



Gărzile medicilor
Echivalarea
Salarizarea în funcție de performanță
Calitatea vieții profesionale
Inechități ale sistemului de salarizare
Soluții de finanțare
Timpul de lucru; orele suplimentare

Colecția
Sociologie Medicală

Coordonator Viorel ROTILĂ

***Calitatea vieții profesionale a salariaților din
Sănătate; studii, analize și demersuri privind
unii dintre indicatori***



Editura SODALITAS

2016



Colecția

SOCIOLOGIE MEDICALĂ

**EDITURA SODALITAS
2016**

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”

***Calitatea vieții profesionale a salariaților din
Sănătate; studii, analize și demersuri privind
unii dintre indicatori***

Autori:

Rotilă Viorel (coordonator)

Ciobanu Georgiana

Celmare Lidia

Palade Traian

Tetiva Elena

Andoniu Georgiana Loredana

ISBN 978-606-93790-4-2

SODALITAS

2016

Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”
Str. Col. Nicolae Holban, nr. 10bis, corp C1, Galați
Telefon: 0336/106.365
Fax:0336/109.281
e-mail: contact@cercetare-sociala.ro
www.cercetare-sociala.ro

ISBN 978-606-93790-4-2

Copyright © 2016
Toate drepturile sunt rezervate Editurii Sodalitas
Printed in Romania

Cuprins

Cuprins.....	5
Introducere.....	9
Orele de gardă efectuate de medici constituie timp de lucru și trebuie plătite cu toate drepturile aferente	11
<i>Gărzile medicilor trebuie considerate timp de lucru?</i>	11
Toate orele de gardă constituie timp de muncă.....	11
Definirea timpului de muncă.....	11
Toate orele de gardă fac parte din programul normal de lucru	13
Câteva precizări prealabile privind cadrul juridic.....	13
Regimul juridic al orelor de gardă aferente „programului normal de lucru”	14
Regimul juridic al orelor de gardă ce depășesc media zilnică de 7 ore a programului de lucru.....	15
Orele de gardă au caracter obligatoriu	15
Orele de gardă nu pot considerate ore suplimentare sau cumul	16
Programul normal de lucru al medicilor care efectuează gărzi derogă de la prevederile generale privind timpul de lucru.....	17
Orelor de gardă le sunt aplicabile toate obligațiile și drepturile specifice programului normal de lucru	18
Orele de gardă rezultate din extinderea programului normal de lucru beneficiază de plată suplimentară	18
Timpul de lucru aferent orelor de gardă constituie vechime în muncă și în specialitate.....	18
Argumente suplimentare	19
Gărzile medicilor. Situația actuală și principiile utilizabile pentru modificarea Regulamentului privind timpul de lucru și organizarea gărzilor în unitățile sanitare publice	23
Introducere.....	23
Precizări metodologice	24
Analiza datelor	26
Timpul de lucru.....	26
Aspecte generale.....	26
Timpul de lucru continuu	28
Locul de desfășurare a gărzilor și relația acestor cu specializarea.....	31
<i>Modalitatea de plată a orelor de gardă</i>	33
Participare la decizia de stabilire a gărzilor. Acordul pentru efectuarea gărzilor	33
<i>Gărzile la domiciliu</i>	38
Consultațiile interdisciplinare	40
Impactul asupra calității vieții profesionale	42
<i>Evaluarea „gradului de contaminare” cu dezideratele organizației - Nivelul informării anterioare</i>	43
<i>Aspecte prospective: principii orientative în elaborarea noului Regulament de desfășurare a gărzilor</i>	44
Date factuale	49
Concluzii	52
Recomandări	55
Problema timpului maxim de lucru.....	55
Problema orelor libere după gardă	56

