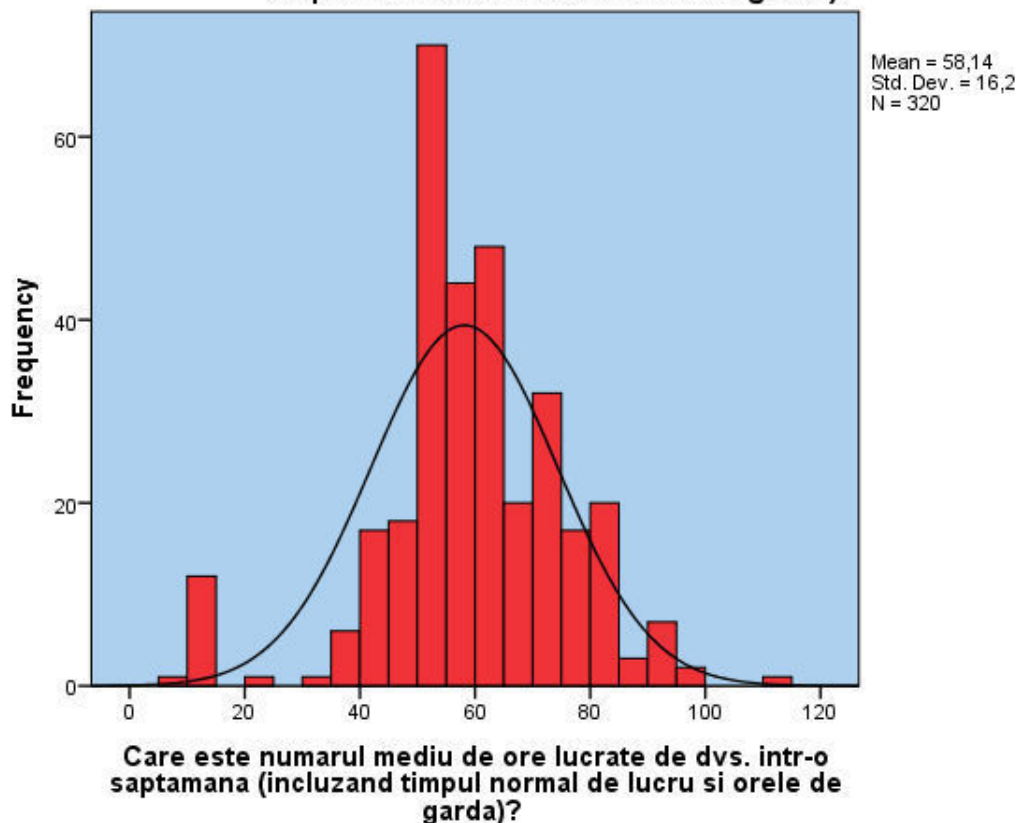
## Analiza datelor

### Timpul de lucru



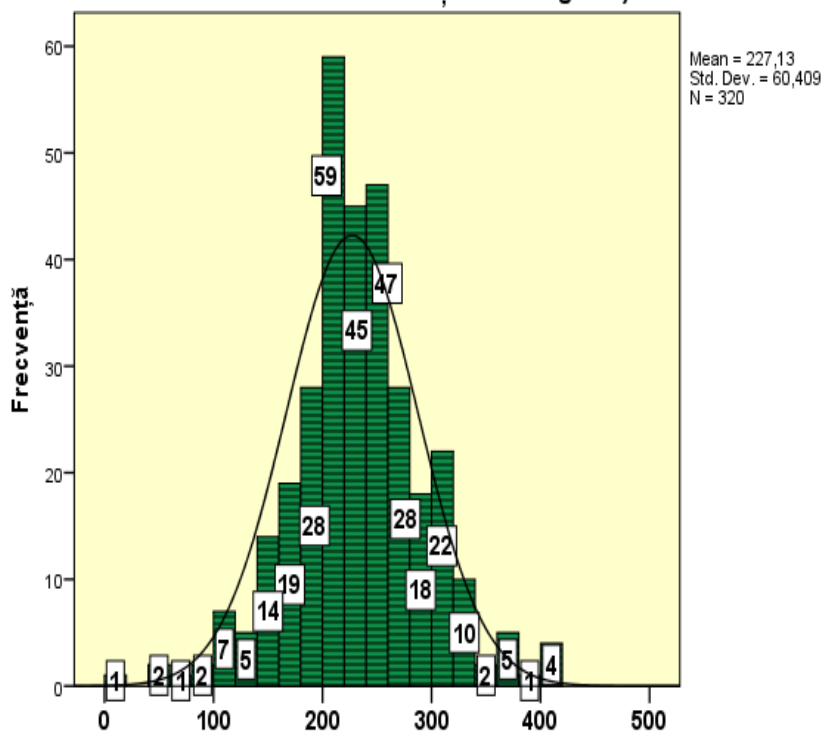
Media lunară a orelor de gardă efectuată de medici este de 90. Ceea ce înseamnă însă că jumătate dintre respondenți lucrează mai mult de 90 de ore de gardă. Medicii care fac peste 150 de ore de gardă tind către echivalentul duratei normale a încă unui contract individual de muncă, unii și depășind acest nivel. Ceea ce indică faptul că în sectorul sanitar există medici care lucrează echivalentul a două contracte individuale de muncă, beneficiind însă de o serie de drepturi doar pentru echivalentul timpului normal de muncă pentru un contract individual. Deoarece orele de gardă se desfășoară lunar, cu excepția perioadei aferentă concediului de odihnă, este evidentă încălcarea prevederilor specifice legislației muncii în ceea ce privește durata normală a timpului de lucru.

**Care este numarul mediu de ore lucrate de dvs. intr-o saptamana (incluzand timpul normal de lucru si orele de garda)?**



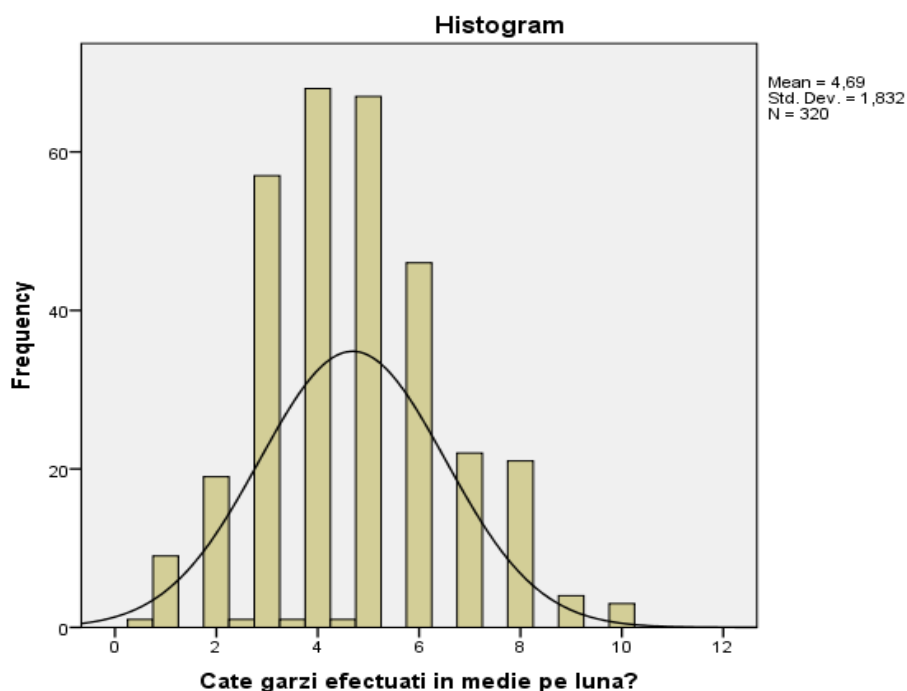
Numărul mediu de ore de lucru pe săptămână este de 58 de ore. Dacă avem în vedere faptul că durata normală a timpului de lucru este de 40 de ore/săptămână, putându-se merge până un maxim de 48 de ore pe săptămână, este evidentă o depășire medie cu echivalentul unei jumătăți de normă. Mai trist este faptul că pentru a se simula încadrarea în prevederile legale în domeniu, timpul lucrat suplimentar nu este considerat timp de lucru.

Care este numărul mediu de ore lucrate de dvs. într-o lună (incluzând timpul normal de lucru și orele de gardă)?



Media numărului de ore lucrate de un medic într-o lună este de 227. Observăm că sunt medici care depășesc și durata a două norme de lucru (media unei norme de lucru pentru un medic fiind de cca. 147 ore/lună). Deoarece în eșantion sunt incluși doar medicii care fac gărzi este aproape firească depășirea programului normal de lucru. Problema o constituie însă nivelul acestei depășiri, care conduce uneori la uzura personalului și încălcări flagrante ale prevederilor legale.





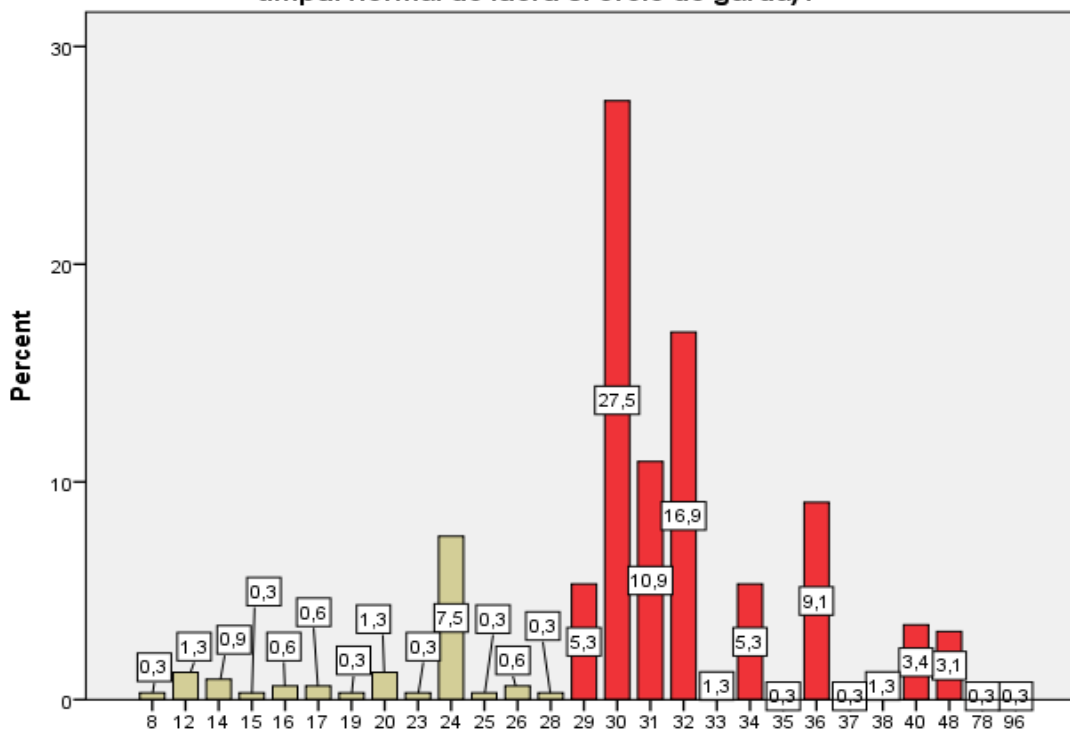
Media numărului de gărzi efectuate de un medic pe lună este situată aproape de 5, fiind indicate și cazuri de în care medicii fac chiar și 9 sau 10 gărzi/lună. Pentru a avea însă o bună imagine asupra fenomenului reamintim faptul că un număr de gărzi situat între una și trei gărzi fac parte din programul normal de lucru, abia ceea ce depășește acest nivel putând fi considerat ca parte a orelor suplimentare.

<b>Tipul unității in care va desfășurați activitatea: * Cate gărzi efectuați in medie pe luna?</b>											
<b>Crosstabulation</b>											
<b>Tipul unității</b>	<b>Cate gărzi efectuați in medie pe luna?</b>										<b>Total</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	
Spital universitar	3	7	23	19	14	13	6	1	0	1	87
Institut sau clinica medicala	1	2	3	5	4	1	0	1	0	0	17
Spital clinic județean de urgenta	2	3	7	11	21	5	2	4	1	0	56
Spital județean de urgenta	0	1	4	7	5	6	5	3	2	1	34
Spital de urgenta	1	2	4	9	7	3	1	4	0	1	32
Spital clinic de specialitate	1	3	8	5	5	4	2	0	0	0	28
Spital de specialitate	0	0	2	2	3	2	2	1	0	0	12
Spital municipal	0	0	4	5	6	10	2	4	1	0	32

Sanatoriu	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Spital comunal	0	0	0	2	0	0	1	2	0	0	5
Centru medical	1	1	3	3	3	2	1	1	0	0	15
Direcție de Sănătate Publică	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	10	19	58	69	67	46	22	21	4	3	320

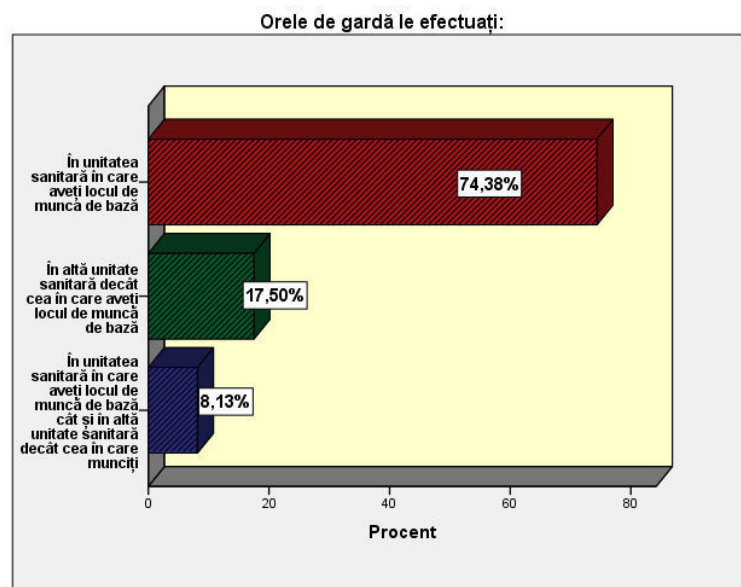
Analiza corelației dintre numărul de găzi și tipul unității indică situarea peste medie în special a spitalelor județene de urgență și a spitalelor municipale, în cazul acestora fiind posibil să existe un deficit de medici mai mare decât în cazul restului unităților sanitare. Situația poate fi însă explicată și de numărul mic de medici care au aceeași specializare.

**Care este numărul maxim de ore lucrate de dvs. continuu, fara pauza (incluzand timpul normal de lucru si orele de garda)?**

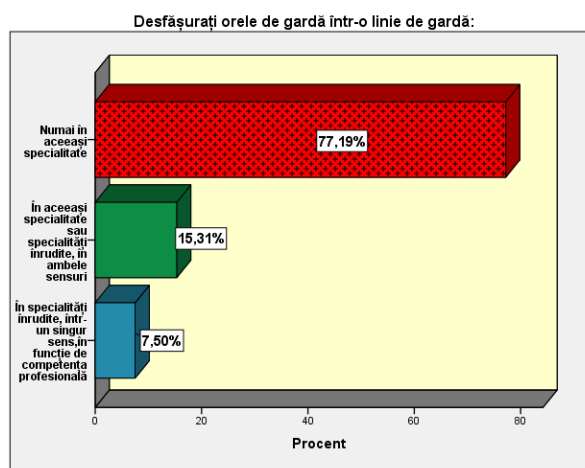


Faptul că media orelor lucrate continuu, fără pauză, depășește 30 de ore accentuează numărul cazurilor situate dincolo de prevederile legale în ceea ce privește protecția salariaților. Suplimentar, starea de oboseală asociată timpului de lucru prelungit poate constitui un risc pentru siguranța pacienților.

## Modul de desfășurare a gărzilor

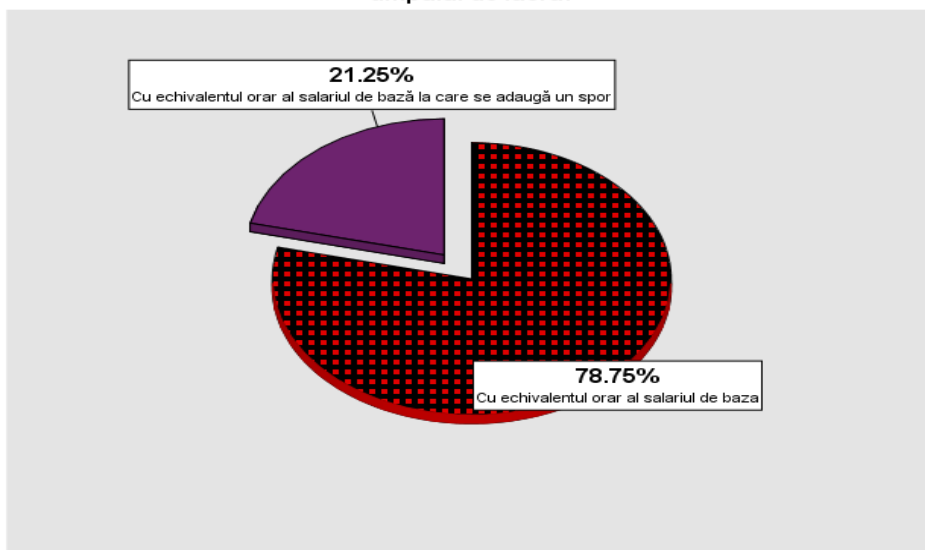


În cca. 25% din cazuri este vorba de gărzi care sunt desfășurate fie *în afara locului de muncă de bază* fie *și în afara locului de muncă de bază*. Pentru acești medici problema nu se mai pune în termenii depășirii timpului normal de lucru aferent normei de bază, ci este vorba de existența unui alt loc de muncă, care este destul de probabil să nu fie însoțit de drepturile aferente unui contract individual de muncă.

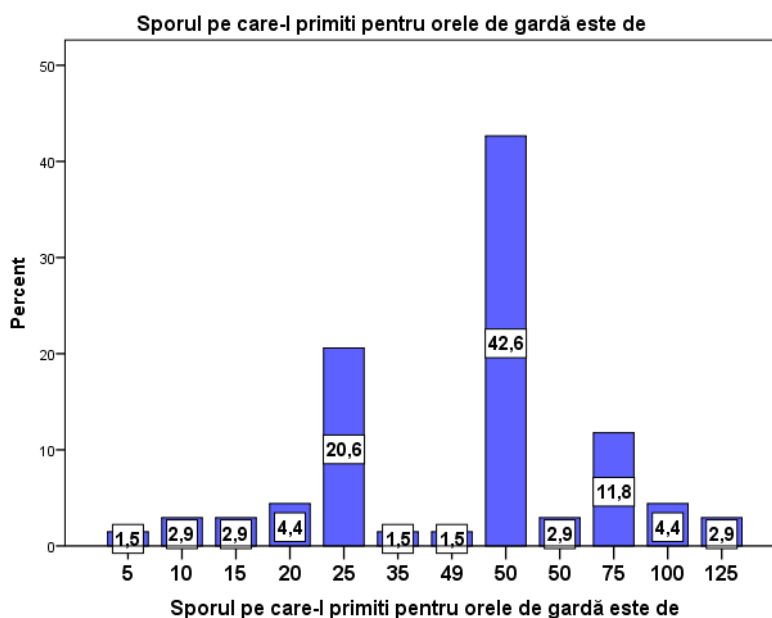


Cca. 24% dintre medici nu fac gărzi doar în aceeași specialitate.

**Cum sunteți plătit pentru orele de gardă efectuate care depășesc durata normală timpului de lucru:**



Procentul celor care nu primesc spor pentru orele de gardă se situează la cca. 79%. Dacă vom considera drept ore suplimentare gărzile efectuate peste durata normală a timpului de lucru atunci putem vorbi de cca. 75% din cazuri în care nu sunt respectate prevederile legale în domeniu, în sensul prevăzut de Directiva nr. 88/2003 și de legislația muncii.

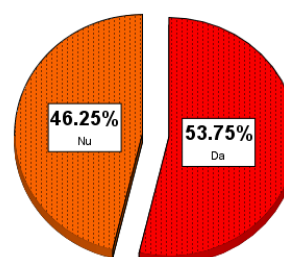
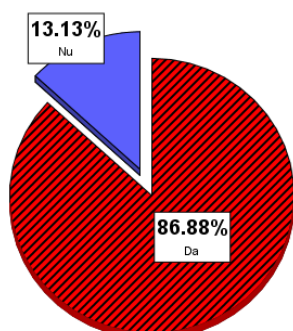


Respondenții care au declarat că primesc un spor pentru orele de gardă ce depășesc durata normală a timpului de lucru indică în același timp un cuantum al sporurilor ce se situează în medie sub nivelul de 50%.

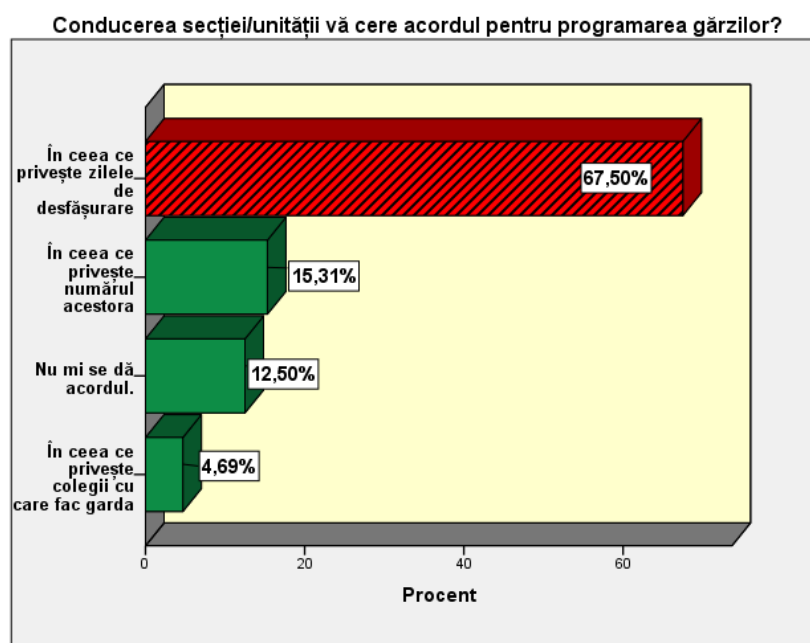
## Participare la decizia de stabilire a gărzilor

Sunteți consultat/consultată la elaborarea graficului de gărzi?

Vi se solicită acordul pentru desfășurarea orelor de gardă suplimentare față de programul normal de lucru?

