

FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA



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

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



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.

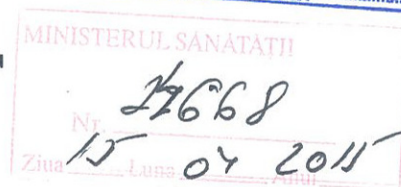
Proiectul de lege cu privire la prestarea de servicii și acte medicale la cererea pacientului, în spitalele publice, considerat drept o măsură destinată creșterii salariilor angajaților din sistemul sanitar are drept efect altceva decât creșterea salariilor, respectiv: legalizarea plăților informale; 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.