Flexibilizarea timpului de lucru – cea mai adecvată măsură de completare a normei de bază	56
Excepțiile de la regula limitei de 24 de ore lucrate continuu	56
Plata gărzilor suplimentare/desfășurate în baza unui CIM separat, pentru timp parțial.....	57
Medicii care efectuează gărzi au dreptul la sporurile pentru condițiile de muncă	59
Bibliografie.....	60
Câteva instrumente juridice de sprijinire a medicilor care efectuează gărzi suplimentare.	
Modele și recomandări.....	61
Propuneri și argumente pentru modificarea Ordinului Ministrului Sănătății nr. 870/2004 ..	77
Analiză asupra consultărilor privind modificarea Ordinului Ministerului Sănătății nr. 870/2004	141
Studiu privind sistemul de salarizare din Sănătate în România (2015). Analiză de caz: salarizarea în funcție de performanță	147
Introducere.....	147
Metodologie	148
Ipoteze.....	148
Aspecte procedurale	149
Instrumentul de cercetare	149
Procedura on line	149
Eșantionul.....	150
Analiza datelor.....	152
Gradul de informare.....	152
Inechități ale sistemului actual de salarizare	153
Salarizarea în funcție de performanță	154
Criteriile salarizării în funcție de performanță	156
Metodologia de evaluare	157
Ierarhia salariilor	159
Soluții de finanțare a unui nou sistem de salarizare	164
Practica privată în sectorul public (ca variantă de salarizare suplimentară)	165
Distribuția veniturilor suplimentare.....	166
Resursele actuale pentru creșterea salariilor	168
Gradul de satisfacție.....	169
Plățile informale	172
Condiționarea actului medical	172
Plățile voluntare	173
Distribuția plăților informale.....	174
Cumpărarea medicamentelor și a materialelor sanitare de către pacienți.....	175
Evaluarea discriminărilor salariale ale personalului nemedical (TESA) care lucrează în unitățile sanitare publice (2016).....	179
Analiza principalelor probleme ale cu care se confruntă asistentele medicale din unitățile publice de sănătate (2016).....	199
Introducere.....	199
Partea I-a: Cercetarea sociologică.....	200
Metodologie	200
Prelucrarea datelor	201

Timpul de lucru; orele suplimentare.....	201
Concediul de odihnă.....	205
Drepturile salariale.....	207
<i>Echivalarea asistentelor medicale absolvente de postliceală.....</i>	<i>209</i>
Evaluarea piedicilor posibile în calea echivalării.....	212
Căile de acțiune posibile pentru obținerea echivalării.....	213
<i>Evaluarea disponibilității de a participa la proteste.....</i>	<i>213</i>
Date factuale.....	216
Partea a II-a: Analiza salarizării asistentelor medicale. Probleme și soluții posibile.....	218
Principalele probleme constatate.....	218
Soluțiile recomandate.....	219
Concluzii.....	220
Principalele categorii de probleme constatate.....	220
1) Respectarea drepturilor aferente timpului de muncă.....	220
2) Echivalarea asistentelor medicale absolvente de postliceală.....	221
3) Salarizarea asistentelor medicale.....	221
Principalele soluții recomandate pentru eliminarea problemelor constatate.....	222
Anexe.....	223
Anexa nr. 1 Expresia grafică a ierarhiei salariale stabilită de Legea nr. 284/2010.....	223
Anexa nr. 2 Ierarhia salariilor în plată în luna septembrie 2016.....	224
Anexa nr. 3 Ierarhia salariilor pe categorii profesionale în funcție de procentul acordat (în plată) din salariul ideal/legal.....	225
Anexa nr. 4 Ierarhia salariilor pe categorii profesionale în funcție de procentul acordat (în plată) din salariul ideal/legal – cu salariile maxime pentru personalul medical (acordate în unele unități sanitare).....	226
Anexa nr. 5 Seriile de date utilizate pentru analize și grafice.....	227
Anexa nr. 6 Extras din <i>Studiului privind procedurile aplicabile pentru elaborarea Ordonanței de urgență privind corecțiile aduse la salarizarea personalului plătit din fondurile publice</i> (pp. 1-4).....	236
Anexa nr. 7 Extras din <i>Studiul privind procedurile aplicabile pentru elaborarea Ordonanței de urgență privind corelațiile aduse la salarizarea personalului plătiți din fondurile publice</i>	241

Introducere

Având la bază activități de cercetare și analiză desfășurate în cadrul Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, acest volum face parte din strategia dedicată identificării relației dintre calitatea vieții profesionale și calitatea serviciilor medicale, studiile și articolele fiind dedicate câtorva dintre indicatorii specifici. Volumul prezintă doar o parte a cercetărilor derulate în anul 2016 pe această temă (la care se adaugă o cercetare desfășurată în anul 2015), constituind o selecție tematică din perspectiva interesului decidenților și a organizațiilor implicate în reprezentarea salariaților. Ansamblul acestor demersuri constituie totodată o contribuție la fundamentarea punctelor de pornire pentru un demers necesar de instituire a managementului resurselor umane din Sănătate.