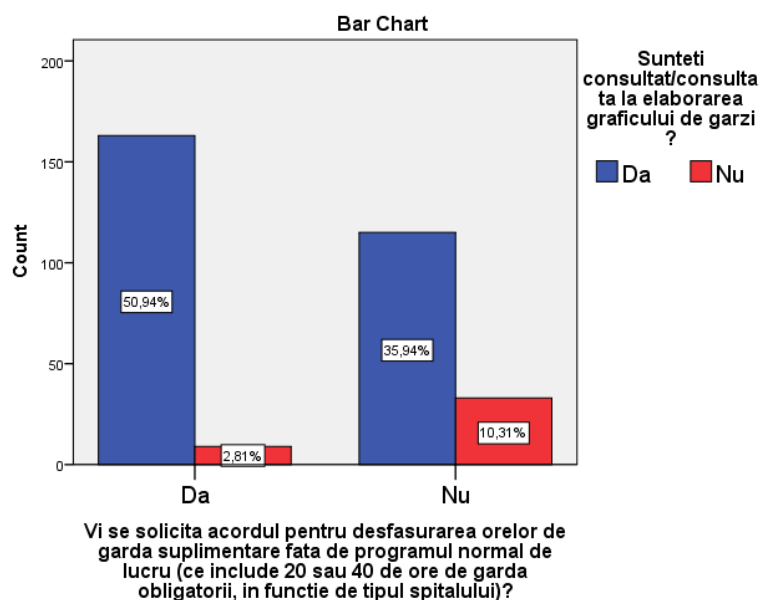


În majoritatea situațiilor subiecții au indicat faptul că sunt consultați la elaborarea graficului de gărzi, însă pentru cca. 46% dintre respondenți orele de gardă suplimentare față de programul normal de lucru au un caracter obligatoriu. Dacă avem în vedere faptul că în acest caz este vorba de ore suplimentare, situația reprezintă o încălcare a prevederilor legale în vigoare, riscând chiar o interpretare în sensul muncii forțate.

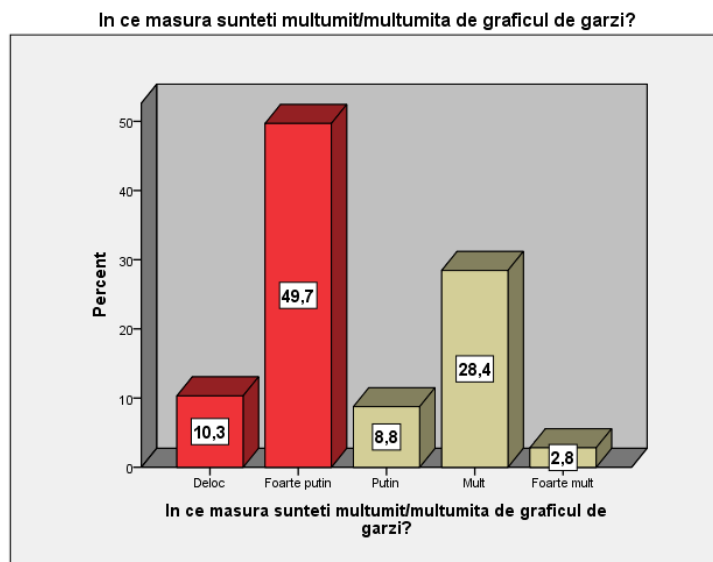


Acordul privind modalitatea de organizare a gărzilor este solicitat în 87,5% din cazuri, el vizând zilele de desfășurare, numărul gărzilor și colegii de gardă. Se observă în același timp următoarele:

- Doar în cca. 15% din cazuri este solicitat acordul pentru stabilirea numărului de gărzi. Ceea ce poate indica faptul că în cca. 85% din cazuri fie nu este solicitat acordul pentru stabilirea numărului de gărzi fie există un interes al medicilor pentru a desfășura mai multe gărzi;
- În 12,5% din cazuri nu este solicitat acordul medicilor în privința niciunui aspect.



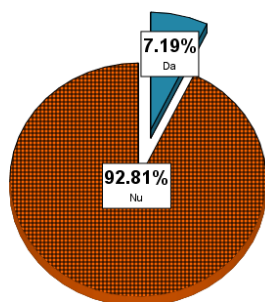
În cea mai mare parte a situațiilor în care respondenților nu li se solicită acordul pentru desfășurarea gărzilor suplimentare față de durata normală a timpului de lucru ei sunt totuși consultați în ceea ce privește alte aspecte ale gărzii.



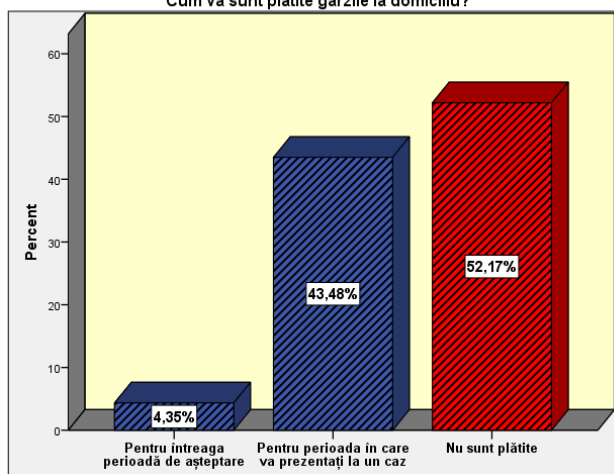
Efectele negative ale modului de stabilire a graficului de gărzi se reflectă din plin asupra gradului de satisfacție al subiecților, cca 60% din ei exprimându-și nemulțumirea față de le.

## Gărzile la domiciliu

Efectuați gărzii la domiciliu?

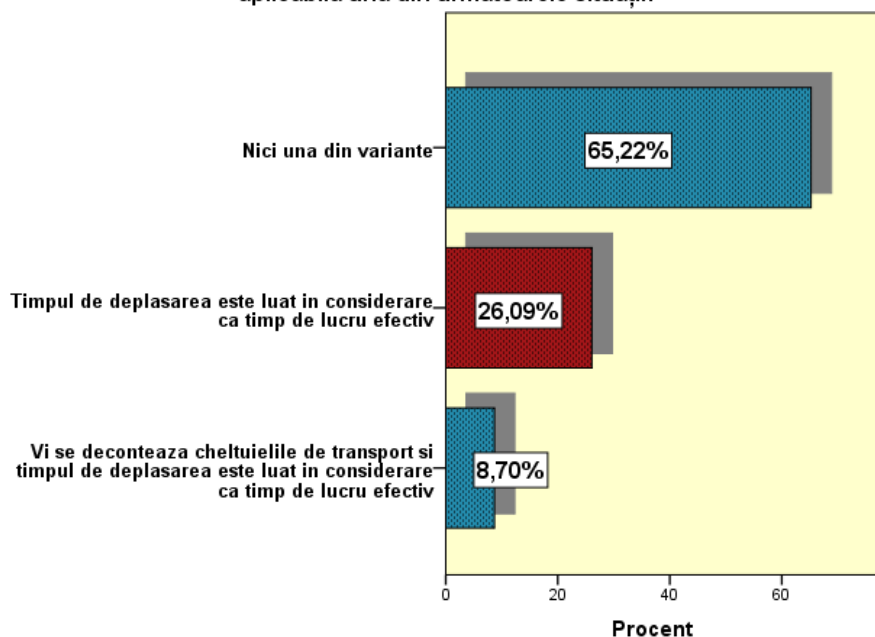


Cum vă sunt plătite gărzile la domiciliu?



7.19% dintre respondenți au indicat faptul că fac gărzii la domiciliu, în 52% din cazuri acestea nefiind plătite.

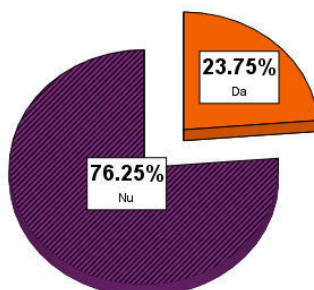
În situația în care, fiind de gardă la domiciliu, vă prezentați la caz, vă este aplicabilă una din următoarele situații:



În 65% din cazuri în care subiecții fac gardă la domiciliu timpul de deplasare la unitate nu este luat în considerare ca timp de muncă iar cheltuielile de deplasare nu sunt decontate.

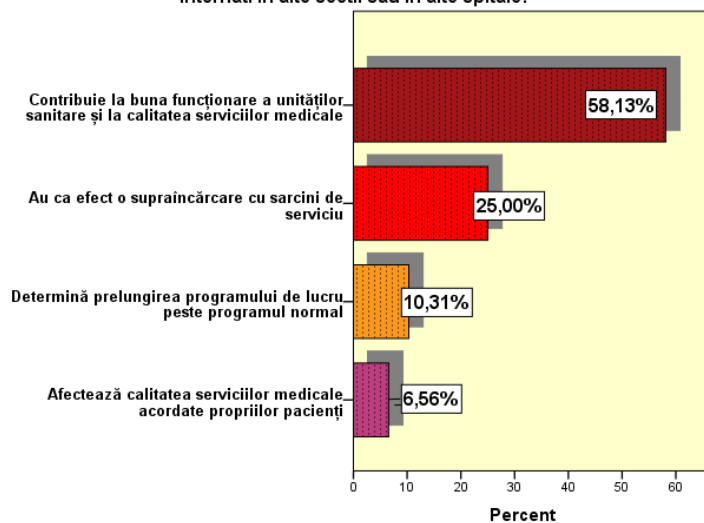
## Consultațiile interdisciplinare

În cadrul activității dvs. curente consultațiile interdisciplinare, pentru pacienții internați în alte secții sau în alte spitale, au prioritate față de tratarea propriilor pacienți?



Problema consultațiilor interdisciplinare ne-a interesat din perspectiva unei posibile încărcări cu sarcini de serviciu, determinate de buna funcționare a unităților sanitare. După cum se poate vedea în figura de mai jos 58% dintre respondenți consideră garda drept unul element esențial pentru funcționarea spitalelor.

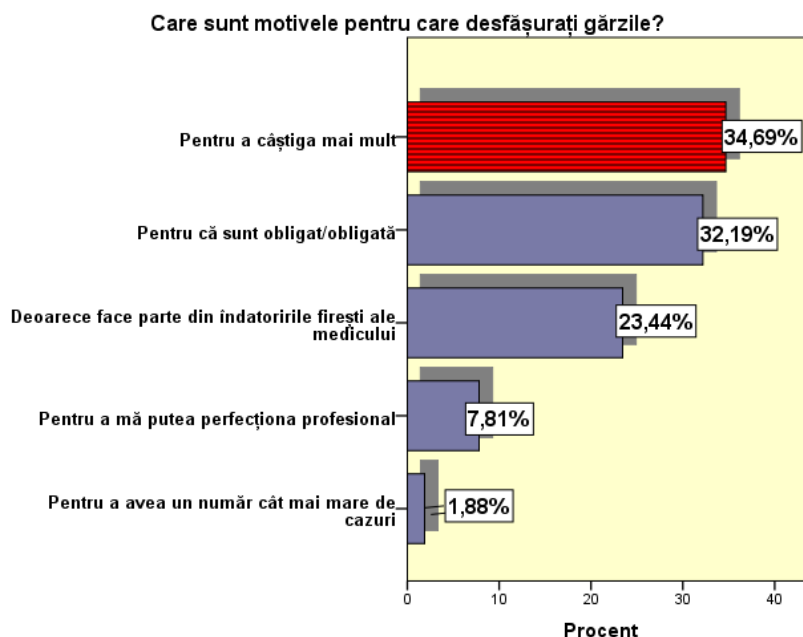
Din punctul dvs. de vedere consultațiile interdisciplinare, pentru pacienții internați în alte secții sau în alte spitale:



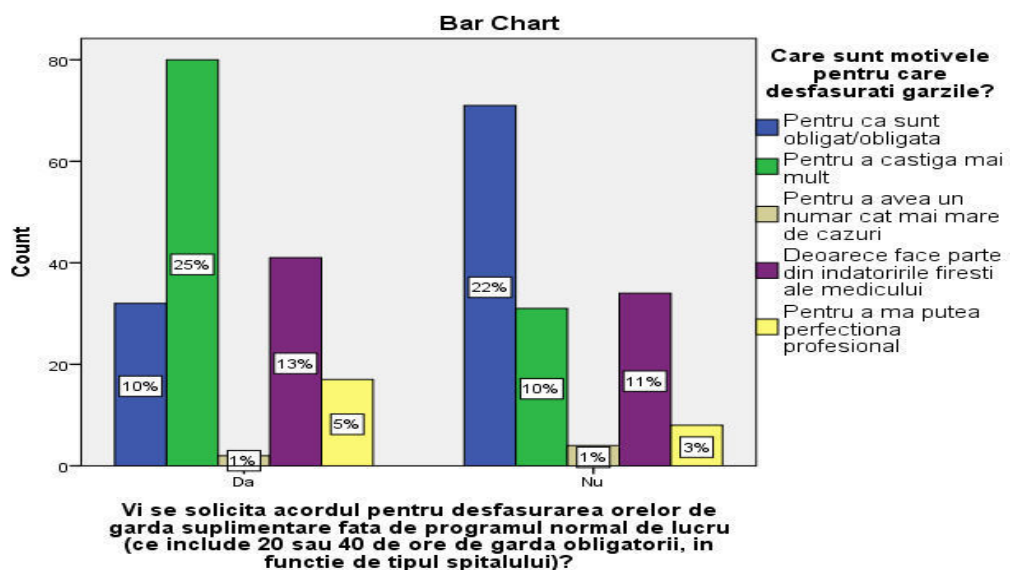
În același timp însă, se poate observa că procedura determină o supraîncărcare cu sarcini de serviciu în cca. 40% din cazuri (incluzând prelungirea programului de lucru și diminuarea calității serviciilor medicale acordate altor pacienți), necesitând formule de cuantificare și organizare eficientă a activităților.



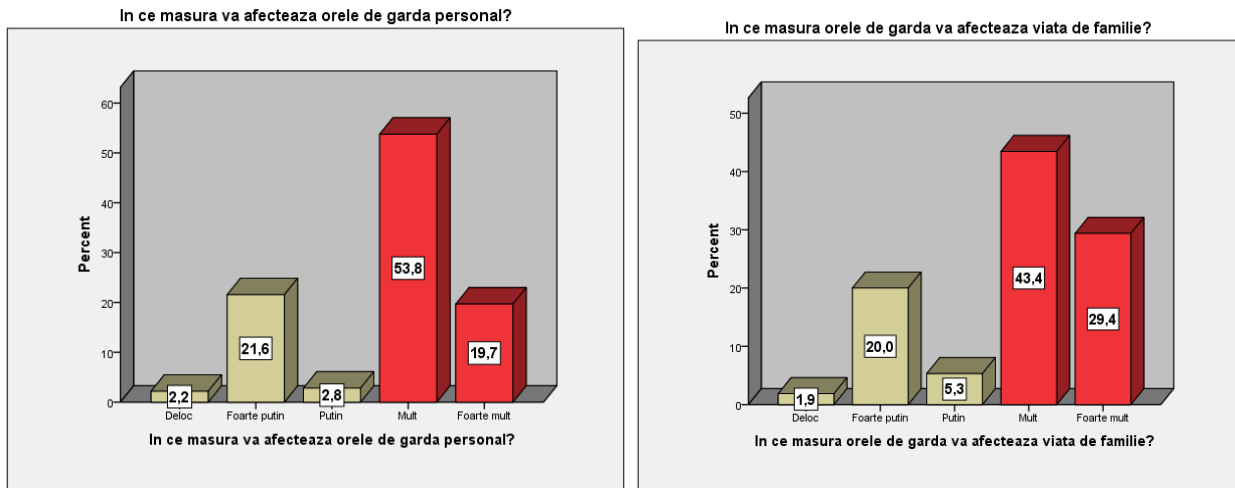
## Aspecte calitative



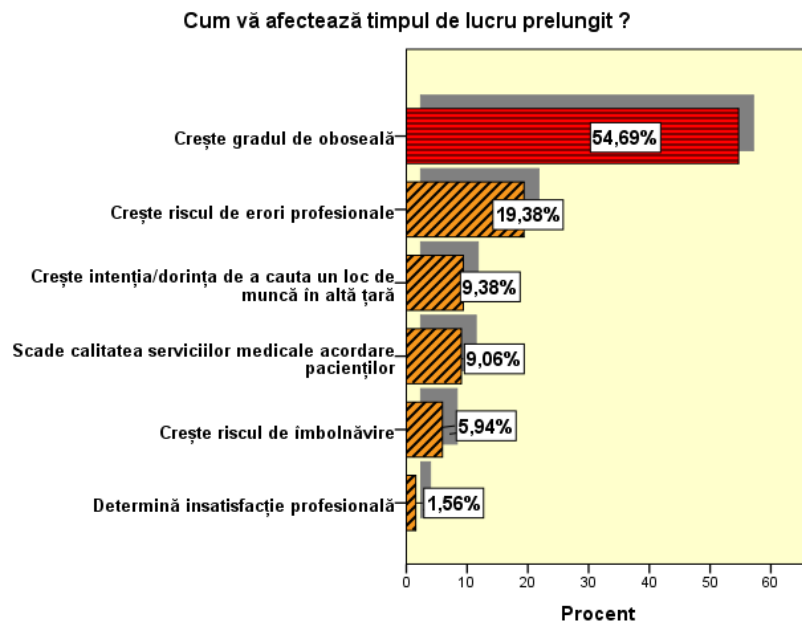
În cca. 35% din cazuri medicii efectuează gărzile pentru a putea câștiga mai mult. Se observă în aceste situații că fie nivelul mic al câștigurilor (cel mai probabil) fie dorința unor câștiguri mult mai mari determină medicii să achieseze la situații ilegale din perspectiva timpului legal de muncă. Cca.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



Analiza corelațiilor indică situații în care se declară că i se solicită acordul pentru efectuarea gărzilor și acesta se simte obligat să-l dea și situații în care medicul nu i se solicită acordul dar este interesat să facă gărzi pentru a putea câștiga mai mult. Totuși, garda ca obligația corelează cu lipsa solicitării acordului iar dorința de a câștiga mai mult cu solicitarea, respectiv exprimarea, acordului.

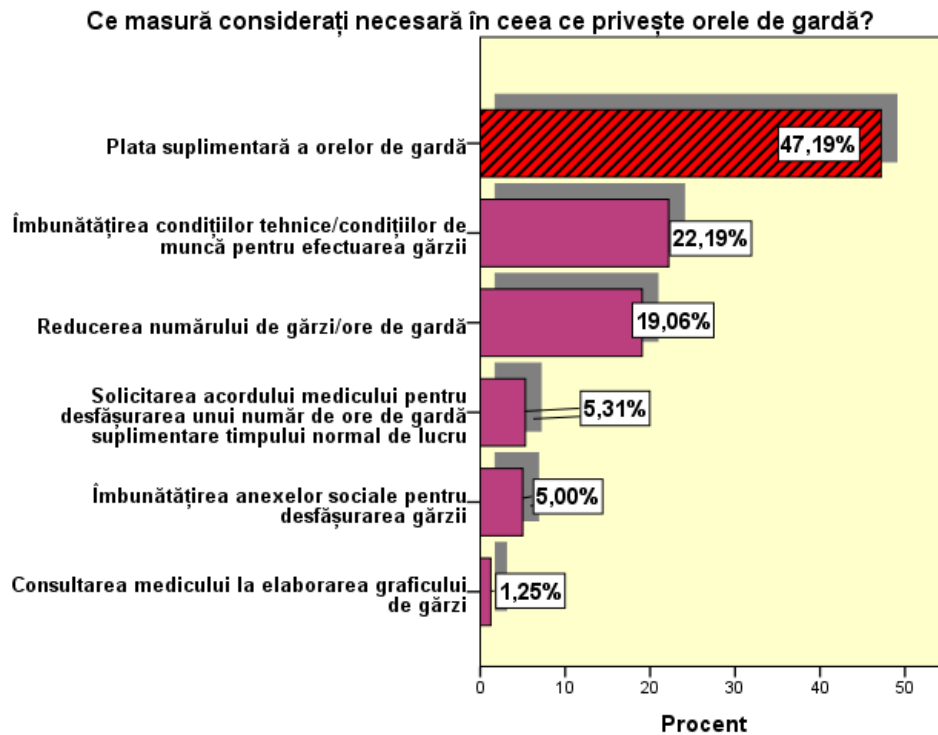


Curba răspunsurilor orientată la dreapta indică faptul că gărzile afectează într-o măsură semnificativă subiecții. În acest sens trebuie luate în considerare toate tipurile de efecte negative pe care orele de gardă le au asupra medicilor. Afectarea implică și viața de familie, peste 70% dintre subiecți indicând-o.



Având în vedere faptul că, așa cum am văzut, orele de gardă se asociază cu un timp de lucru prelungit, putem observa efectele pe care acesta le are asupra subiecților, pe primul loc situându-se accentuarea stării de oboseală urmată de o creștere semnificativă a riscului de erori profesionale.

Insatisfacția globală față de condițiile de desfășurare a gărzilor, modul în care sunt programate, faptul că ele conduc la un timp de lucru prelungit, este responsabilă în cca. 10% din cazuri de creșterea intenției de a pleca în altă țară.



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

## Concluzii

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Căile posibile de acțiune

### Modificarea legislației aplicabile în sensul Directivei nr. 88/2003

Principala direcție de acțiune pentru remedierea acestei situații o constituie solicitarea adresată Ministerului Sănătății de a modifica OMS 870/2004 în sensul intrării în legalitate. În acest sens menționăm faptul că la momentul publicării în forma finală studiul a fost deja transmis într-o formă sintetică, conținând principalele idei, către mai mulți factori de decizie din minister, fiind prezentată problematica în ansamblul ei. Din discuțiile pe care le-am avut pe această temă principala dificultate ar constitui-o soluția ce poate fi adoptată pentru remediere. Din punctul nostru de vedere considerăm posibile două variante:

- Considerarea gărzilor care depășesc timpul normal de muncă drept ore suplimentare. O dificultate invocată în acest sens ar ține de costurile suplimentare pe care le aduce cu sine o astfel de soluție, având în vedere atât faptul că acestea necesită o plată suplimentară cât și faptul că „tariful orar” (ca să utilizăm formula comună) trebuie să includă toate sporurile (deci nu trebuie calculat doar la tariful orar al salariului de bază). Din punctul nostru de vedere aceasta ar fi soluția corectă, cu condiția ca timpul de lucru să se încadreze în prevederile Directivei nr. 88/2003.<sup>12</sup>
- Dacă avem în vedere intențiile privind o nouă lege a salarizării personalului medical din sănătate, proiectul fiind încă în lucru, în cadrul căror s-a vehiculat posibilitatea practicii private în unitatea publică (doar pentru medicii care nu lucrează deja și în mediul privat) care ar trebui desfășurată în cadrul unui contract separat, atunci soluția corectă o reprezintă încheierea unor contracte separate pentru gărzile ce depășesc programul normal de lucru, acestea putând fi integrate în cadrul aceluiași contract cu practica privată. În această variantă se ridică însă problema tipului de contract care ar putea fi încheiat, fiind posibile trei soluții:
  - Contract individual de muncă suplimentar (cumul de funcții). O astfel de variantă ridică următoarele probleme:
    - Condițiile de muncă fac necesar acordarea sporurilor specifice (problema se pune în sens tare doar în cazul practicii private, salariul trebuind să fie de fapt proporțional cu veniturile);
    - Stabilirea duratei zilnice a contractului este dificilă deoarece numărul de gărzii efectuate de un medic nu este același în fiecare lună (este suficient să luăm în considerare, spre exemplu, numărul diferit de zile între diferitele luni);
  - Contract civil (convenție civilă):
    - Este mai puțin avantajoasă pentru medici decât situația orelor suplimentare însă dezavantajul poate fi parțial compensat de nivelul mai mic de impozitare;
    - Ridică unele probleme juridice (poate fi considerată activitate dependentă din perspectiva Codului fiscal, deci reclassificată în calitate de contract individual de muncă);
    - Ridică problema încheierii unei asigurări de malpraxis suplimentare (răspunderea individuală este diferită);
    - Ridică unele probleme în ceea ce privește relațiile ierarhice;
  - Un contract special, care să înglobeze caracteristicile utile și să elimine o mare parte din dificultăți.

<sup>12</sup> Destul de probabil, datorită deficitului sever de personal, în unele cazuri această condiție nu poate fi respectată.

Pentru a urgenta modificarea prevederilor legale este nevoie de un anumit nivel de presiune din partea personalului, dublată eventual de o presiune publică în acest sens. Un astfel de demers necesită existența unui cadru de organizare, ce ține de apartenența la o organizație capabilă să-l desfășoare.

### Solicitarea intervenției ITM la nivel național și la nivel local

În situația eșuării demersurilor pentru modificarea prevederilor legale studiul va fi înaintat atât la nivel central cât și la nivelul județelor, cu solicitarea de verificare a acestor situații. Un astfel de demers ridică însă următoarele probleme:

- Depinde de practica acestor instituții, respectiv de interpretarea pe care ele o dau prevederilor legale;
- Riscă să pună presiune pe managerii unităților sanitare care n-au făcut decât să respecte ceea ce au considerat a fi prevederile legale<sup>13</sup> și, suplimentar, se confruntă cu o acută lipsă de personal, numărul excesiv de gărzi și sutele, chiar miile, de ore suplimentare neplătite lucrate de asistenți constituind soluția cea mai facilă pentru a nu lipsi cetățenii de serviciile medicale.

### Apelarea la instanțe

#### **a) Acțiuni pentru recunoașterea și solicitarea drepturilor**

Având în vedere faptul că este vorba de o gravă încălcare a prevederilor unei directive, obligativitatea de respectare a acestora fiind opozabilă statului, este evidentă calea de acțiune pe care o au salariații împotriva acestei situații. Poate fi introdusă o acțiune invocând prevederile mai favorabile ale legislației UE în domeniu (în special Directiva 2003/88/EC), depășindu-se astfel cadrul juridic creat de OMS 870/2004.

Drepturile salariaților afectați de prevederile OMS 870/2004 pot fi apărate pe următoarele căi:

- Invocând faptul că acest ordin nu respectă prevederile Codului Muncii (în măsura în care prevederile acestuia constituie transpuneri în legislația națională a prevederilor Directivei). În baza principiului ierarhiei actelor juridice un ordin de ministru nu poate deroga de la o lege organică. Suplimentar, ordinul conține prevederi care depășesc chiar și intenția derogatorie (art. 42, alin 1-2 din Regulament).
- Invocând, suplimentar, prevederile Directivei, ținând cont de faptul că acestea sunt necondiționate și suficient de precise. Efectele invocării prevederilor Directivei:
  - i. Naște obligația de interpretare conformă a legislației românești
  - ii. Deschide posibilitatea de a le invoca împotriva statului.<sup>14</sup>

Având în vedere faptul că am expus deja argumentele juridice în prima parte a studiului, nu revenim asupra lor, putând fi invocate ca atare în fața instanță. Recomandăm calea acțiunilor colective pentru o rezolvare rapidă a situației.

Acțiunile în instanță pot avea cel puțin două capete de cerere:

- Solicitarea retroactivă a drepturilor salariale aferente orelor suplimentare prestate

---

<sup>13</sup> Ceea ce însă pe fond nu le diminuează gradul de culpă, mai ales în acele situații în care au suplimentat situația cu alte gesturi ilegale (exemplu: au solicitat medicilor să semneze angajamente prin care renunță la drepturile la concediu aferente gărzilor, mai ales în situația unor contracte încheiate doar pentru gărzi).

<sup>14</sup> În acest caz unitatea trebuie să fie în subordinea sau cel puțin în coordonarea Ministerului Sănătății ori a unei autorități publice locale.

- Plata sporului pentru orele suplimentare;
- Includerea sporurilor aferente locului de muncă în calculul drepturilor salariale;
- Acordarea drepturilor salariale aferente concediului de odihnă.
- Solicitarea obligației de a face, respectiv obligarea unității pentru viitor de a respecta prevederile legale în ceea ce privește:
  - Numărul maxim de gărzi
  - Solicitarea acordului salariatului pentru orele suplimentare
  - Obligativitatea de luare în calcul a timpului astfel lucrat pentru stabilirea drepturilor aferente concediului de odihnă.

**b) Acțiuni pentru desființare actului normativ**

- Acțiunea în contencios administrativ pentru anularea OMS 870/2004.
- Solicitarea aplicării dreptului comunitar pe motiv de incompatibilitate a dreptului național cu acesta.

**c) Acțiunea în fața Curții de Justiție a Uniunii Europene**

Având în vedere că sistemul juridic al U.E. face ca Hotărârile Curții de Justiție a Uniunii Europene să aibă caracter de precedent aplicabil în mod direct, este suficientă o singură acțiune în fața Curții cu rezultat pozitiv pentru ca acesta să fie automat aplicabil pentru România. Un astfel de demers ar putea să includă recuperarea drepturilor salariale retroactiv.

## ANEXĂ:

### Impactul juridic al directivelor la nivel național<sup>15</sup>

Deoarece pentru analiza impactului estimat al Directivei nr. 24/2011 asupra sistemului sanitar românesc este relevantă și înțelegerea modului în care acționează orice directivă asupra legislației naționale și spațiului juridic din România, expunem pe scurt ceea ce poate fi considerat regimul juridic al directivelor.

Prin comparație cu tratatele și regulamentele, care au aplicare nemijlocită în statele membre, fiind obligatorii și pentru instanțe, directivele sunt reglementări cadru care își produc efectele prin transpunerea lor în legislația națională. Cu mențiunea însă că obiectivele directivelor sunt obligatorii pentru statele membre. Acest statut juridic are câteva efecte semnificative:

- Judecătorul aplică, în situația unei spețe deduse judecătii, normele naționale care transpun prevederile/obiectivele directivei.
- Directivele sunt opozabile doar statelor membre, ele nefiind aplicabile în relațiile dintre cetățeni. Altfel spus, obligația de a transpune prevederile unei directive în legislația națională, întocmai cu obiectivele directivei, revine statului. Motiv pentru care el poate fi considerat culpabil pentru orice abatere de la transpunerea conformă.
- În situația în care prevederile unei directive nu sunt transpuse în legislația națională judecătorul se va raporta la prevederile dreptului intern.

#### a) Efectul direct al directivei

Aceste principii de aplicare cunosc însă și o excepție, cu un impact deosebit de importat în ceea ce privește Directiva pe care o avem în vedere: când directiva nu a fost implementată în legislația internă în termenul stabilit de directivă iar prevederile directivei sunt *necon condiționate și suficient de precise* aceste dispoziții pot fi invocate împotriva oricărei dispoziții de drept intern, însă numai împotriva statului. În acest caz vorbim de **aplicarea în mod nemijlocit a prevederilor directivei**, respectiv de **invocarea efectului direct** al acesteia. Esențială în acest caz este **definiția statului** din perspectiva dreptului U.E.: jurisprudența Curții indică faptul că prevederile directivei pot fi invocate împotriva agențiilor aflate sub autoritatea sau controlul statului, împotriva autorităților fiscale sau financiare, împotriva autorităților locale sau regionale și chiar împotriva autorităților aflate sub controlul statului însărcinate să furnizeze servicii publice. Trebuie reținut de asemenea faptul că acționarea în instanță a acestor instituții/organizații poate fi făcută atât în calitatea acestora de autoritate publică cât și ca angajatori.<sup>16</sup>

Doctrina stabilește drept *efect direct vertical* al directivei faptul că prevederile acesteia se pot manifesta numai împotriva statului, lui adăugându-i-se imposibilitatea efectului direct orizontal, respectiv faptul că o persoană nu poate invoca prevederile directivei împotriva altei persoane (fizice sau juridice). Unul din efecte îl constituie faptul

---

<sup>15</sup> Textul acestei anexe este preluat din Studiu *Impactul Directivei nr. 24/2011 asupra sistemului sanitar din România*, Editura Sodalitas, 2013.

<sup>16</sup> În această ultimă calitate un impact deosebit îl au prevederile Directivei 88/2003.



că absența unor prevederi în dreptul intern care să transpună directiva statele membre nu pot angaja răspunderea penală a celor care încalcă prevederile acesteia.<sup>17</sup>

**b) Interpretarea prevederilor directivei atunci când acestea sunt transpuse în dreptul intern**

În privința interpretării normelor legale naționale care transpun prevederile unei directive reținem în special următoarele:

- Instanțele naționale trebuie să prezume că statul membru a dorit să respecte în totalitate obiectivele directivei;
- Normele naționale de transpunere vor fi interpretate cât mai aproape de sensul prevederilor directivei;<sup>18</sup>
- Interpretările dreptului național trebuie făcute în așa fel încât să nu se ajungă la contradicții cu prevederile directivei, fără a putea apela însă la interpretări împotriva legii a dreptului național;
- În caz de îndoială în ceea ce privește interpretarea prevederilor directivei instanța națională va solicita o interpretare din partea Curții de Justiție a Uniunii Europene, aceasta pronunțându-se prin intermediul unei hotărâri preliminare.

---

<sup>17</sup> În acest sens se poate observa că netranspunerea prevederilor Directivei 24/2011 în legislația națională ar face inaplicabile prevederile acesteia împotriva persoanelor fizice și persoanelor juridice private nu însă și împotriva persoanelor juridice de drept public (instituțiile statului și organizațiile similare).

<sup>18</sup> Sunt deosebit de relevante în acest sens spețele judecate de Curtea de Justiție a Uniunii Europene, ele având un caracter mixt: de interpretare a legislației europene și de a creare a dreptului în domeniu (principiul precedentului fiind aplicabil).



# CENTRUL DE CERCETARE ȘI DEZVOLTARE SOCIALĂ „SOLIDARITATEA”

Tel. 0336.106.365 Fax: 0336.109.281

[contact@cercetare-sociala.ro](mailto:contact@cercetare-sociala.ro)

[www.cercetare-sociala.ro](http://www.cercetare-sociala.ro)

ISBN 978-606-92935-7-7



9 786069 293577

# STUDIU PRIVIND SISTEMUL DE SALARIZARE DIN SĂNĂTATE ÎN ROMÂNIA

## ANALIZĂ DE CAZ: SALARIZAREA ÎN FUNCȚIE DE PERFORMANȚĂ

COLECȚIA: SOCIOLOGIE MEDICALĂ

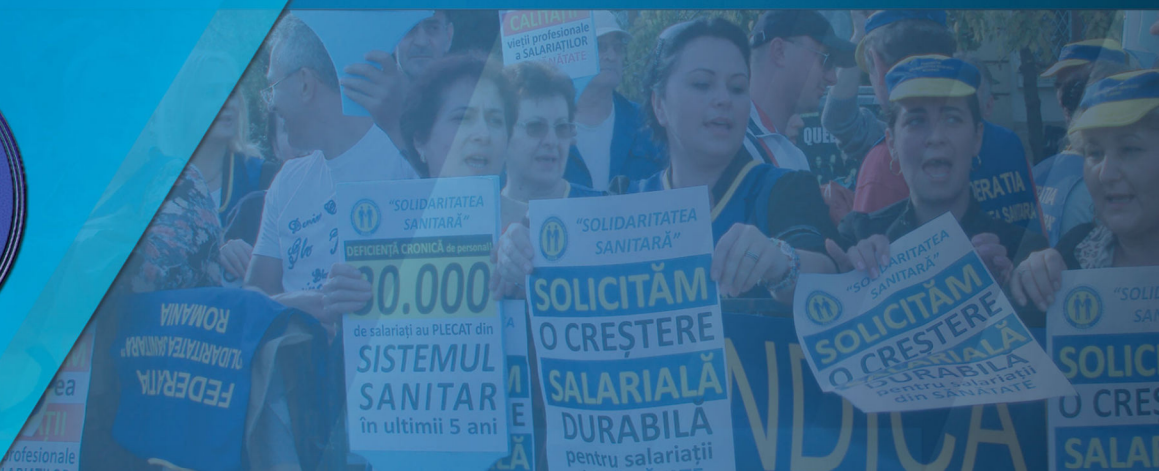
EDITURA: SODALITAS - 2013



Autor: Viorel ROTILĂ



[www.cercetare-sociala.ro](http://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*, *Studiul asupra timpului de muncă în sectorul sanitar din România*. *Analiza de caz: gărzile medicilor*, *Studiul 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](mailto:contact@cercetare-sociala.ro)**

**[www.cercetare-sociala.ro](http://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 tributariu 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,<sup>1</sup> 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.

---

<sup>1</sup> Considerăm că Legea unică de salarizare a bugetarilor, împreună cu dezbaterile care i-au precedat, 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.<sup>2</sup>

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).

---

<sup>2</sup> 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”.<sup>3</sup> Dezvoltarea chestionarului în

---

<sup>3</sup> 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 integral<sup>4</sup> chestionarul un număr de 395 de salariați, din toate categoriile profesionale, aceștia constituind eșantionul final.

Eșantionul are următoarea 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.

<sup>4</sup> 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 răspunzătorilor 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

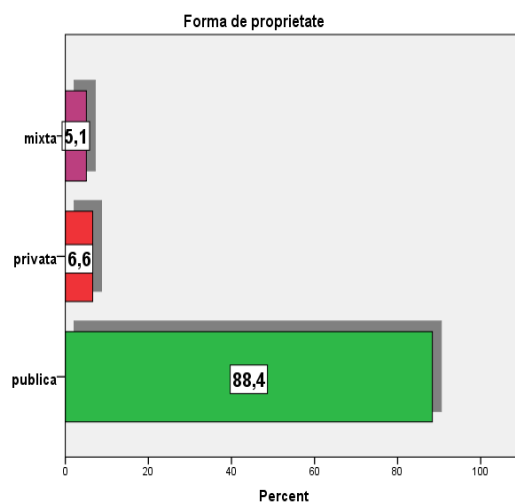
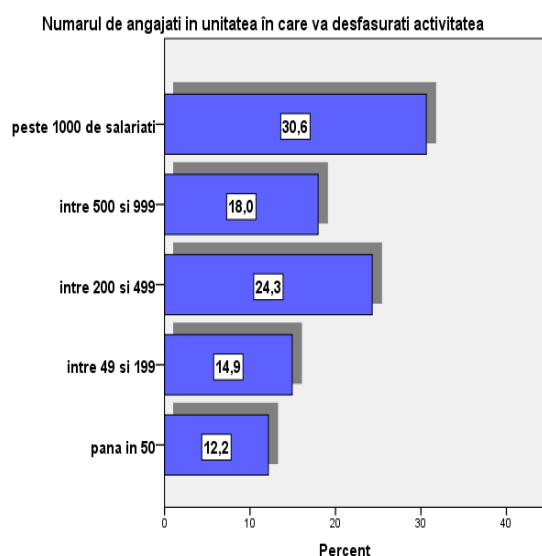
Arad	2,0
Hunedoara	1,3
Botosani	4,6
Valcea	1,3
Teleorman	0,5
Ilfov	1,5
Gorj	1,3
Alba	1,0
Vrancea	0,8
Satu Mare	1,5
Braila	1,5
Bistrita-Nasaud	0,8
Caras-Severin	1,8
Calarasi	2,3
Giurgiu	0,5
Mehedinti	0,3
Salaj	0,5
Tulcea	0,5
Total	100,0

Chiar dacă repartitia pe județe nu respectă într-un total 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/informata asupra intențiilor de reforma ale Ministerului Sănătății în ceea ce privește salarizarea personalului

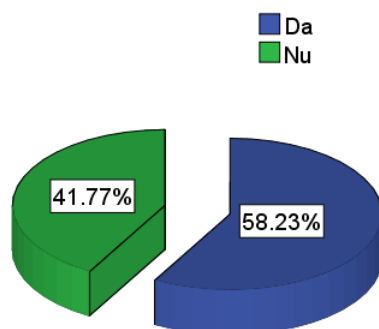


Fig. nr. 1

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/informata de acțiunile sindicatelor pe tema legii de salarizare a personalului din sănătate?

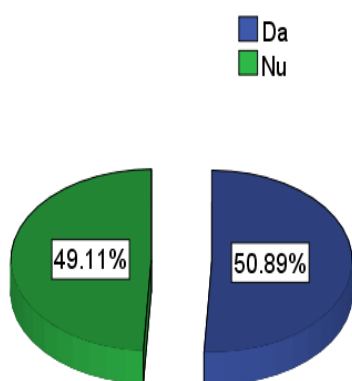


Fig. nr. 2

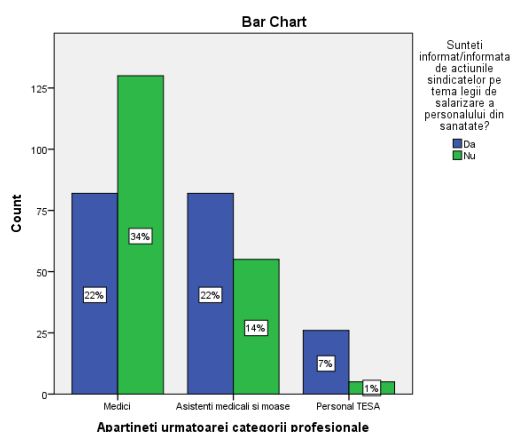
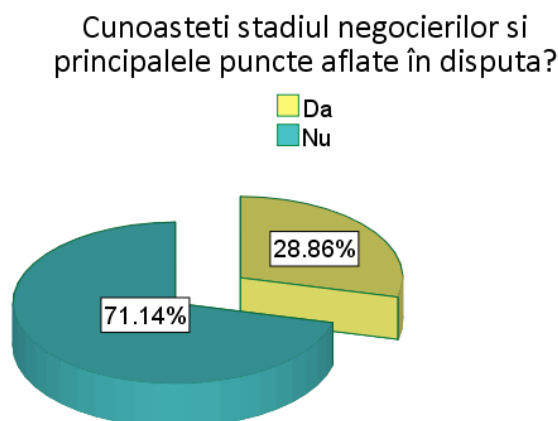


Fig. nr. 3

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 legislatie din ultimii ani?

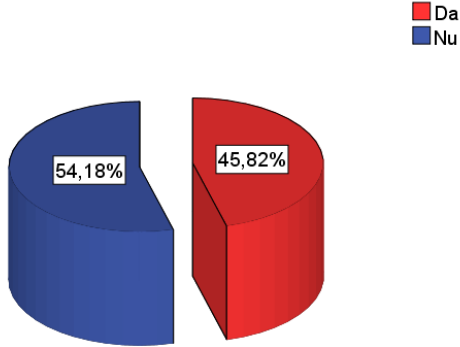


Fig. nr. 5

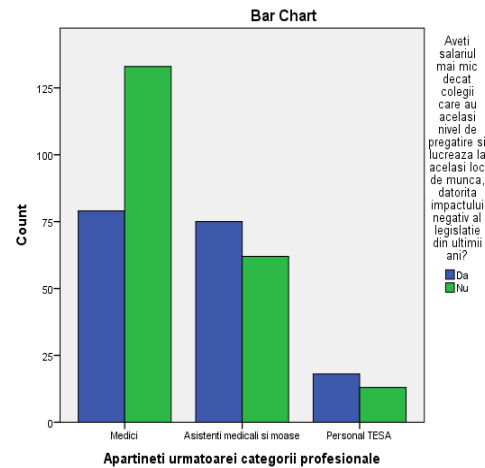


Fig. nr. 6

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?

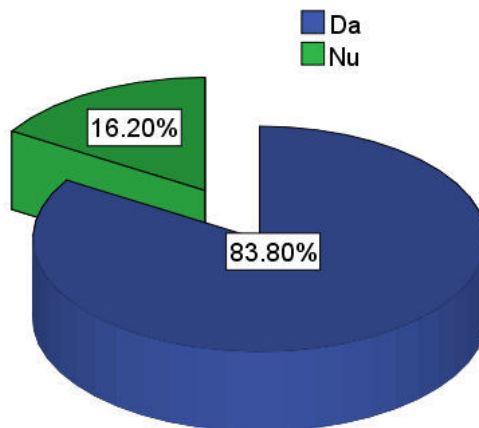
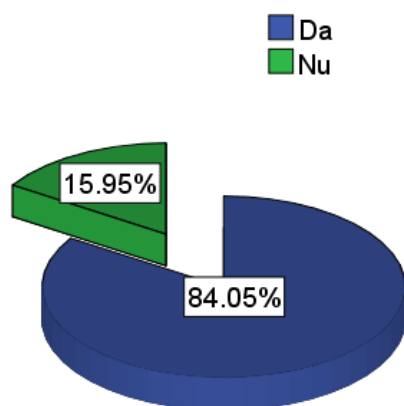


Fig. nr. 7

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.

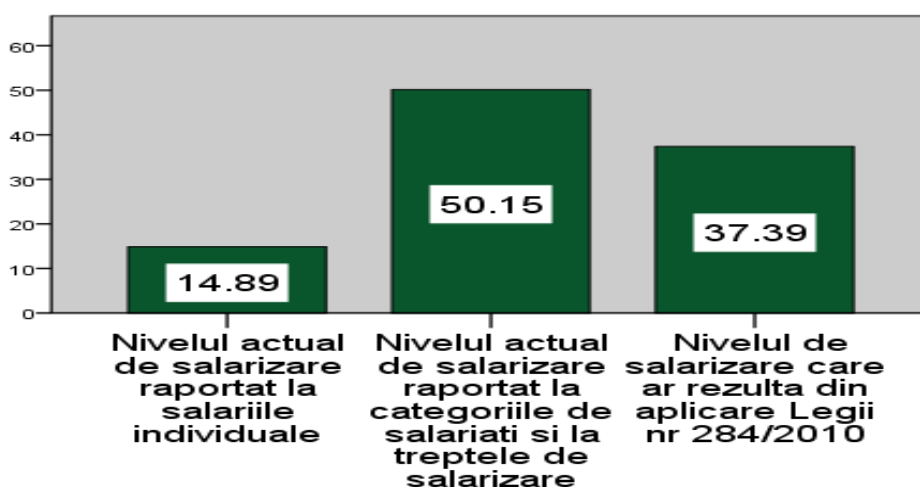
Considerati ca cresterea nivelului de salarizarea va avea ca efect cresterea calitatii serviciilor medicale prestate pacientilor



**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.<sup>5</sup> 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.