Demersurile de cercetare și analiză sunt dedicate în egală măsură sprijinirii acțiunilor sindicale și politicilor guvernamentale bazate pe dovezi, furnizând informații relevante într-un domeniu relativ sărac în astfel de abordări. Unele dintre studiile prezentate au fundamentat deja acțiuni încununate de succes, principalii beneficiari fiind câteva categorii de salariați din Sănătate. Din dorința unei abordări ample a unora dintre teme, volumul prezintă și câteva proiecte de modificări legislative și proceduri aplicabile în interpretarea prevederilor legale

Studiile cuprinse în cadrul lucrării sunt orientate către evaluarea problemelor specifice și a posibilității instituirii unor principii etice în activitatea de reglementare a activității, domeniile majore de preocupare constituindu-le timpul de muncă, salarizarea și formarea profesională.

Orele de gardă efectuate de medici constituie timp de lucru și trebuie plătite cu toate drepturile aferente

Rotilă Viorel

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

Jurist

viorelrotilă@yahoo.com

Keywords: *gardă, timp de lucru*

Statutul juridic al normei de lucru a medicilor din România necesită câteva clarificări esențiale, bazate pe interpretarea prevederilor legale aplicabile. Pentru a contura ansamblul problemei vom începe cu câteva întrebări importante:

- I. Gărzile medicilor trebuie considerate timp de lucru?*
- II. Care este regimul juridic aplicabil în ceea ce privește obligațiile și beneficiile?*
- III. Care este numărul de ore de gardă pe care este obligat să le facă un medic?*
- IV. Plata orelor de gardă ține cont/trebuie să țină cont de faptul că este vorba și de ore lucrate noaptea?*

Vom aborda în continuare fiecare dintre aceste întrebări.

Gărzile medicilor trebuie considerate timp de lucru?

Pentru a avea un răspuns adecvat trebuie să începe analiza pornind de la principalul act normativ care tratează această problemă, respectiv Ordinul Ministerului Sănătății nr. 870/2004, respectiv *Regulamentul privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar* (în continuare OMS 870/2004), anexă la acest act normativ.

Toate orele de gardă constituie timp de muncă

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 legale aplicabile. Pentru a demonstra acest lucru vom prezenta în paralel principalele definiții ale timpului de muncă, în ordinea inversă a ierarhiei actelor juridice:

- a) OMS 870/2004, anexa nr. 1 art. 1: *Timpul de muncă reprezintă timpul pe care salariatul îl folosește pentru îndeplinirea sarcinilor de muncă.*

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

- b) 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.*
- c) 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 gărzii, este dată de Curtea de Justiție a Uniunii Europene (în continuare Curtea). Într-o comunicare a Parlamentului European (28.02.2014)¹ Comisia Uniunii Europene (în continuare Comisia) își exprimă punctul de vedere pe această temă, interpretând prevederile Directivei din perspectiva Curții: „în cauza *SIMAP*², 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.”³ Comisia indică în sprijinul acestei interpretări și o altă cauză în care Curtea s-a pronunțat în acest sens: „În cauza *Jaeger*⁴, 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”⁵, 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.»”⁶ 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.”⁷

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

¹ http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/peti/cm/866/866776/866776ro.pdf (CM\1025138RO.doc; PE464.843v04-00)

² Cauza C-303/98.

³ Comunicare, p. 4.

⁴ *Jaeger*, cauza C-151/02, Hotărârea din 9 septembrie 2003, punctele 60 și 61.

⁵ Comunicare, p. 4.

⁶ Comunicare, p. 5.

⁷ Comunicare, p. 5.