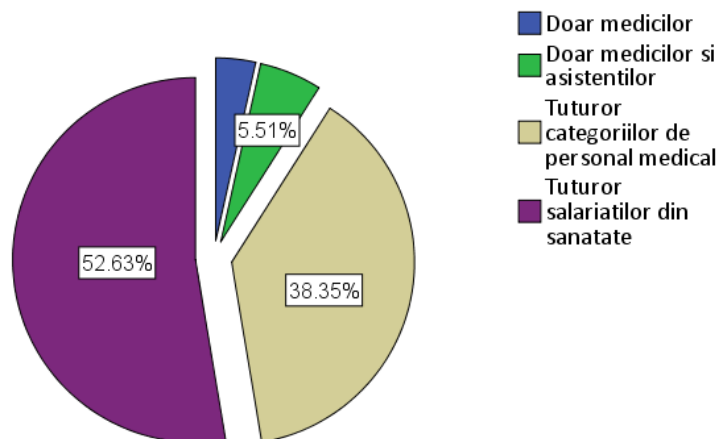
**In ceea ce priveste partea fixa/salariul minim din punctul dvs. de vedere aceasta ar trebui sa fie?**

**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.

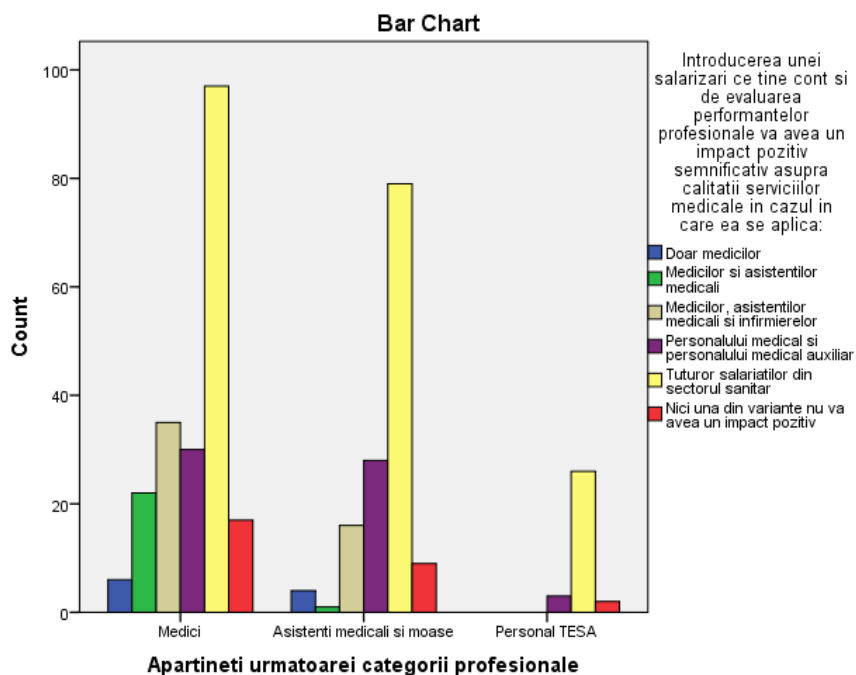
<sup>5</sup> Ținând cont de datele cercetării, nu se poate stabili dacă este vorba de o legătură direct proporțională, respectiv de intensitatea acestei legături.

**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**

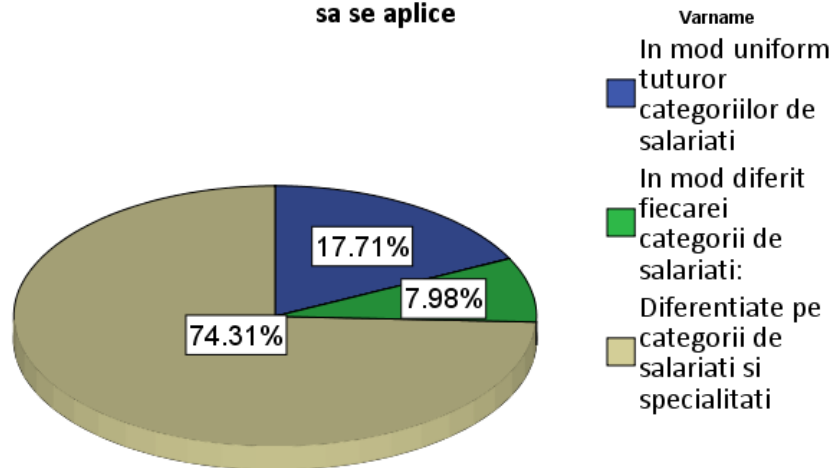
Data fiind intenția Ministerului Sănătății de a aplica salarizarea în funcție de performanță doar medicilor, am explorat punctul de vedere al salariaților. Răspunsurile situează pe primul loc aplicarea acestui model tuturor categoriilor de salariați (52%), urmată de *tuturor categoriilor de personal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



**Fig. nr. 11**

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

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

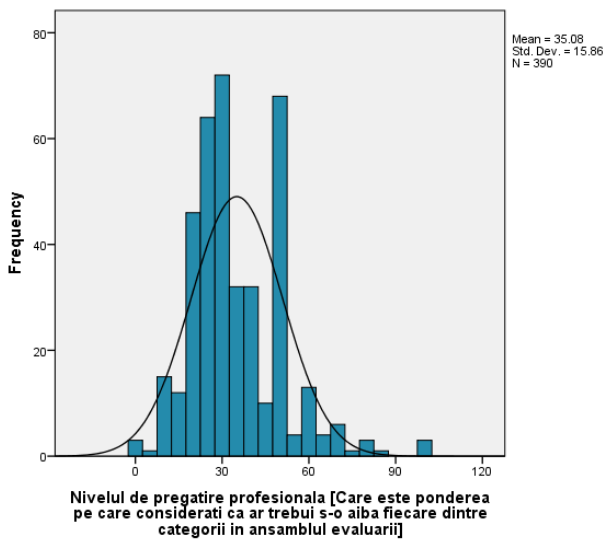


**Fig. nr. 12**

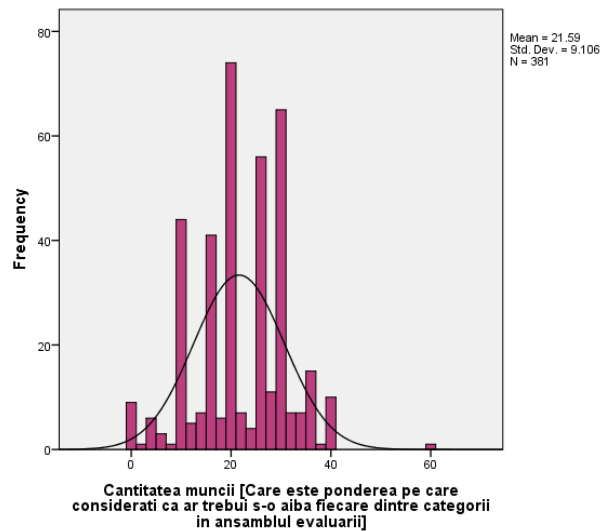
74% dintre salariați consideră că salarizarea în funcție de performanță trebuie să se aplice în mod diferențiat pe categorii de salariați și pe specialități. Salarizarea diferențiată presupune stabilirea unor criterii de evaluare/performance cu un grad cât mai ridicat de specializare.

**Criteriile salarizării în funcție de performanță**

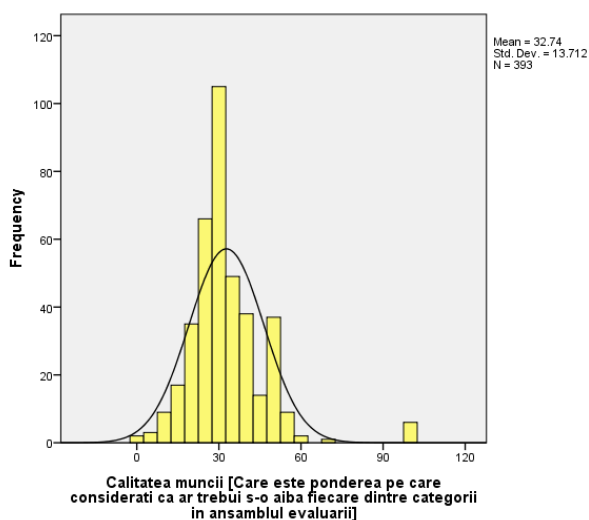
Deoarece construcția unui sistem de salarizare în funcție de performanță necesită stabilirea unor criterii de performanță, am analizat câteva categorii generale de criterii, respectiv cele propuse de Ministerul Sănătății: *nivelul de pregătire, cantitatea muncii, calitatea muncii și fidelizarea muncii.*



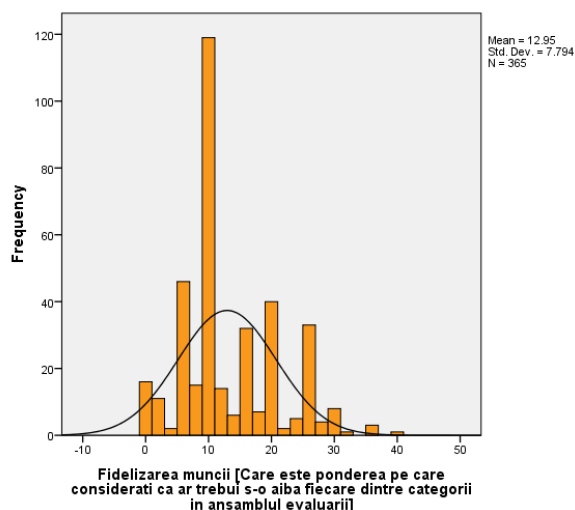
**Fig. nr. 13**



**Fig. nr. 14**



**Fig. nr. 15**



**Fig. nr. 16**

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

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

Extrapolând la nivelul tuturor salariaților,<sup>6</sup> 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.

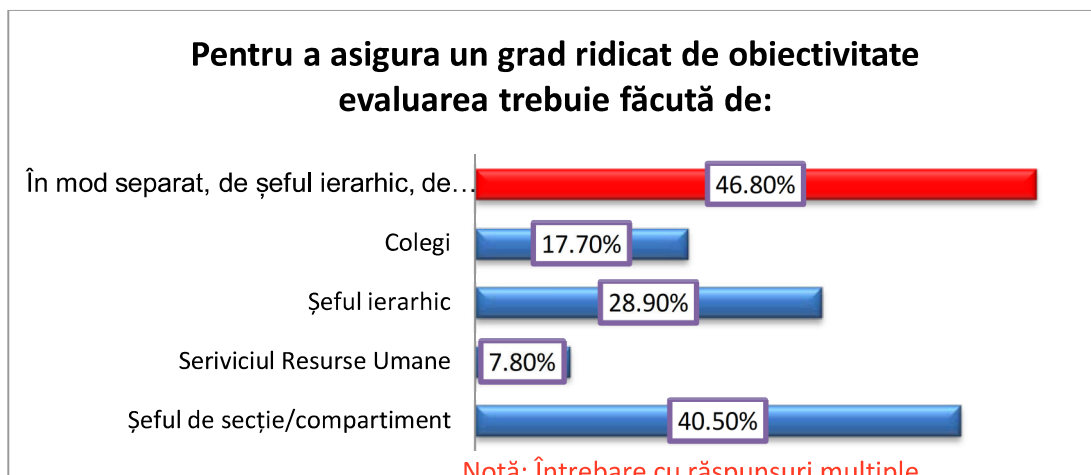
## Metodologia de evaluare

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

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

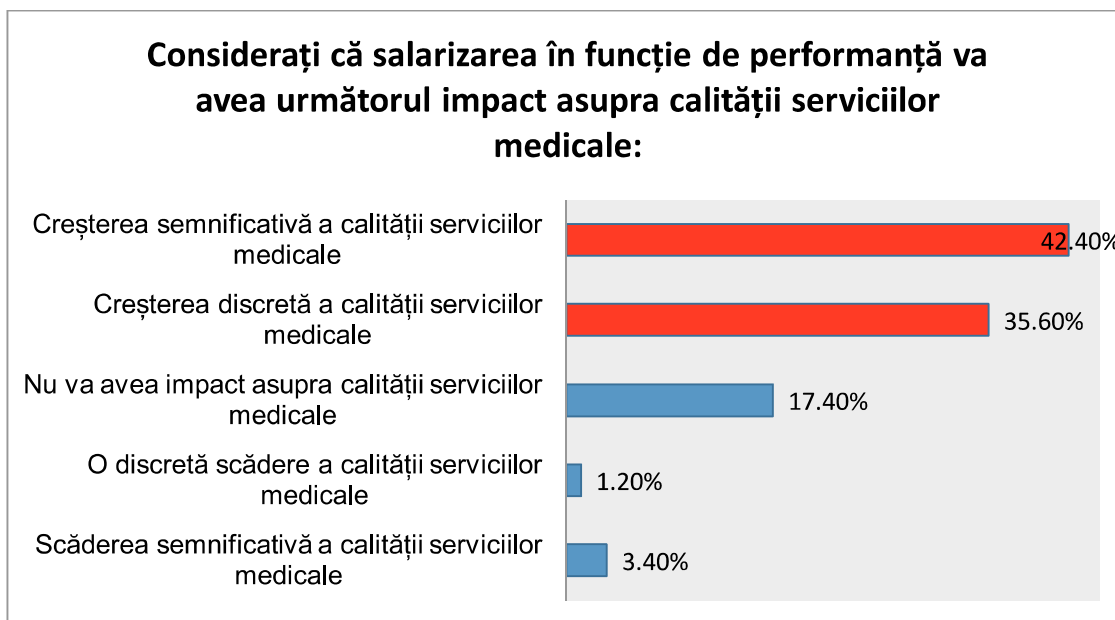
preocuparea pentru identificarea unor mecanisme obiective de evaluare este deosebit de relevantă pentru orice încercare de introducere a unui sistem de salarizare bazat pe performanță.

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.<sup>7</sup>



**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**

<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup>

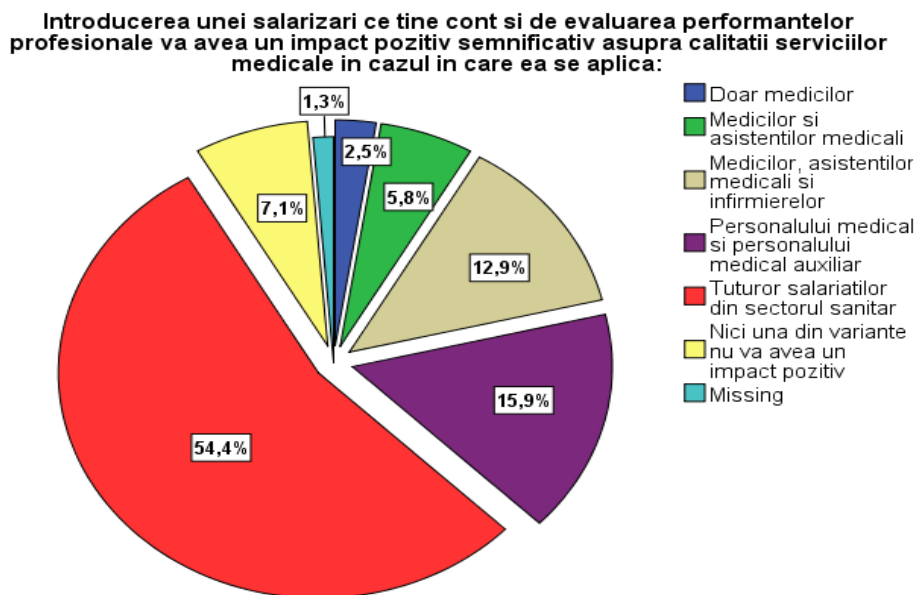


Fig. nr. 19

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.

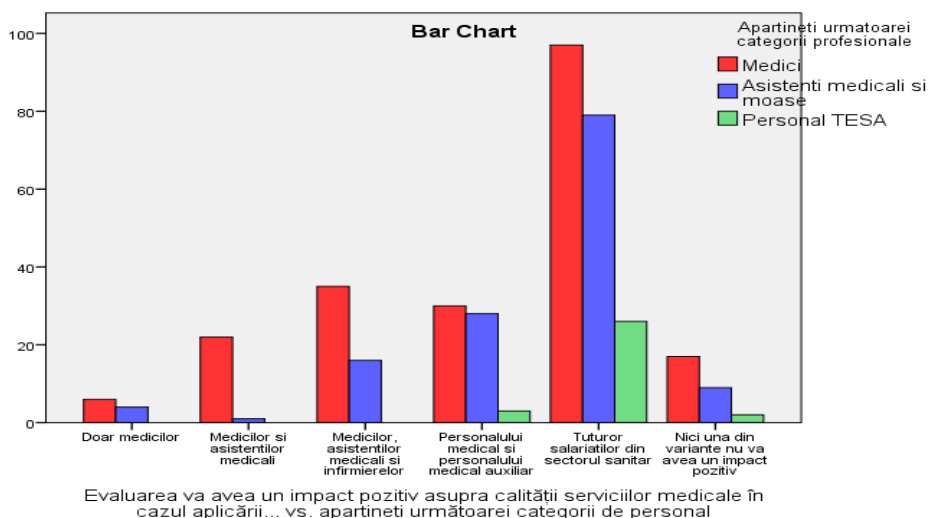
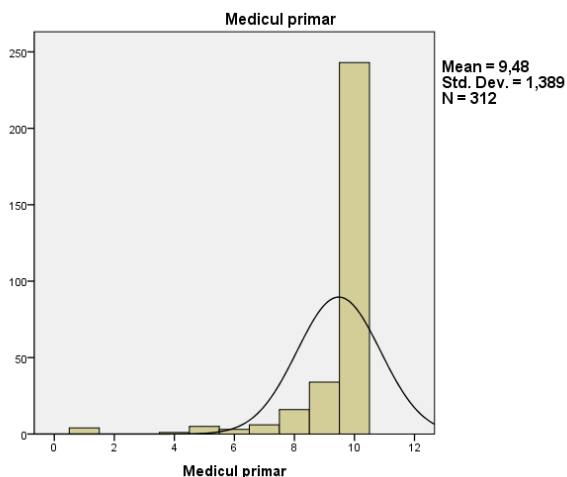


Fig. nr. 20

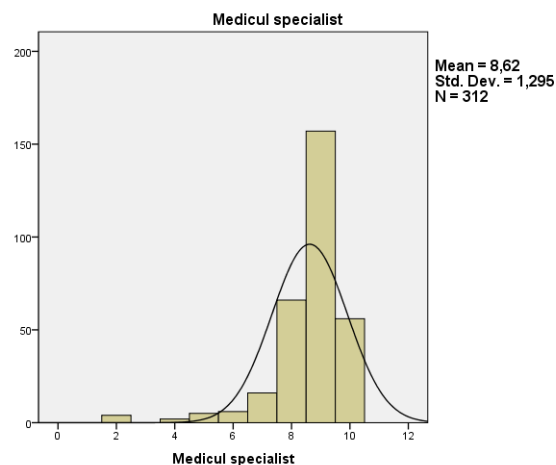
<sup>8</sup> Prin *nivelul actual de salarizare* se înțelege în special actualul nivel de salarizare pe categorii și trepte profesionale. Avem în vedere faptul că salariile individuale din sectorul sanitar cunosc la ora actuală numeroase „variații atipice”, respectiv numeroase diferențe între categorii 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.

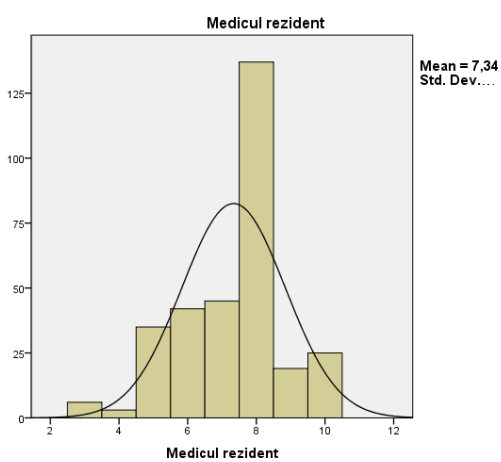
### Ierarhia salariilor<sup>9</sup>



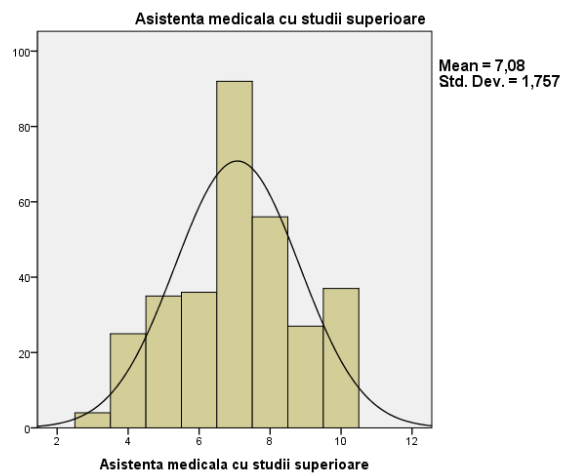
**Fig. nr. 21**



**Fig. nr. 22**



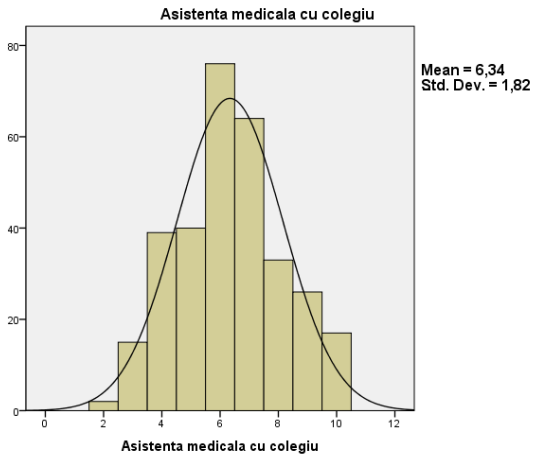
**Fig. nr. 23**



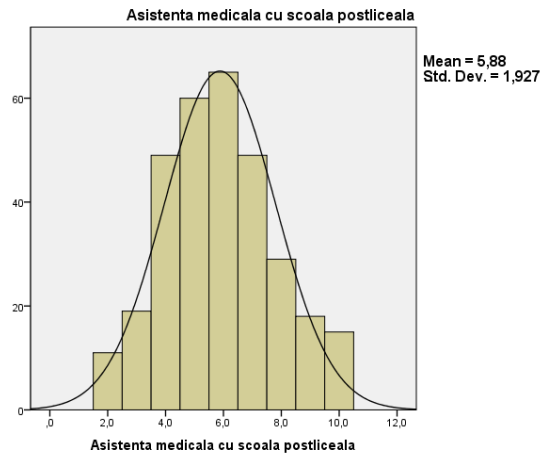
**Fig. nr. 24**

<sup>9</sup> 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.

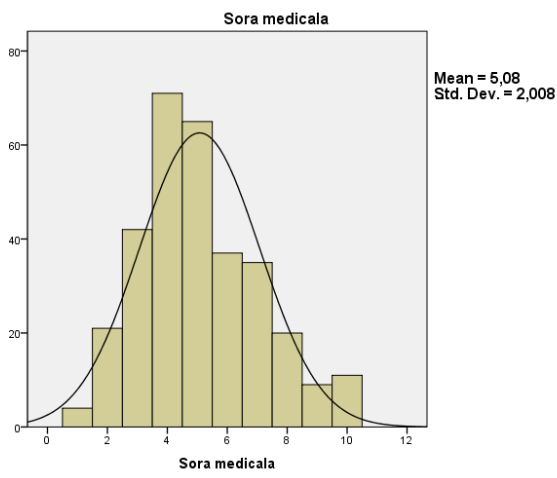




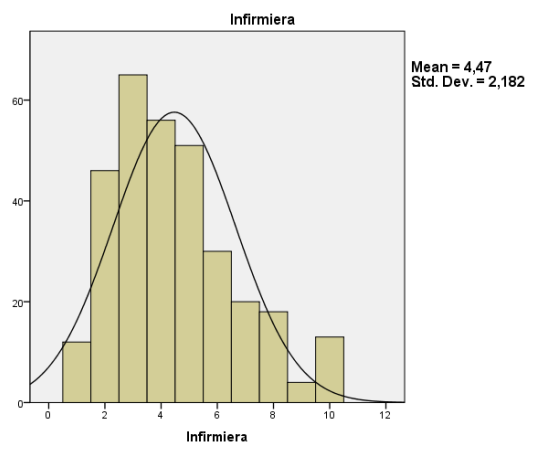
**Fig. nr. 25**



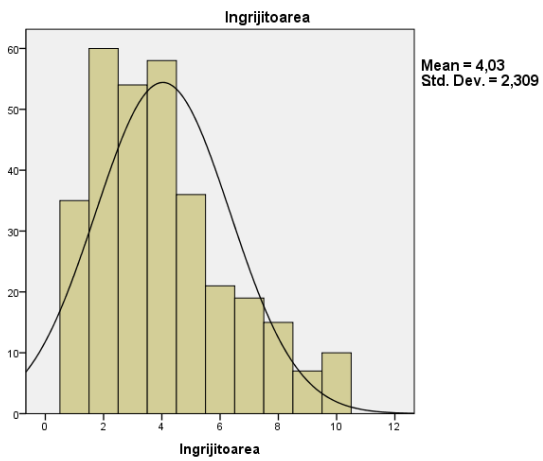
**Fig. nr. 26**



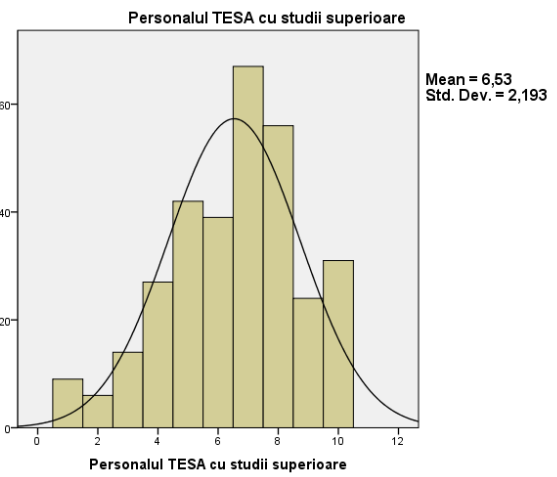
**Fig. nr. 27**



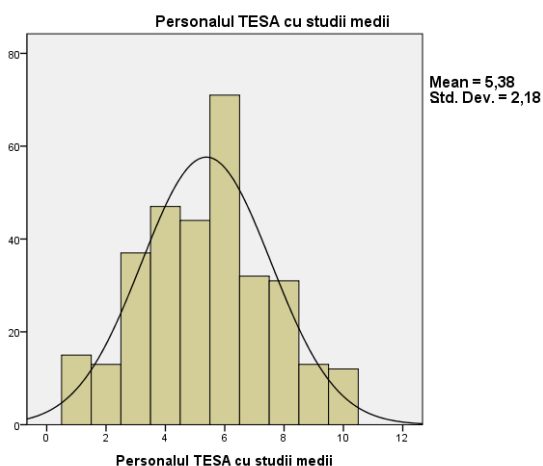
**Fig. nr. 28**



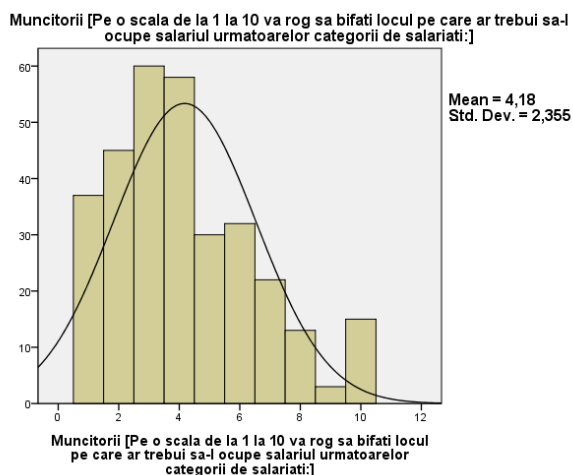
**Fig. nr. 29**



**Fig. nr. 30**



**Fig. nr. 31**



**Fig. nr. 32**

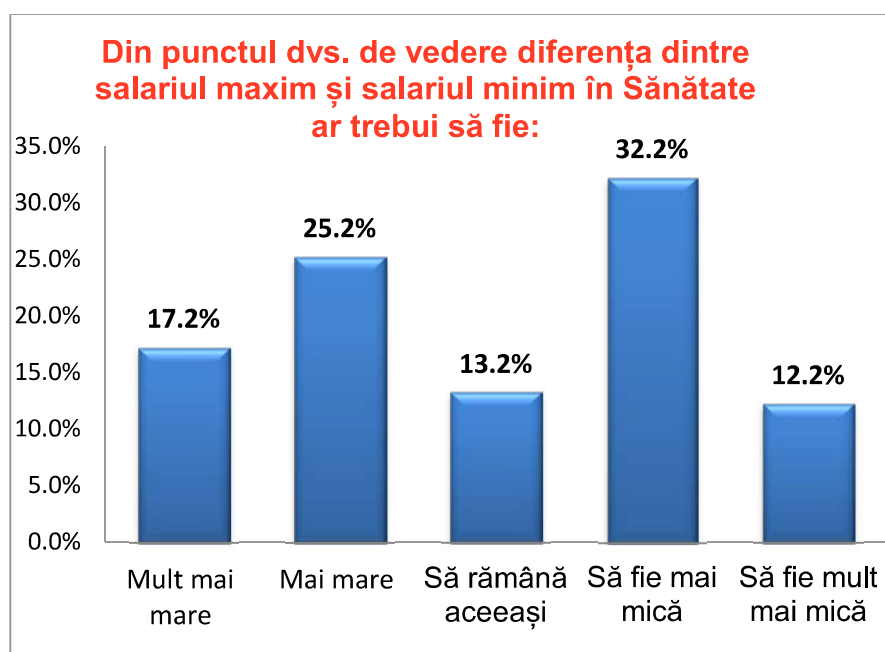
Pentru o analiză comparativă expunem valoarea medie pentru fiecare categorie de salariați, în ordinea ierarhică rezultată în urma răspunsurilor:

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 investigare 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.<sup>10</sup>



**Fig. nr. 33**

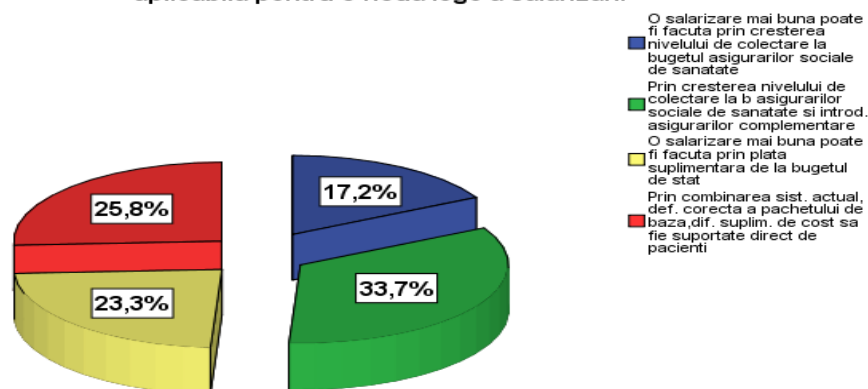
Majoritară este dorința reducerii diferenței dintre salariul maxim și salariul minim. Însă diferențele sunt prea mici (44,4% pentru reducerea diferenței și 42,4% pentru creșterea diferenței) pentru a putea vorbi de existența unui curent de opinie clar într-o direcție sau alta.

<sup>10</sup> 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

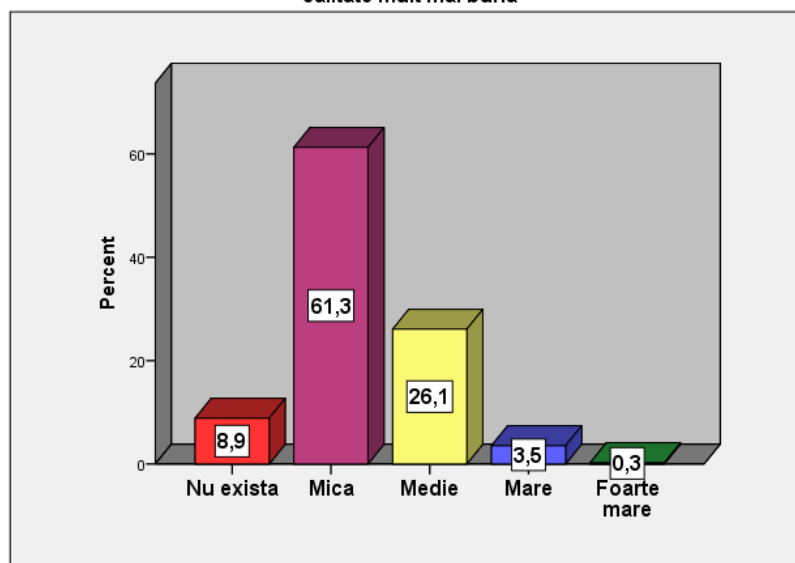


Fig. nr. 35

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 Sănătății<sup>11</sup>, 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,<sup>12</sup> 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.<sup>13</sup> 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”,<sup>14</sup> dublată de un model de redistribuire a veniturilor astfel realizate între diferitele

<sup>11</sup> 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.

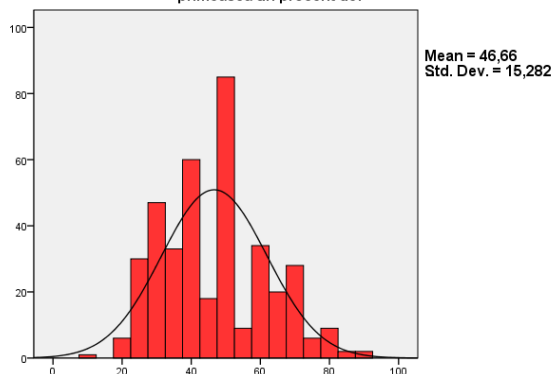
<sup>12</sup> Cel puțin în modalitatea în care acestea sunt reflectate de opinia salariaților.

<sup>13</sup> 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).

<sup>14</sup> 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.

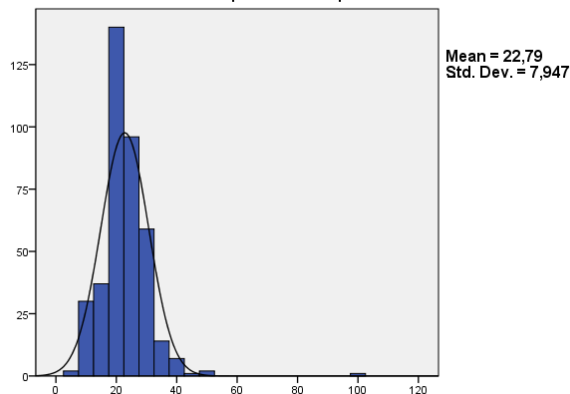
categoria de personal și unitate, am dorit să aflăm punctul de vedere al salariaților privind modalitatea în care ar trebui realizată această distribuție. Amintim faptul că în proiectul Ministerului Sănătății sumele astfel încasate ar urma să se distribuie: 60% medicii, 30% asistenții medicali și 10%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



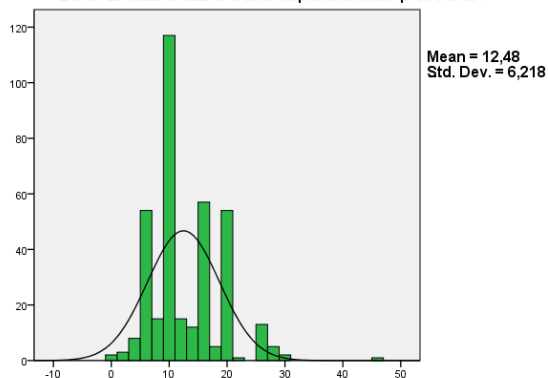
**Fig. nr. 36**

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:



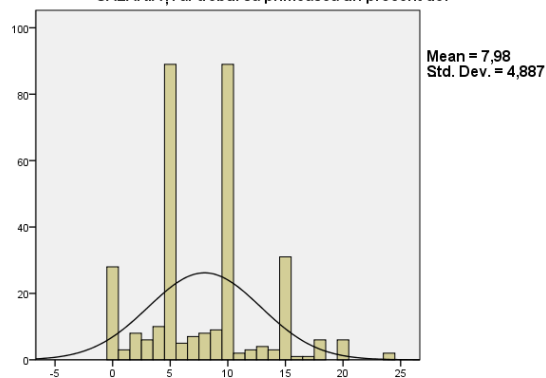
**Fig. nr. 37**

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:



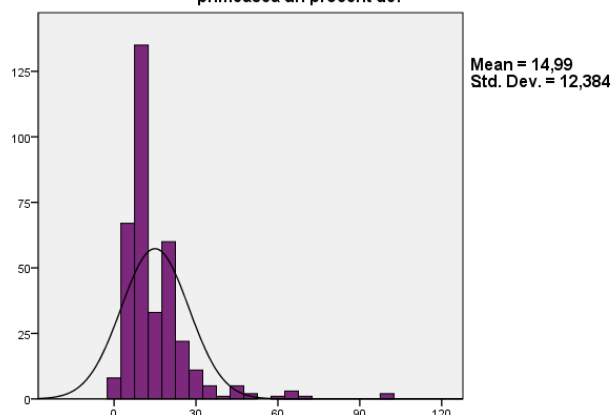
**Fig. nr. 38**

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:

<b>Categoria profesională</b>	<b>Procentul ce ar trebui alocat<sup>15</sup></b>	<b>Deviația standard<sup>16</sup></b>
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.

---

<sup>15</sup> Calculat după ponderare.

<sup>16</sup> 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

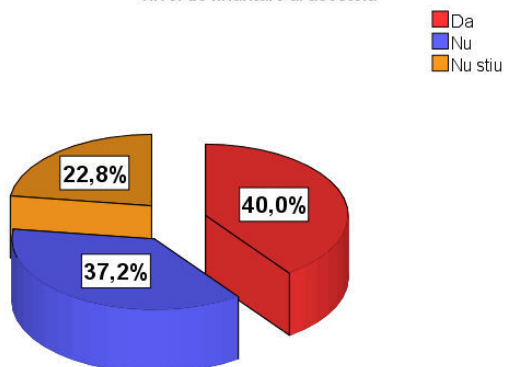


Fig. nr. 41

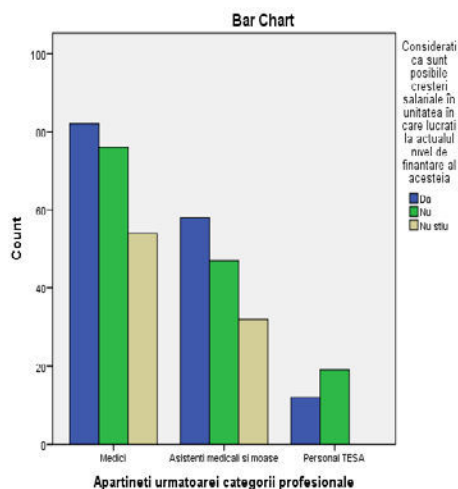


Fig. nr. 42

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.<sup>17</sup>

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.

<sup>17</sup> 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.

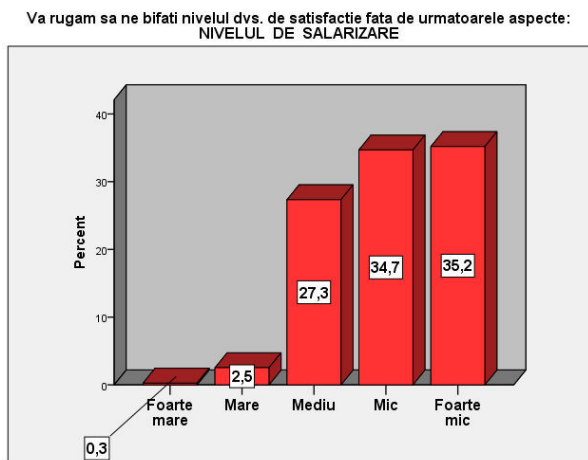


Fig. nr. 43

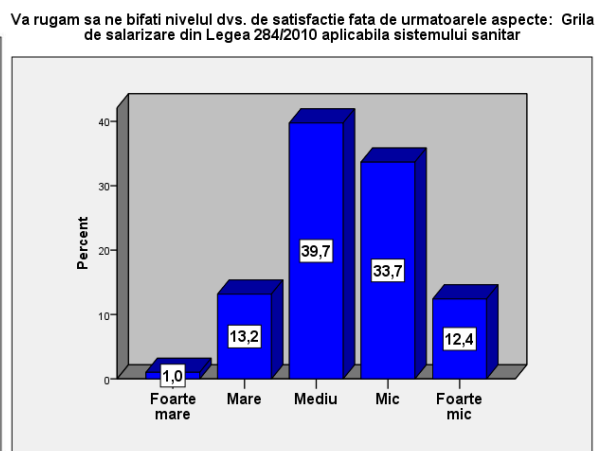


Fig. nr. 44

După cum era de așteptat,<sup>18</sup> 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.<sup>19</sup> 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.

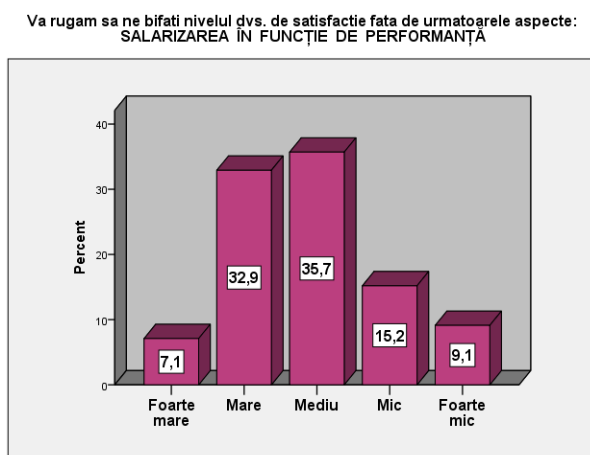


Fig. nr. 45

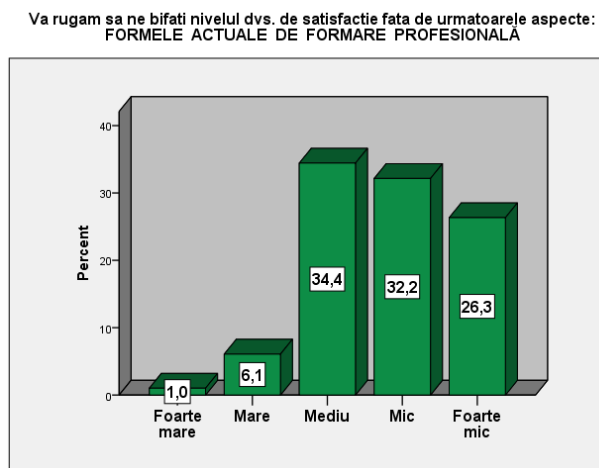


Fig. nr. 46

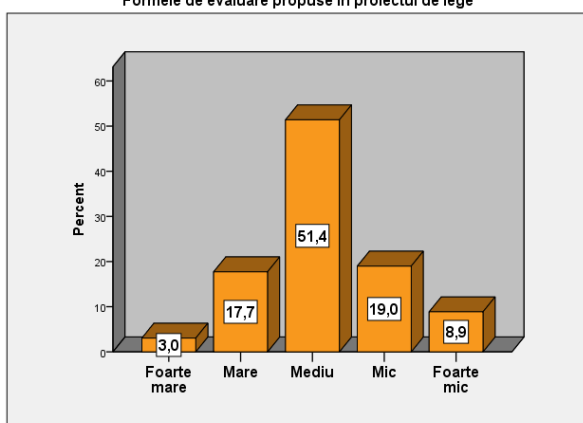
<sup>18</sup> Avem în vedere și studiile noastre anterioare care au abordat acest indicator.

<sup>19</sup> 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.