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 evident de la normele europene în domeniu, definiția pe care o dă timpului de lucru nefiind conformă prevederilor Directivei. În baza principiului supremației dreptului comunitar în raport cu dreptul național și a calității de precedent a hotărârilor Curții, este evident faptul că interpretarea legală a timpului de muncă este cea consacrată de Directivă, așa cum este interpretată de hotărârile Curții.⁸

Mai mult decât atât, putem identifica și sursa erorii: art. 1 din Anexa la OMS 870/2004 are aceeași formă cu vechea definiție a timpului de muncă din Codul Muncii:

Art. 108 Timpul de muncă reprezintă timpul pe care salariatul îl folosește pentru îndeplinirea sarcinilor de muncă.

Așadar, putem constata următoarele:

- Definiția dată de OMS 870/2004 nu respectă prevederile Codului muncii și nici Directivei, deci nu este aplicabilă deoarece a fost abrogată în mod implicit.
- În baza efectului direct al legislației comunitare sunt aplicabile prevederile Directivei în ceea ce privește definirea timpului de muncă.
- Având în vedere faptul că jurisprudența Curții constituie o sursă a dreptului comunitar, garda medicilor este considerată timp de lucru din punct de vedere juridic.

Toate orele de gardă fac parte din programul normal de lucru

Câteva precizări prealabile privind cadrul juridic

Anticipând una din problemele ce urmează a fi abordate, respectiv situația juridică a programului normal de lucru, în cadrul prezentei secțiuni prin „program normal de lucru” înțelegem sensul care-i este dat de OMS 870/2004: de regulă, programul zilnic de 5 sau 6 ore (în situația contravizitelor), completat de 20 sau 40 de ore de gardă lunar (art. 4, alin. 1 al OMS 870/2004).⁹

Pentru stabilirea naturii juridice a orelor de gardă este esențial să stabilim totodată modalitatea lor de încadrare raportat la „programul normal de lucru”. Dacă luăm în considerare

⁸ Având în vedere neconcordanța dintre dreptul național și cel comunitar, persoanele afectate pot invoca de drept legislația comunitară, în baza *principiului efectului direct* al acesteia

⁹ Această interpretare este valabilă doar în cadrul acestei secțiuni, recurgând la ea pentru a clarifica „interpretarea curentă”. În secțiunile următoare vom demonstra că interpretarea curentă este eronată, instituția programului norma de lucru fiind multă mai extinsă în cazul medicilor care efectuează ore de gardă.

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

raporturile juridice care au calitatea de izvor pentru orele de gardă acestea se împart în două categorii:

- Contractele individuale de muncă aferente de normei de bază;
- Contractele speciale de muncă (care au ca obiect doar efectuarea gărzilor - art. 32 al OMS 870/2004)

Conform interpretărilor comune ale OMS 870/2004 și ale legislației adiacente, orele de gardă se împart în trei categorii:

- Ore de gardă aferente „programului normal de lucru” (art. 4 al OMS 870/2004)
- Ore de gardă efectuate în afara „programului normal de lucru”;
- Ore de gardă efectuate în baza unui contract individual de muncă special (art. 32 al OMS 870/2004 – cazul medicilor din afara unității):
 - o Medicii care au un contract individual de muncă într-o altă unitate;
 - o Medicii care nu un contract individual de muncă cu o altă unitate.¹⁰

Raportat la un Contract individual de muncă programul de lucru se împarte în două categorii distincte: programul normal de muncă și orele suplimentare.

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 870/2004¹¹, 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);

¹⁰ Această situație este prevăzută de art. 31, alin (3) din OMS 870/2004 (redăm in extenso): „Pot fi incluși în linia de gardă și medici care nu desfășoară activitate în baza unui contract de muncă, dar care sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății în specialitatea în care este organizată linia de gardă, cu avizul șefului de secție și cu aprobarea conducătorului unității sanitare.”

¹¹ Pentru claritatea argumentației redăm conținutul prevederilor legale menționate: „Art. 4 (1) În unitățile sanitare publice cu paturi medicii care lucrează în secțiile sau compartimentele cu paturi asigură activitatea în cadrul timpului de muncă de 7 ore în medie pe zi, în program continuu sau divizat astfel:

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

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

- 20 de ore de gardă lunar;

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

- activitatea curentă de minimum 5 ore în cursul dimineții în zilele lucrătoare;

- 40 de ore de gardă lunar.”