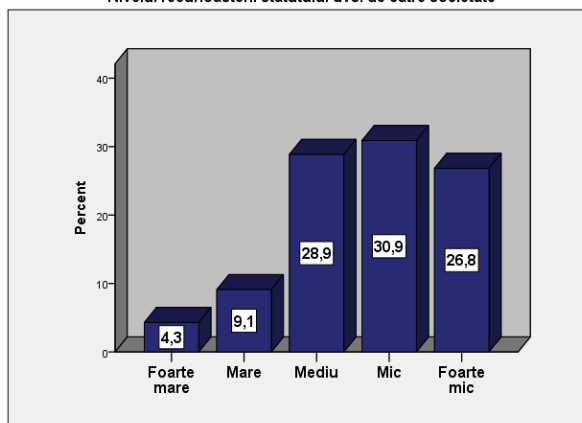
În schimb, *formele actuale de formare profesională* sunt mai curând surse de insatisfacție pentru respondenți, 58,5% dintre ei indicând un nivel *mic* și *foarte mic* de satisfacție față de acestea. Din această perspectivă, putem considera că formarea profesională (inițială și continuă) trebuie să fie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

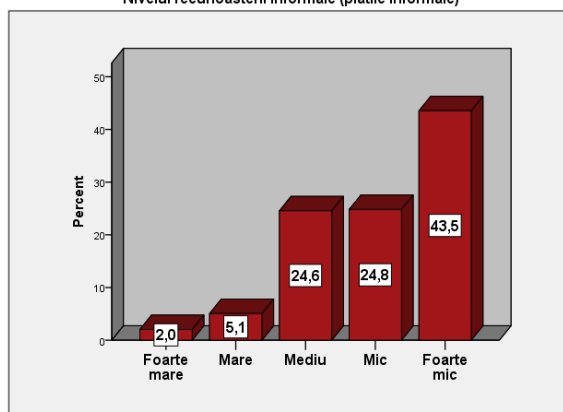


**Fig. nr. 48**

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

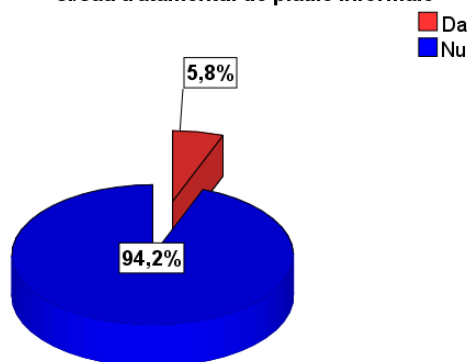
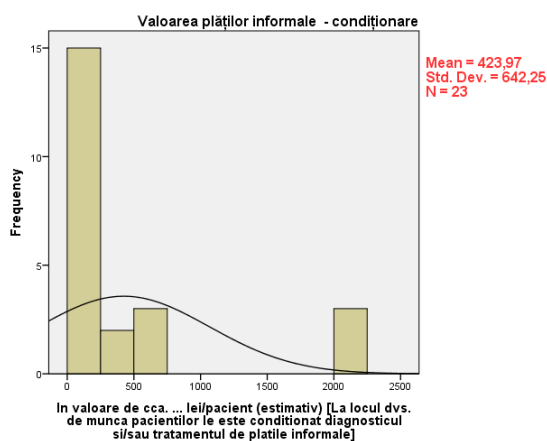


Fig. nr. 50

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:



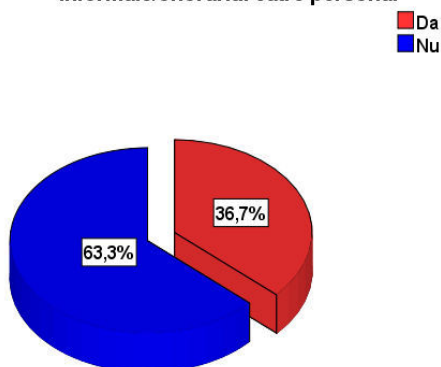
**Fig. nr. 51**

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.<sup>20</sup>

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.

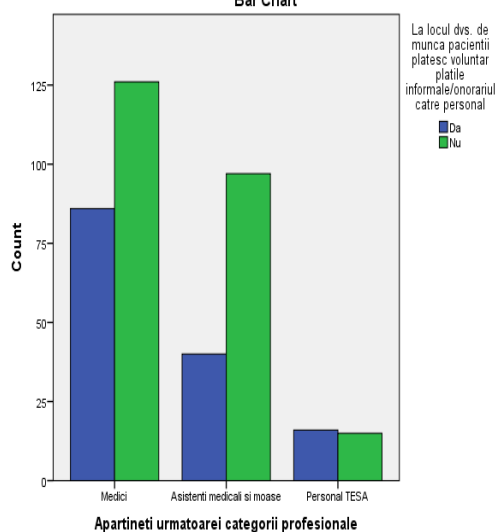
## Plățile voluntare

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



**Fig. nr. 52**

**Bar Chart**



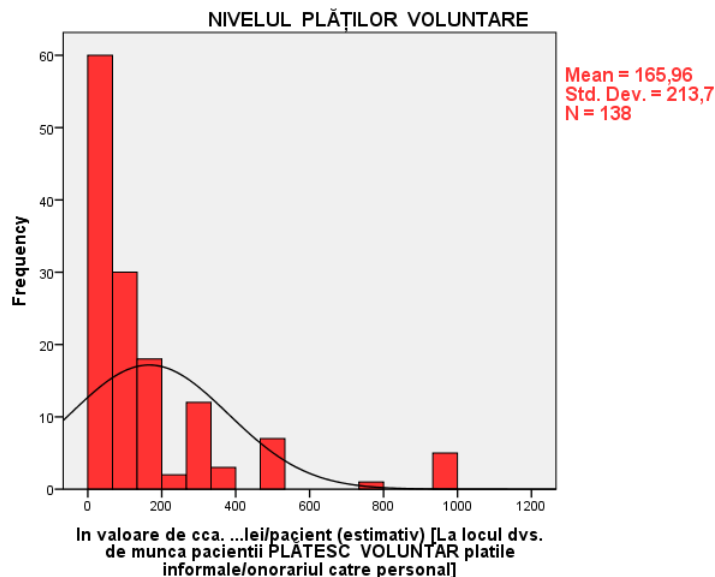
**Fig. nr. 53**

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

<sup>20</sup> Și în acest caz rezultatul are un caracter orientativ.

rolului social, respectiv a statutului 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**

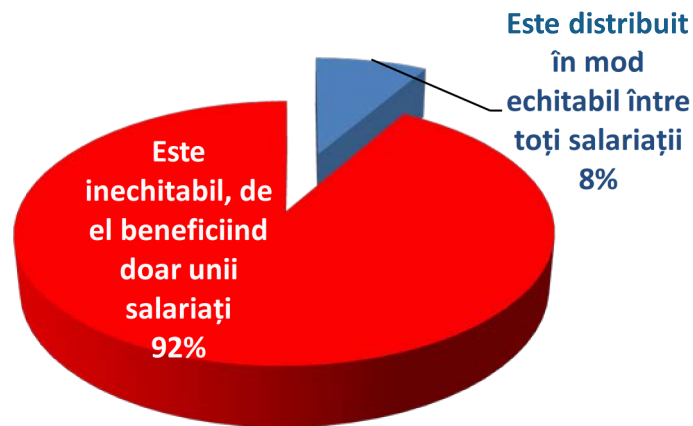
Cuantumul mediu al plăților voluntare (indicat doar de respondenții care au confirmat existența plăților voluntare) este de 166 lei. Se poate observa că nivelul este considerabil mai mic decât în cazul condiționării, însă frecvența mult mai mare a acestora tinde să amplifice nivelul disponibilității 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:**

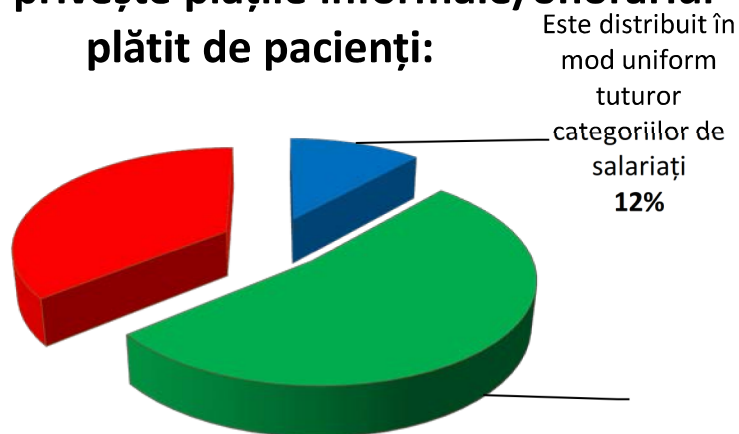


*Fig. nr. 55*

După cum se poate observa, marea majoritate (92%) a salariaților care au indicat existența plăților informale (doar aceștia răspunzând la această întrebare) consideră inequitabil „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:<sup>21</sup>

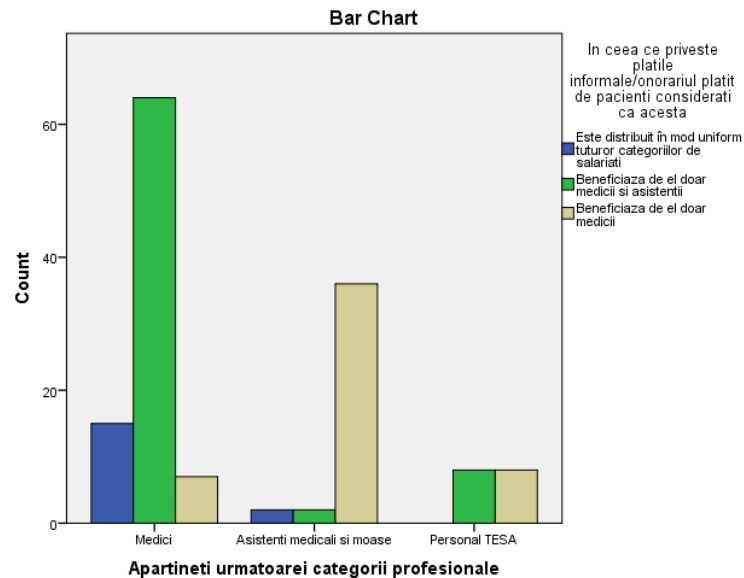
**În ceea ce privește plățile informale/onorariul plătit de pacienți:**



*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.

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

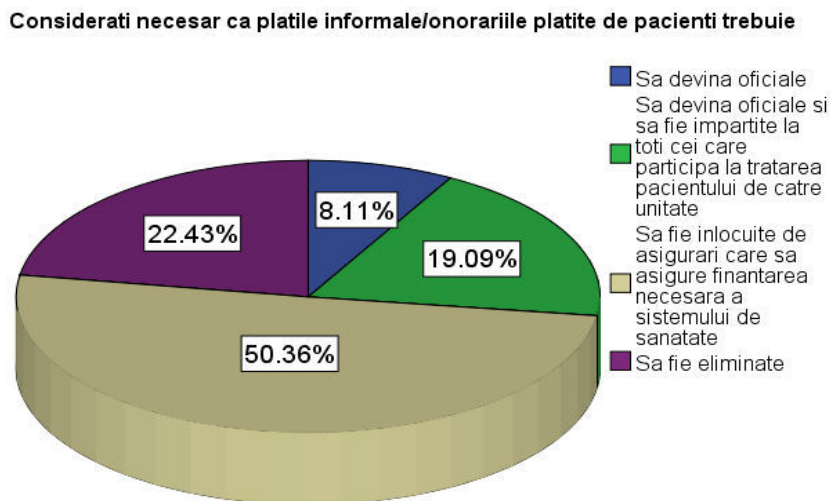


**Fig. nr. 57**

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:

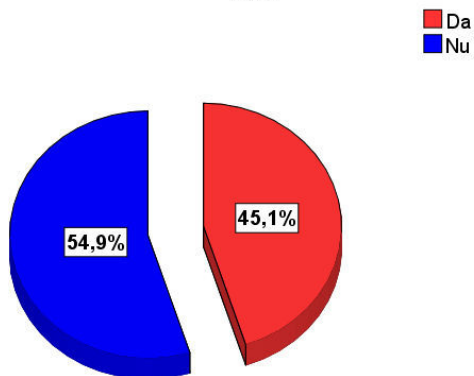


Fig. nr. 59

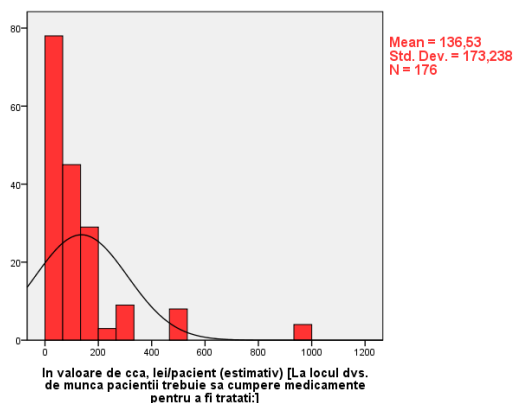


Fig. nr. 60

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?

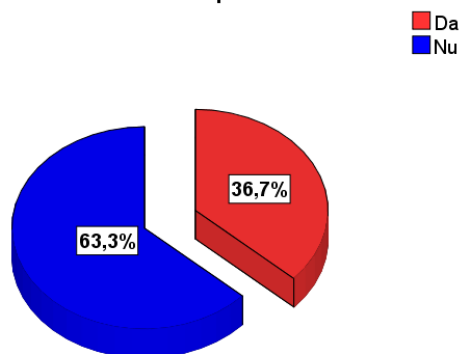


Fig. nr. 61

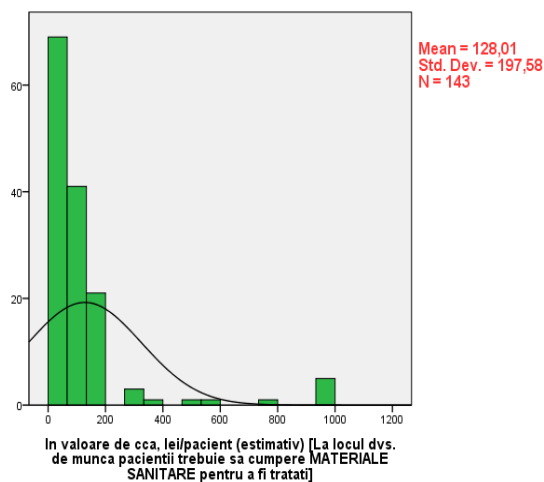


Fig. nr. 62

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.

*DRAFT*



**Colecția**

# ***SOCIOLOGIE MEDICALĂ***

**EDITURA SODALITAS**

**2015**

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

**Autor:**

Conf. univ. dr. **ROTILĂ Viorel**

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

Asistent cercetare: Ciobanu Georgiana

**Str. Col.Nicolae Holban 10 bis, Galați**

**Telefon: 0336.106.365**

**Fax: 0336:109.281**

**Email: [contact@cercetare-sociala.ro](mailto:contact@cercetare-sociala.ro)**

**[www.cercetare-sociala.ro](http://www.cercetare-sociala.ro)**

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

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

Bibliogr.

Copyright © 2015

Toate drepturile sunt rezervate Editurii Sodalitas

Printed in Romania

## **Introducere**

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

Faptul că salarizarea în sistemul sanitar constituie una din cele mai grave probleme ale acestuia tinde să fie unanim acceptat, fără însă a exista abordări serioase ale acestei probleme, determinate de interesul pentru identificarea unor soluții satisfăcătoare pentru cea mai mare parte a salariaților și care să aibă drept efect creșterea calității serviciilor medicale. Credem că până și revendicările vehiculate în cadrul manifestărilor de protest, considerate de obicei drept punctul culminant al schimbării în domeniu, ratează atât înțelegerea problemelor actualului sistem cât și promovarea unor soluții eficiente, care să aducă schimbarea așteptată de salariați.

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

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

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

Unul din câștigurile aduse de aceste dezbateri îl reprezintă răspândirea conceptului „salarizare în funcție de performanță” și creșterea aderenței salariaților față de implementarea acestui sistem. Având în vedere regulile salarizării în sistemele publice de sănătate, salarizarea în funcție de performanță are o

---

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



aplicare limitată, principala dificultate în implementarea unui astfel de sistem constituind-o identificarea limitelor sale. Pentru a depăși dificultățile inerente, modelul pe care-l avem în vedere (care a fost propus în această formă Ministerului Sănătății) este cel al „salariilor 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.<sup>2</sup>

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

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

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

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

## **Eșantionul**

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

Selecția este una aleatorie, în funcție de dorința subiecților de a participa la această cercetare și de competența lor de a răspunde la întrebări. Au completat integral<sup>3</sup> chestionarul un număr de 793 de salariați, din toate categoriile profesionale, aceștia constituind eșantionul final.

---

<sup>2</sup> Formula corectă fiind, așadar, salarizare suplimentară în funcție de performanță.

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

Eșantionul are următoarea structură pe categorii profesionale:

**Apartinți următoarei categorii profesionale**

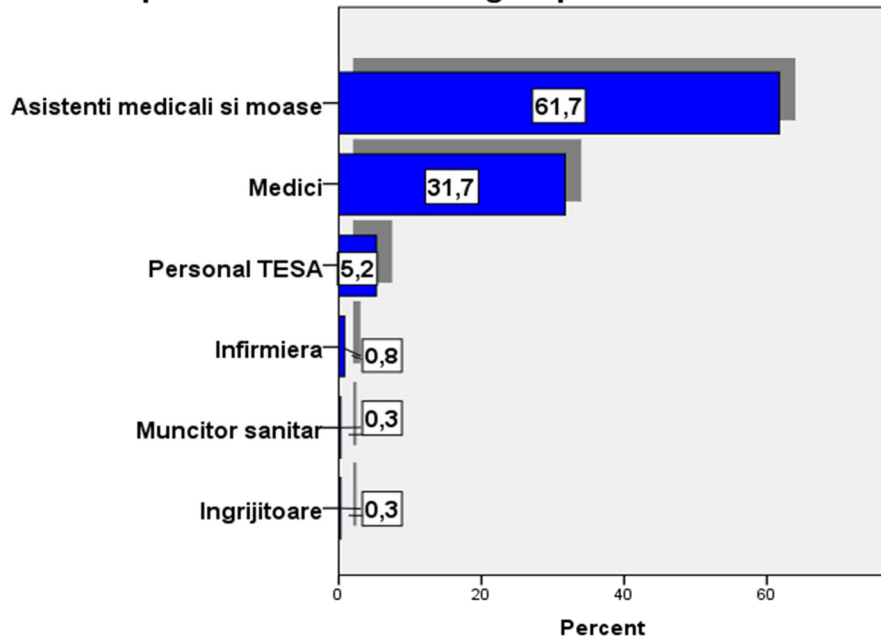


Figura 1

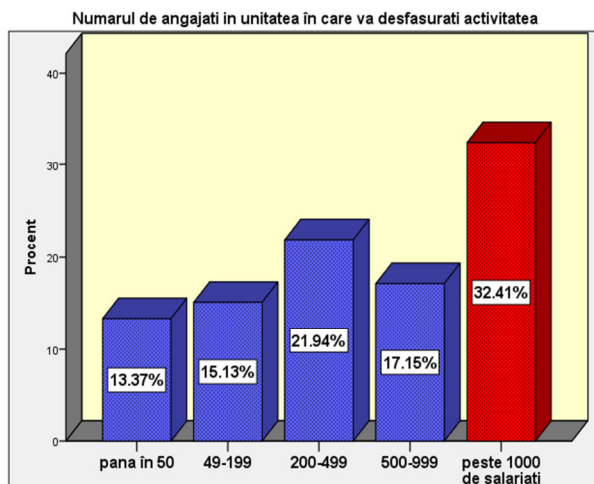


Figura 2

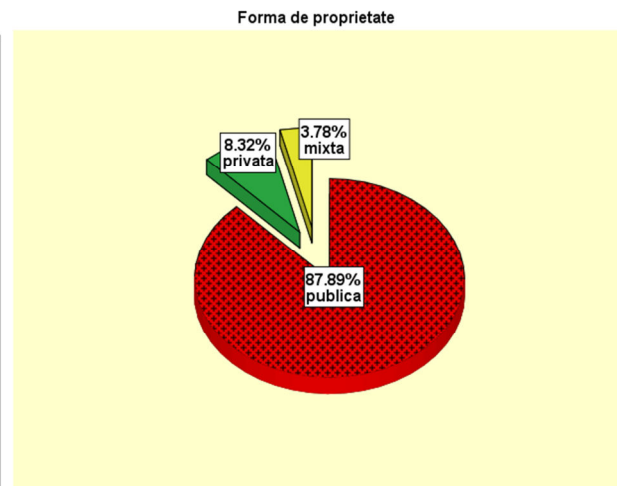


Figura 3

**Distribuția răspunșilor pe județe:**

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

**DRAFT**

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

**Tabel 1**

***Distribuția respondenților pe tipuri de spitale:***

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

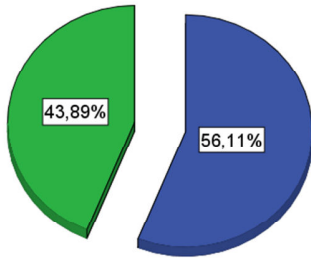
**Tabel 2**

## Analiza datelor

### Gradul de informare

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

■ Da  
■ Nu

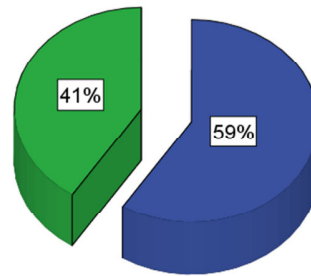


2037 respondenți

Figura 4

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

■ Da  
■ Nu

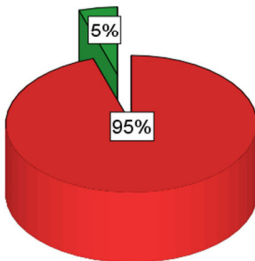


2029 respondenți

Figura 5

Considerați ca este necesară o lege specială de salarizare a angajaților din Sănătate, diferită de salarizarea altor categorii de bugetari?