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Dată fiind formularea textului de lege, coerentă și cu alte prevederi legale¹², 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, laboratoarelor și a compartimentelor și aprobate de conducerea unității sanitare constituie abatere disciplinară.¹³

Deoarece orele de gardă au caracter obligatoriu pentru medici atunci ele fac parte din programul normal de lucru. Mai mult decât atât, instituția 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.¹⁴ Or, conform alin. 1 al aceluiași articol munca forțată este interzisă.

¹² 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”.

¹³ Este relevant pentru ansamblul discuției faptul că această prevedere a fost introdusă prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1067/2012.

¹⁴ Pentru claritatea argumentării redăm prevederile art. 4, alin. 1-2 din CM:
(1) Munca forțată este interzisă.

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

- Fie orele de gardă în discuție le considerăm drept „altceva” decât timp de muncă¹⁵, 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.¹⁶ 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.*”¹⁷

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.
- În mod corespunzător, programul normal de lucru al medicilor include toate orele de gardă.¹⁸
- 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.¹⁹

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

(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.

¹⁵ 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.

¹⁶ *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).

¹⁷ http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/com/com_com%282010%290802_/com_com%282010%290802_ro.pdf, p. 7.

¹⁸ Acestea fiindu-le aplicabile toate drepturile și obligațiile aferente programului normal de lucru.

¹⁹ Suntem într-o situație similară Austriei, care a stabilit timpul de lucru la medicilor la media de 60 de ore pe săptămână fără acordul acestora. A se vedea în acest sens Raportul Comisiei către Parlamentul European, Consiliu, Comitetul Economic și Social European și Comitetul Regiunilor privind punerea în aplicare de către statele membre a Directivei 2003/88/CE („Directiva privind timpul de lucru”), http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/com/com_com%282010%290802_/com_com%282010%290802_ro.pdf. Cu mențiunea, că în România nu există o limitare superioară a timpului de lucru al medicilor.

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 prevederile 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:

- 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, reprezentată 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).

În acest sens, ne raportăm la cel mai important izvor de drept (din punctul de vedere al ierarhiei actelor juridice): Directiva privind timpul de muncă.

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

Până acum am demonstrat următoarele:

- Orelor 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 870/2004²⁰:

²⁰ 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 gardă nu sunt considerate ore suplimentare și nici cumul de funcții.*

(2) *Orele de gardă nu constituie vechime în munca și în specialitate.*

(2) Orele de gardă 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 alineat 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 muncă²¹ și aplicarea legislației U.E. începând cu anul 2007, considerăm că suntem în situația abrogării implicite a prevederilor acestui alineat.

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 alineatelor 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.

(3) Orele de gardă 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 determina numărul de puncte realizat în fiecare luna, pe baza cărora se determina cuantumul pensiei.

²¹ Așa cum am arătat în secțiunea Definiția 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 prevede²² 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 aliniat 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 materie²³. 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.²⁴ 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%²⁵ în condițiile în care art. 123, alin. 2 din CM prevede sporul minim de 75% constituie un argument suplimentar în acest sens.

²² Fără a distinge între cele două categorii diferite de ore de gardă, cărora le corespund situații juridice diferite în cadrul acestui act normativ.

²³ Deși suntem în situația unei prevederi speciale, putând fi luată în considerare derogarea de la prevederile generale.

²⁴ Așa cum am demonstrat la regimul juridic al orelor de gardă.

²⁵ Ne raportăm la prevederile art. 2, alin. 3 din Anexa nr. III, Capitolul II, Legea nr. 284/2010.

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

- 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 nesuținută de altfel de niciuna din prevederile legale în vigoare) aceste lucru nu ar fi fost posibil. Deci orele de gardă prestate în afara timpului normal de lucru fac parte din timpul de muncă. Având în vedere că este vorba de un timp de muncă este evident că medicul beneficiază de toate drepturile legale aferente timpului de muncă.
- 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.