■ Da  
■ Nu

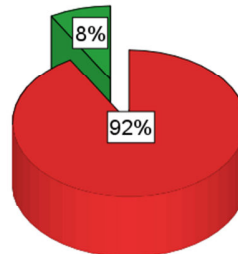


2029 respondenți

Figura 6

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

■ Da  
■ Nu



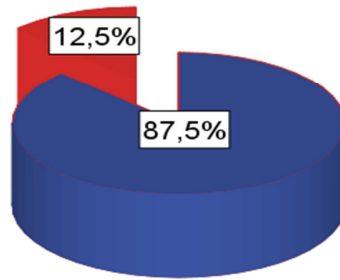
2019 respondenți

Figura 7

**DRAFT**

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

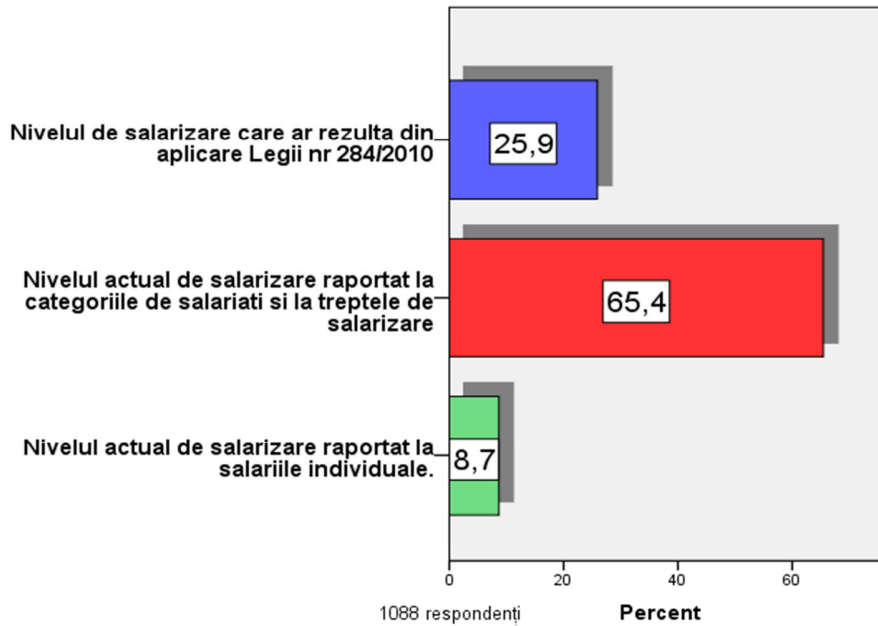
■ Da  
■ Nu



2028 respondenți

**Figura 8**

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



1088 respondenți

**Figura 9**

**DRAFT**

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

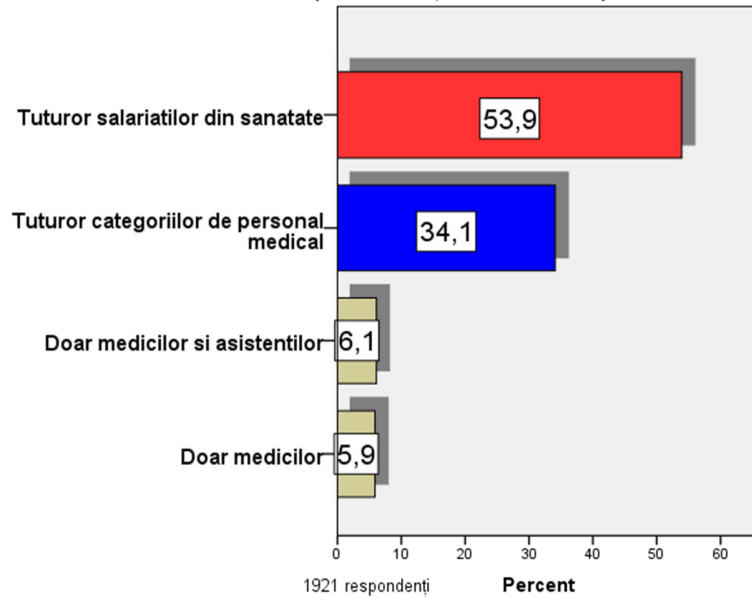


Figura 10

Considerati că criteriile de evaluare trebuie să se aplice:

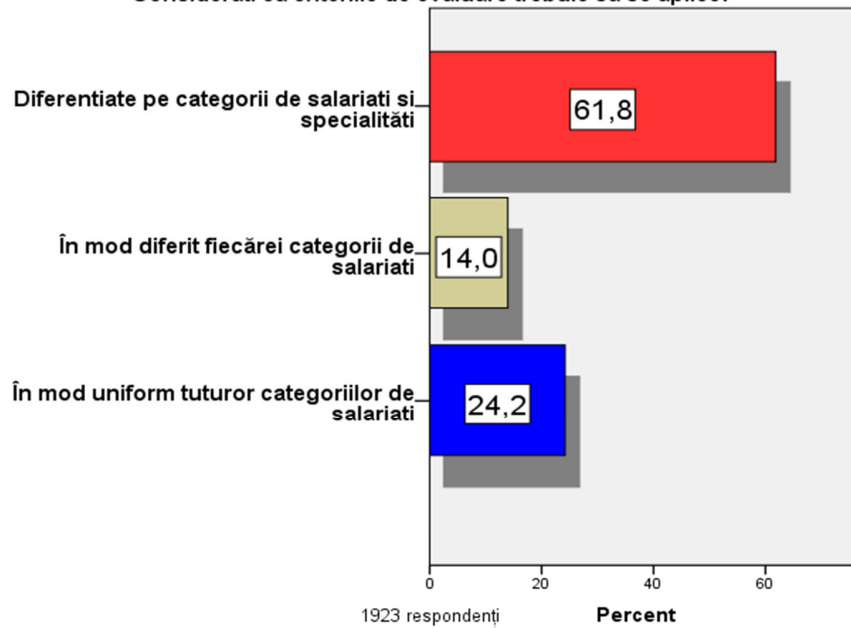


Figura 11

## Ponderea criteriilor de evaluare<sup>4</sup>

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

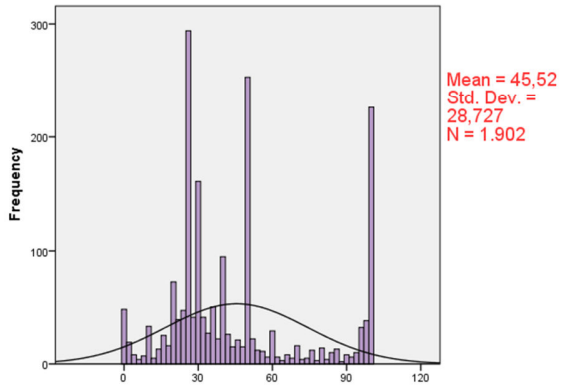


Figura 12

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

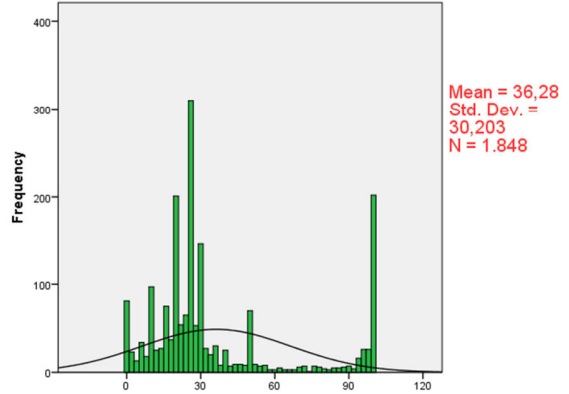


Figura 13

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

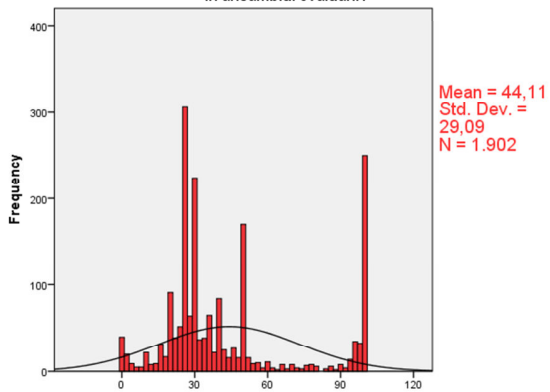


Figura 14

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

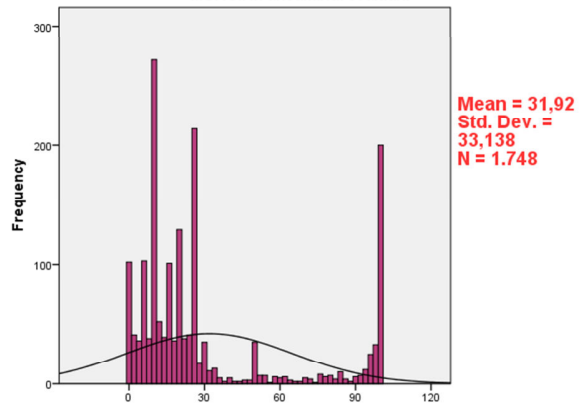


Figura 15

<sup>4</sup> Totalul punctelor medianei este de 154.

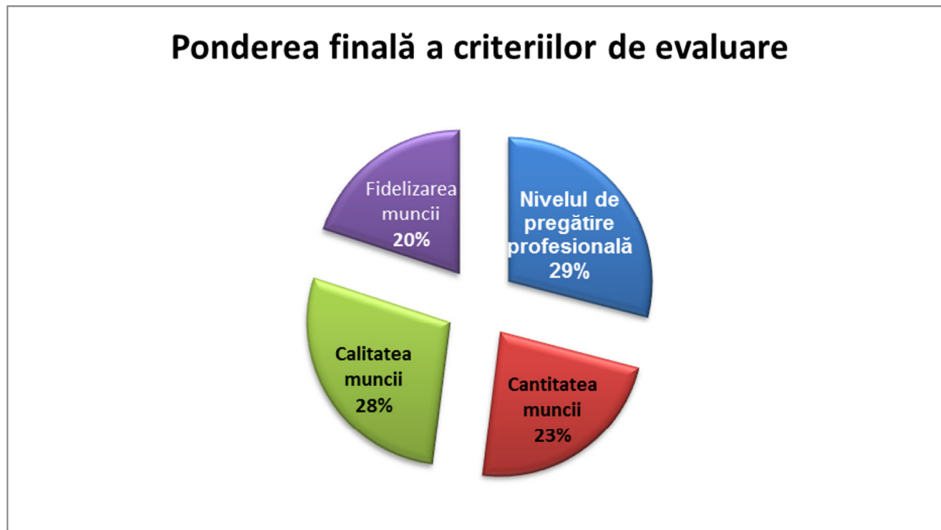


Figura 16

### Cine ar trebui să facă evaluarea

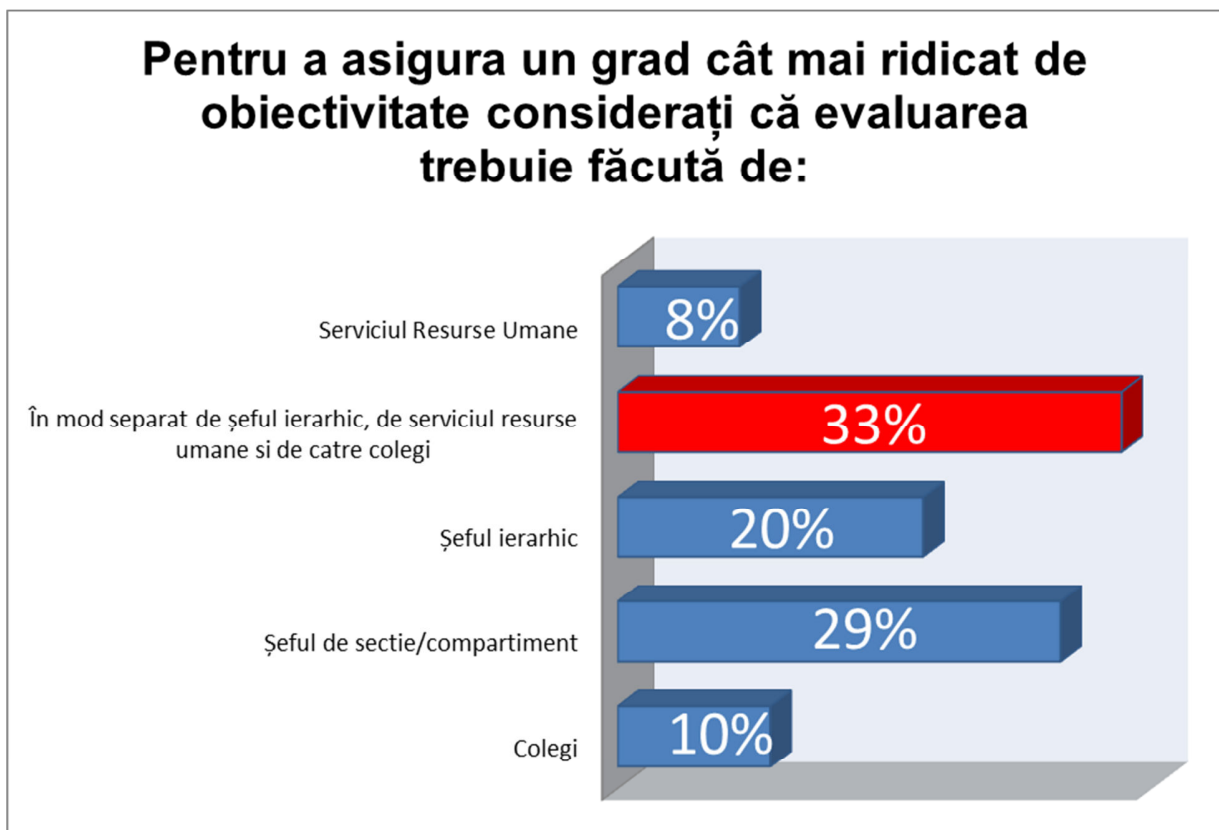


Figura 17



## Efectele salarizării în funcție de performanță

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

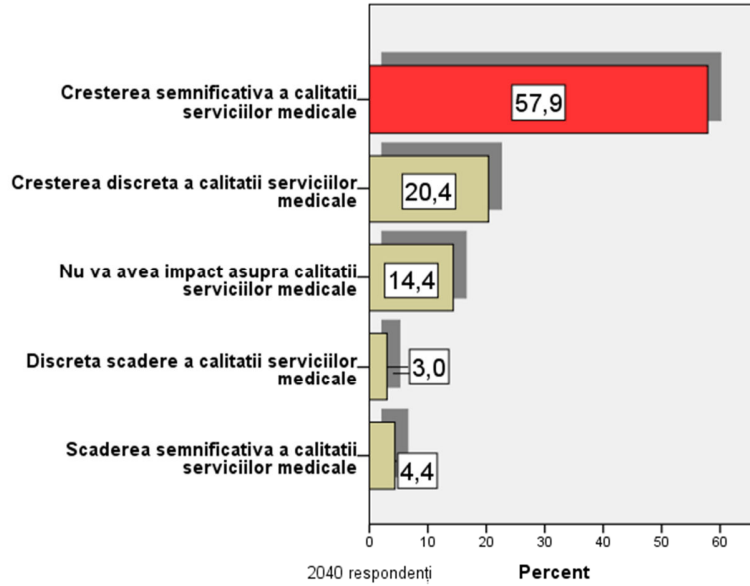


Figura 18

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

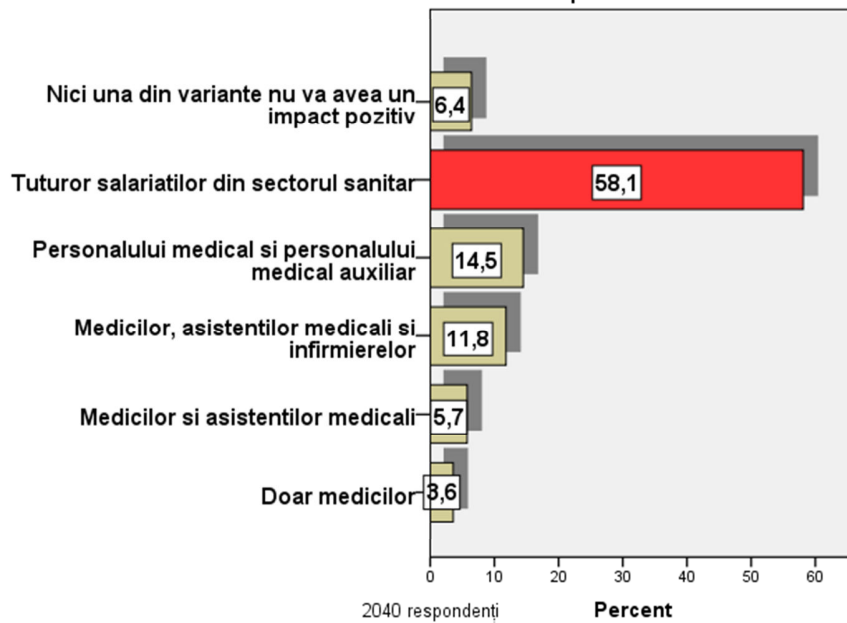


Figura 19

## Ierarhia salarială

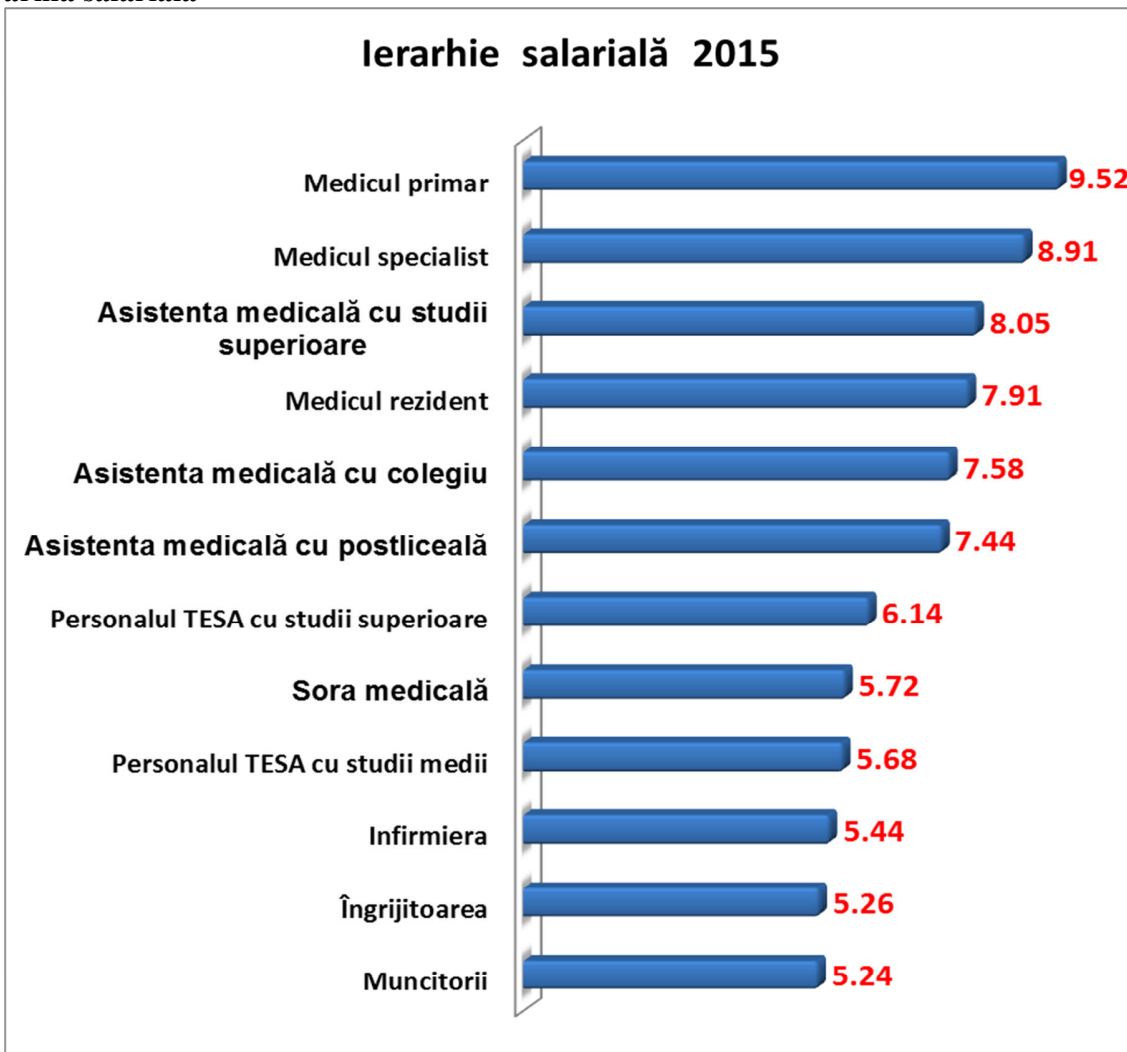


Figura 20

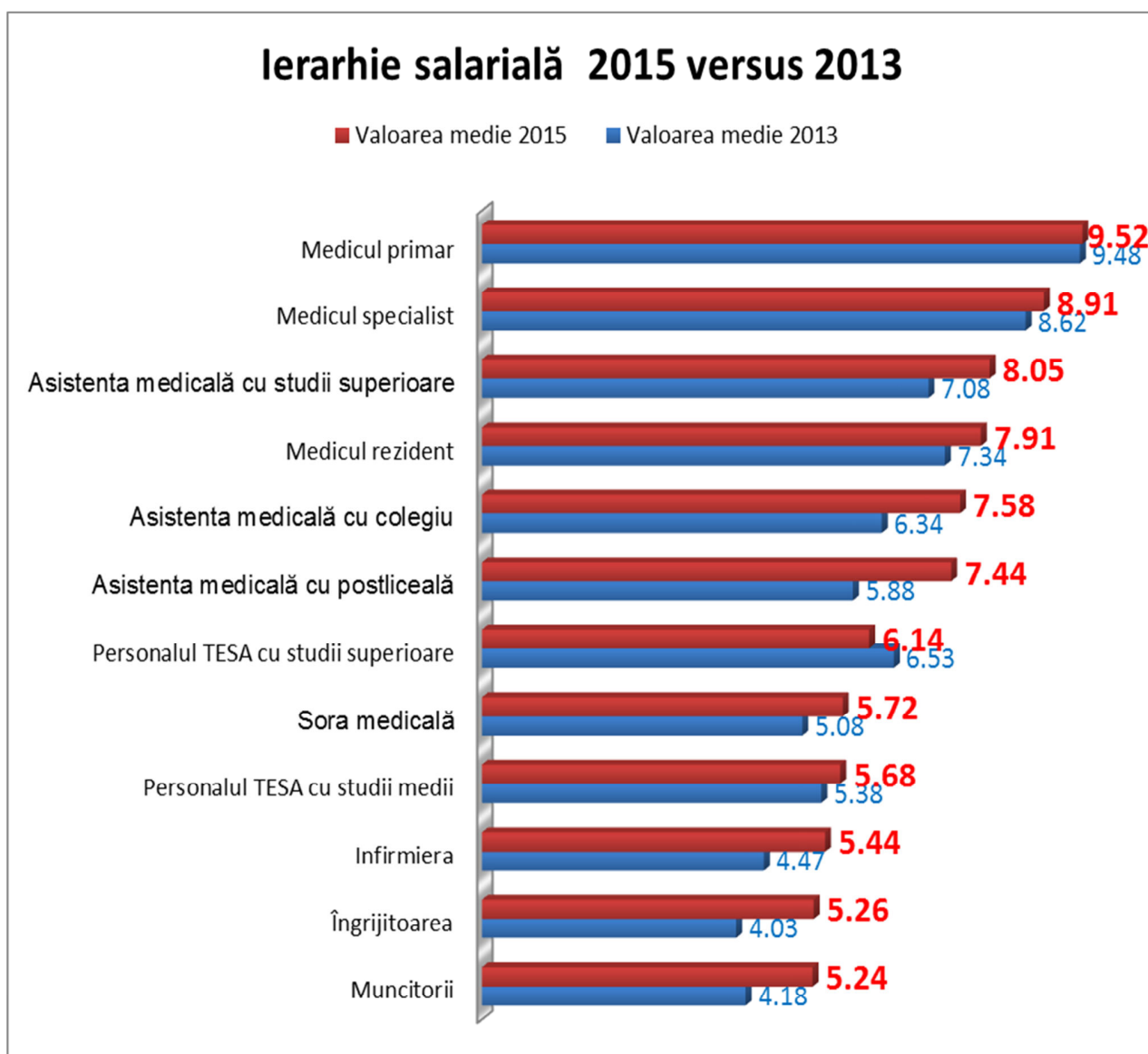


Figura 21

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

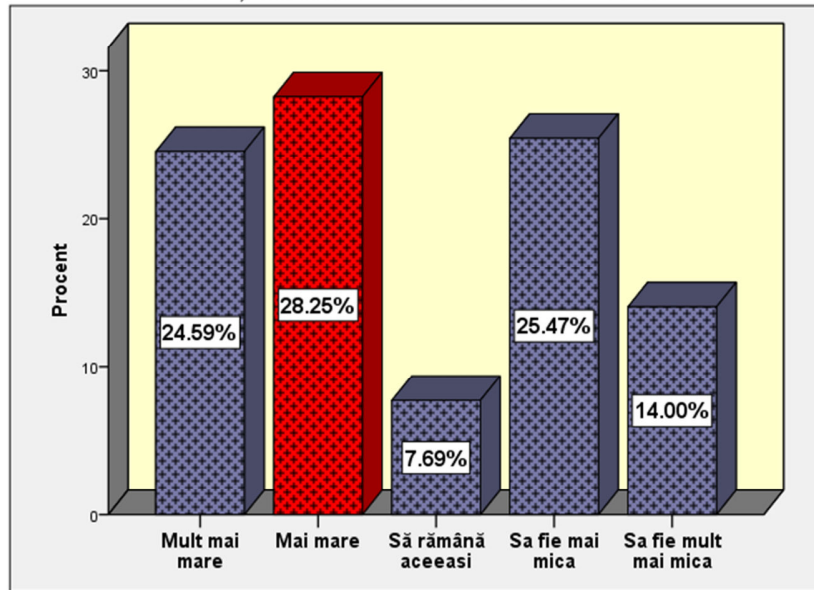


Figura 22

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

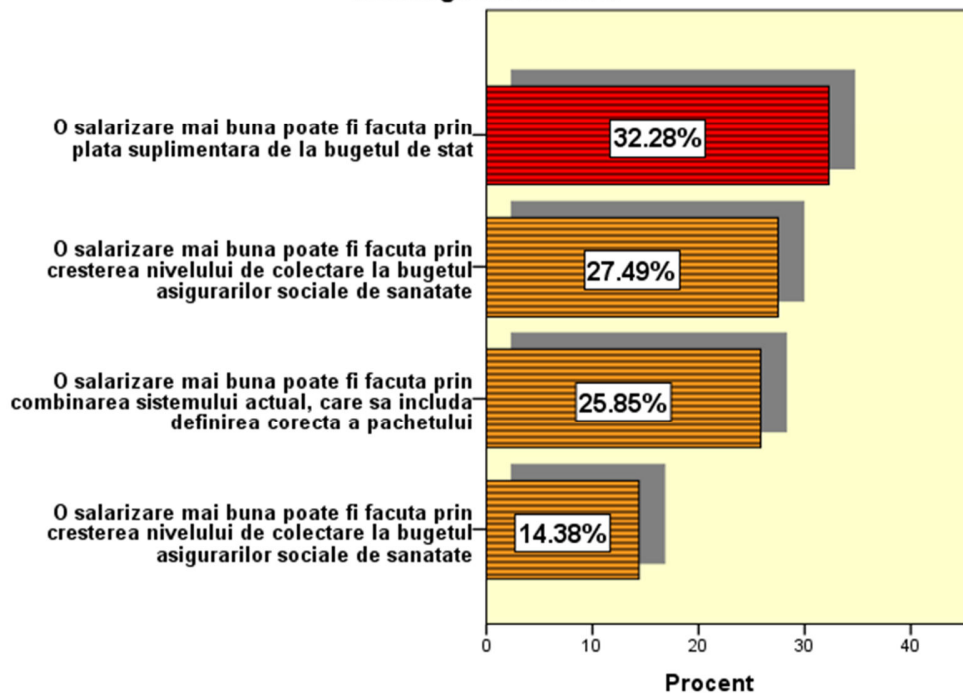


Figura 23

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

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

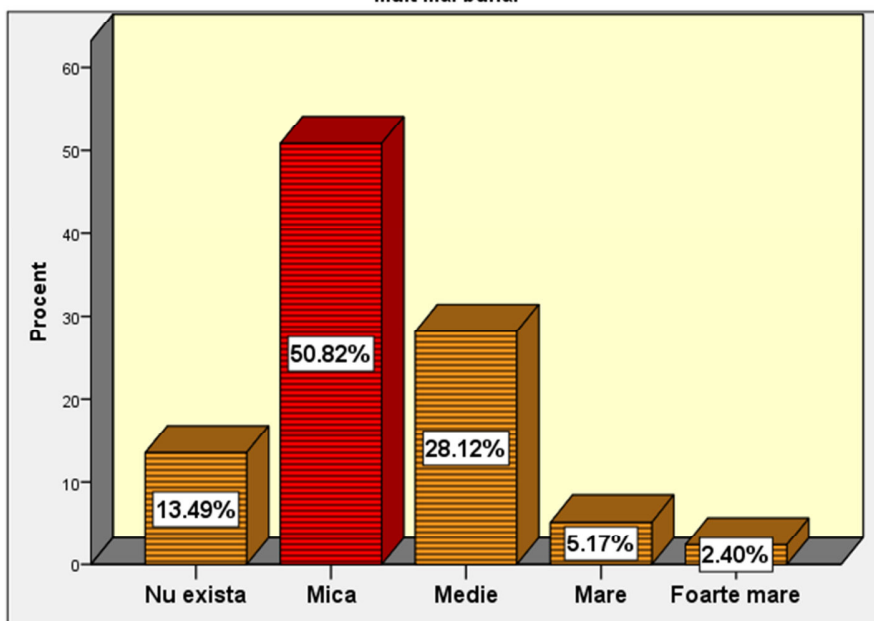


Figura 24

### Distribuția veniturilor suplimentare

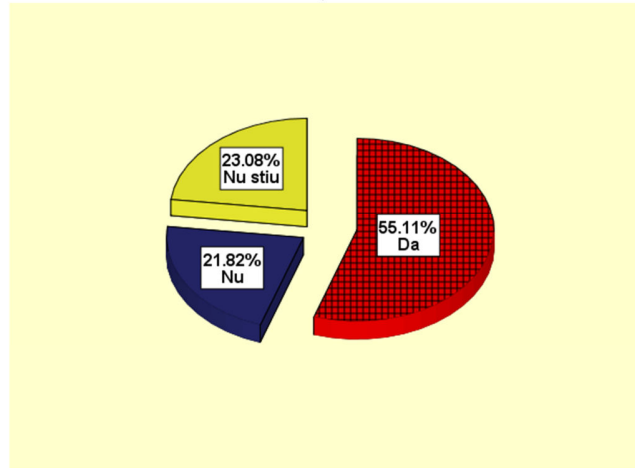
Categoria profesională	Procentul ce ar trebui alocat 2013 <sup>5</sup>	Procentul ce ar trebui alocat 2015
Medici	46%	39.57%
Asistenți medicali	22%	26.55%
Alți membri ai echipei medicale	12%	17.5%
Alte categorii de salariați	8%	15.47%
Unitatea	13%	20.15%

Tabel 3

<sup>5</sup> Calculat după ponderare.

## Resursele actuale pentru creșterea salariilor

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



## Indicatori de satisfacție

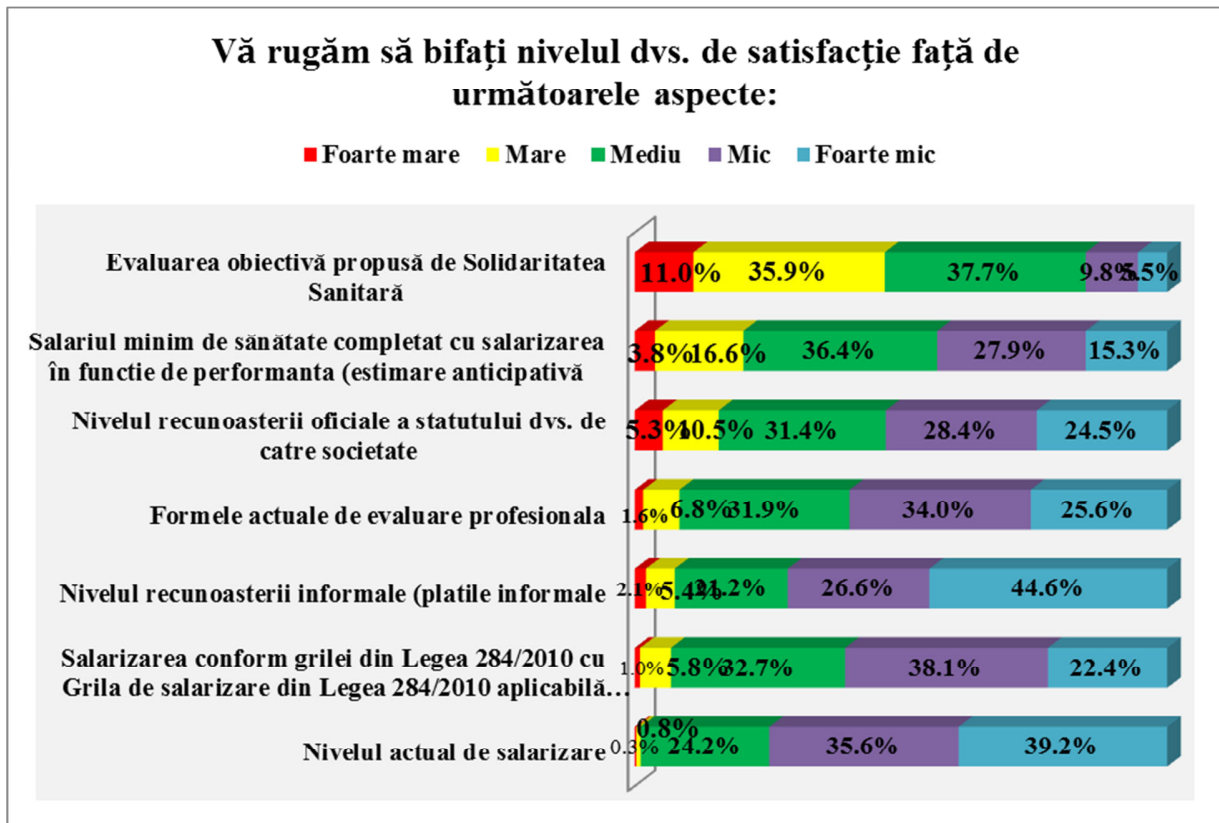


Figura 25

## Plățile informale

### Condiționarea actului medical

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

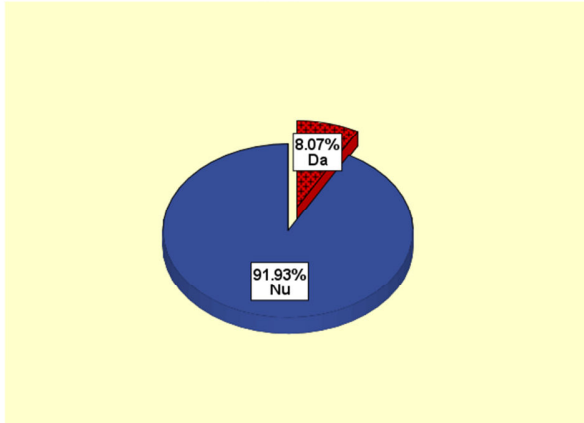


Figura 26

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

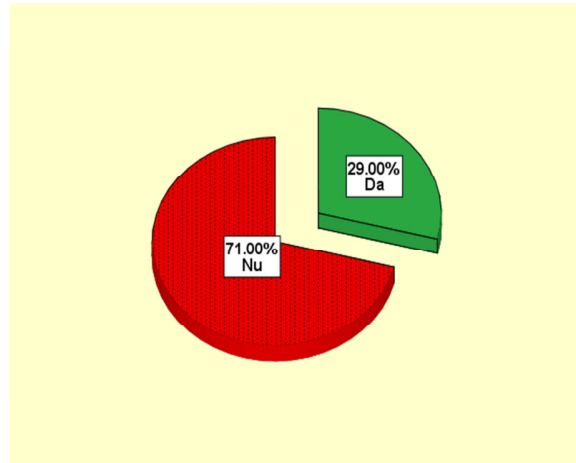
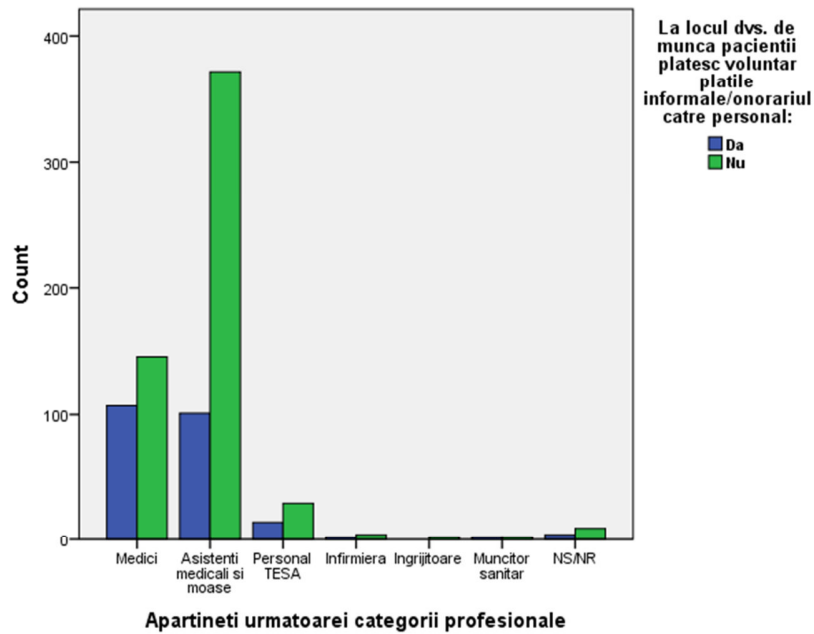


Figura 27



### Distribuția plăților informale

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

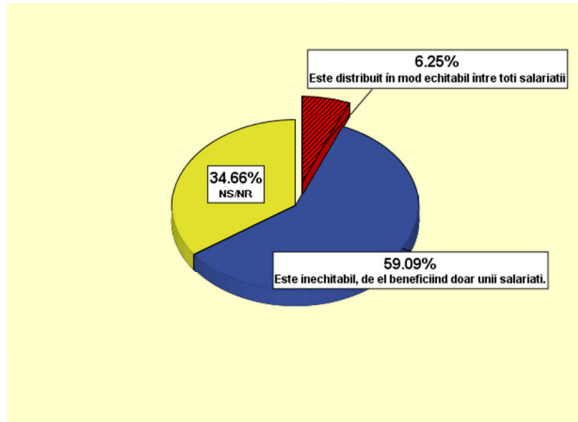


Figura 28

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

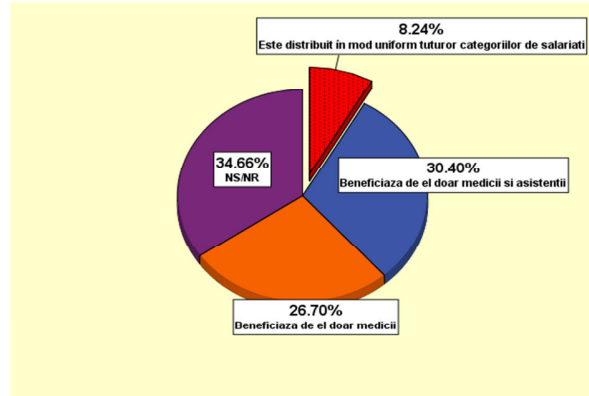


Figura 29

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

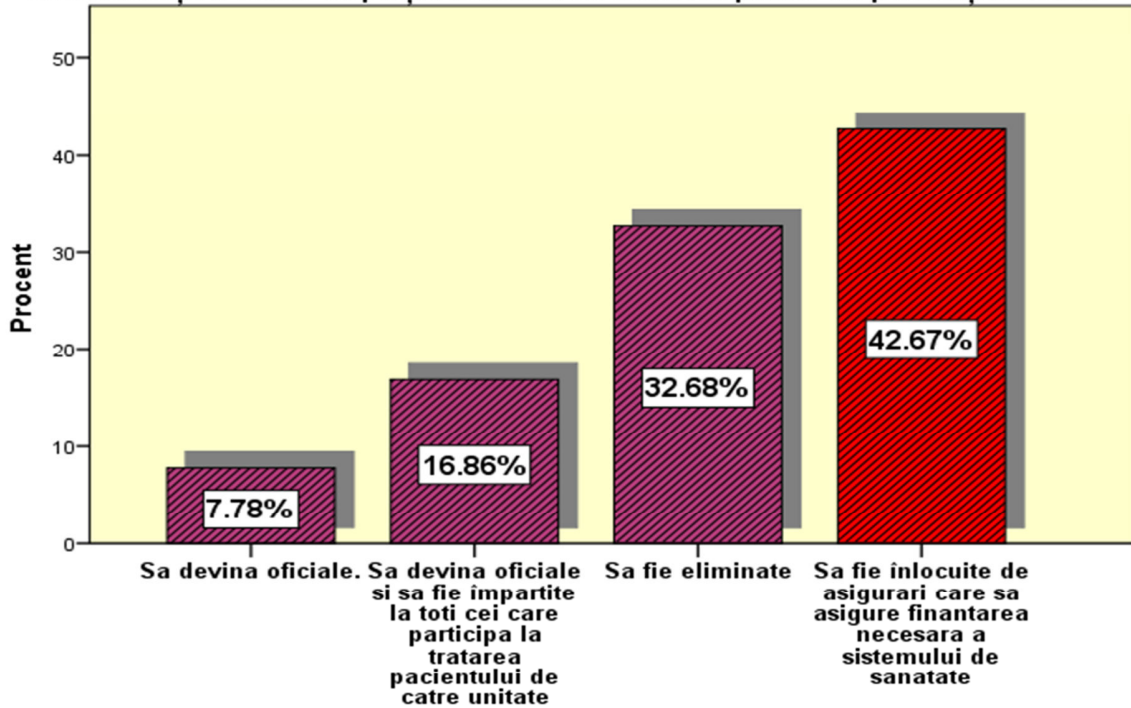


Figura 30



## Cumpărarea medicamentelor și a materialelor sanitare de către pacienți

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

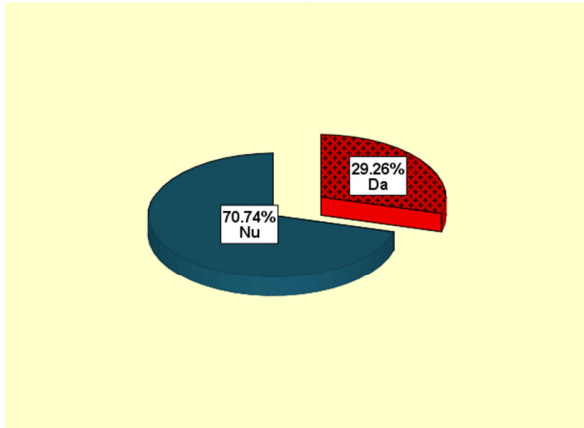


Figura 31

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

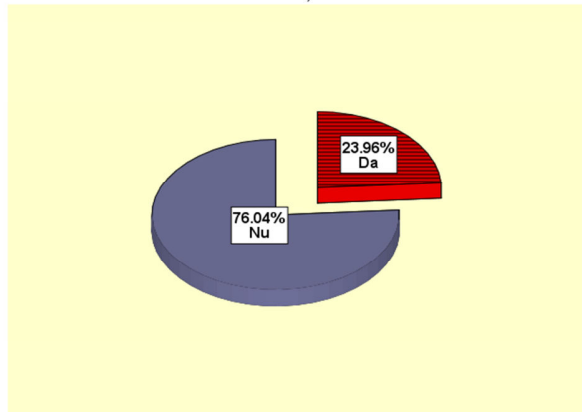


Figura 32

În situația în care Guvernul nu este de acord cu solicitările privind creșterile salariale sunteți dispus/dispusă să participați la măsuri de protest:

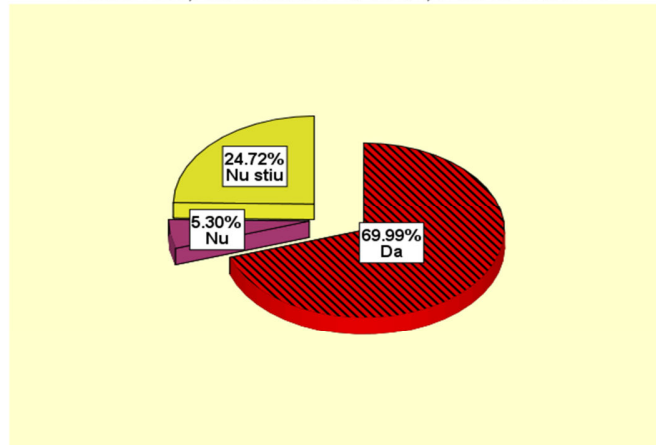


Figura 33

La ce tip de proteste sunteți dispus/dispusă să participați:

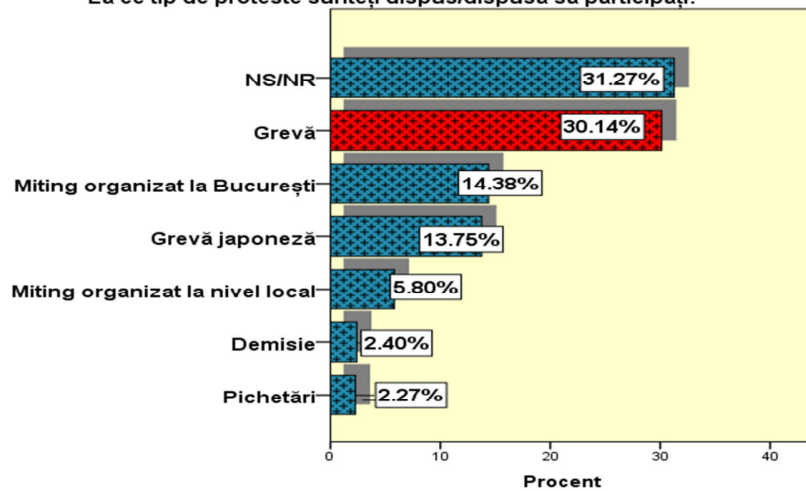


Figura 34

**DRAFT**

[www.cercetare-sociala.ro](http://www.cercetare-sociala.ro)

Redactor: Rotilă Viorel

Coperta: Lungu Laurențiu

Corectură și paginare: Ciobanu Georgiana

Bun de tipar: 2015. Apărut: 2015

Editura **Sodalitas**, str. Col.Nicolae Holban 10 bis, CP 800215, Galați

Tel: 0336/106.365, Fax: 0336/109.281

---