Gărzile medicilor. Situația actuală și principiile utilizabile pentru modificarea Regulamentului privind timpul de lucru și organizarea gărzilor în unitățile sanitare publice

Rotilă Viorel (coord)

*Conferențiar univ. dr., Universitatea „Dunărea de Jos” Galați, Romania,
viorelrotila@yahoo.com*

Ciobanu Georgiana

*Sociolog, M.Phil.,
Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, România,
georgianailcu@yahoo.com*

Lungu Laurențiu

*Expert sociologie online
Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, România,
l.laurentiu.gj@gmail.com*

Introducere

Prin intermediul acestei cercetări ne-am propus să clarificăm câteva aspecte esențiale ale activității medicilor din spitalele publice românești, respectiv cele legate de desfășurarea gărzilor, identificând problemele existente și impactul acestora asupra calității vieții profesionale a medicilor, la care se adaugă propunerea unui set de soluții, bazate pe dovezile existente, pentru o reglementare mai eficientă a acestor aspecte.

Demersul face parte din strategia acțiunii bazată pe dovezi promovată de Federația „Solidaritatea Sanitară” (organizația care a comandat studiul), prin intermediul lui dorindu-se modificarea Regulamentului privind timpul de lucru în sectorul sanitar (numit – impropriu – Regulamentul de gărzi²⁶) în acord cu opiniile și așteptările categoriei profesionale din care fac parte respondenții.

²⁶ Pentru claritatea referințelor vom utiliza și noi această denumire în cadrul prezentului studiu.

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Cercetarea are la bază răspunsurile date de medicii care efectuează gărzi (inevitabil subiective) la întrebările din chestionarul anexat, fiind astfel centrată pe opiniile acestora, fără a recurge la verificarea analitică a unei situații oficiale privind gărzile din unitățile sanitare publice (indisponibilă).

Această investigare este desfășurată în continuarea unei cercetări similare desfășurată de Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, față de care au fost introduse câteva întrebări noi.²⁷

Datorită desfășurării cercetării în contextul modificării Regulamentului privind timpul de lucru în sectorul sanitar, investigația are și un caracter prospectiv, evaluând gradul de acceptare al unora dintre variantele posibile luate în considerare pentru modificarea acestui act normativ.

Recomandările din cadrul studiului preiau rezultatele acestuia, propunerile fiind făcute ținând cont de cadrul juridic existente, la baza lor aflându-se atât informațiile rezultate în urma cercetărilor cât și expertiza juridică. Anexa studiului este construită în întregime pe argumente juridice, constituind totodată o încercare de clarificare a cadrului legal aplicabil, respectiv la situației juridice a acestei activități.

Precizări metodologice

Subiecții cercetării sunt medicii din sectorul sanitar care efectuează gărzi.

Cercetarea are caracter exploratoriu, încercând să stabilească un punct de plecare pentru investigarea precisă a fenomenului.

Aplicarea chestionarelor s-a făcut în perioada 15.06.2016-03.07.2016, prin intermediul canalelor electronice de comunicare, invitația de completare fiind transmisă la un număr de peste 11.832 de medici din toate regiunile țării, activi în mediul on-line.

Selecția respondenților este una aleatorie, în funcție de dorința subiecților de a participa la această cercetare. Au completat chestionarul un număr de 1225 de medici, din care 1039 au declarat că realizează gărzi.

Eșantionul are următorul profil, în funcție de specializarea respondenților:

Specializare	Procent	Specializare	Procent	Specializare	Procent	Specializare	Procent
Anestezie si terapie intensiva	11.5	Neonatologie	2.9	Chirurgie vasculara	0.9	Psihiatrie pediatrica	0.4
Medicina internă	9.1	Pneumologie	2.9	Reumatologie	0.8	Chirurgie orala si maxilo-faciala	0.4
Obstetrica-ginecologie	8.5	Gastroenterologie	2.6	Chirurgie toracica	0.8	Endocrinologie	0.4
Pediatrie	7.1	Medicina de familie	2	Alta	0.8	Recuperare, medicina fizica si balneologie	0.3

²⁷ Studiul efectuat în anul 2013 poate fi găsit aici: <http://cercetare-sociala.ro/index.php/studii-ghiduri/studii/item/38-studiu-asupra-timpului-de-munca-in-sectorul-sanitar-din-romania-analiza-de-caz-garzile-medecilor>

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Chirurgie generala	6.1	Otorinolaringologie (ORL)	1.9	Hematologie	0.6	Stomatologie	0.3
Cardiologie	4.9	Chirurgie plastica-microchirurgie reconstructiva	1.6	Oftalmologie	0.6	Genetică medicală	0.2
Medicina de urgenta	4.8	Chirurgie pediatrica	1.3	Neurologie pediatrica	0.5	Radioterapie	0.2
Neurologie	4.1	Neurochirurgie	1.3	Medicina legala	0.5	Chirurgie cardiovasculara	0.1
Psihiatrie	3.7	Medicina de laborator	1.3	Alergologie si imunologie clinica	0.4	Anatomie patologica	0.1
Ortopedie si traumatologie	3.4	Nefrologie	1.2	Geriatricie si gerontologie	0.4	Expertiza medicala a capacității de munca	0.1
Radiologie-imagistica medicala	3.3	Diabet zaharat, nutriție si boli metabolice	1.2	Medicina muncii	0.4	TOTAL	100
Boli infecțioase	3.2	Urologie	1.1	Oncologie medicala	0.4		

Tabel 1-Specializarea respondenților

Județ	Procent	Județ	Procent	Județ	Procent
București	47.4	Hunedoara	1.2	Dâmbovița	0.5
NS/NR	6.3	Maramureș	1.1	Arad	0.5
Iași	5.7	Argeș	1.1	Neamț	0.5
Timiș	5.4	Sibiu	1.1	Sălaj	0.5
Cluj	4.1	Ilfov	1.0	Botoșani	0.5
Mureș	2.7	Buzău	0.7	Caraș-Severin	0.4
Constanța	2.4	Olt	0.7	Ialomița	0.4
Galați	2.4	Vâlcea	0.7	Satu Mare	0.4
Dolj	1.5	Gorj	0.6	Harghita	0.3
Vaslui	1.5	Tulcea	0.6	Bistrița-Năsăud	0.3
Bihor	1.5	Bacău	0.6	Giurgiu	0.2
Suceava	1.4	Vrancea	0.6	Călărași	0.1
Prahova	1.3	Brăila	0.6	Covasna	0.1
Brașov	1.3	Alba	0.5	TOTAL	100

Tabel 2-Județ

Ținând cont de faptul că chestionarul include și o componentă de consultare a medicilor în vederea selectării unora dintre variantele posibile privind modificarea regulamentului de gărzi, demersul a inclus principiul aplicării chestionarului la cât mai mulți medici pentru a asigura un nivel adecvat de relevanță consultării. Acesta este motivul pentru care s-a avut în vedere o

marjă de eroare de 4%, numărul de final de respondenți incluși în prelucrarea datelor fiind de 1039.

Analiza datelor

Timpul de lucru

Aspecte generale

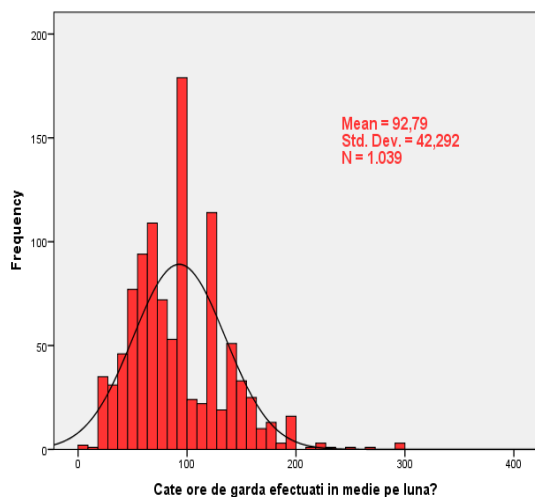


Figura 1

Media orelor lunare de gardă efectuate de respondenți este de cca. 93 ore; jumătate dintre medici lucrează în gărzi mai mult de 93 de ore/lună.

Media orelor lucrate săptămânal de medici este de 62,3 ore (echivalentul a peste 1,7 norme²⁸). Cca. 94% dintre medicii care fac gărzi lucrează mai mult de 40 ore/săptămână; 96,7% lucrează mai mult de 36 ore/săptămână (durata normală a unei săptămâni de lucru pentru un medic).

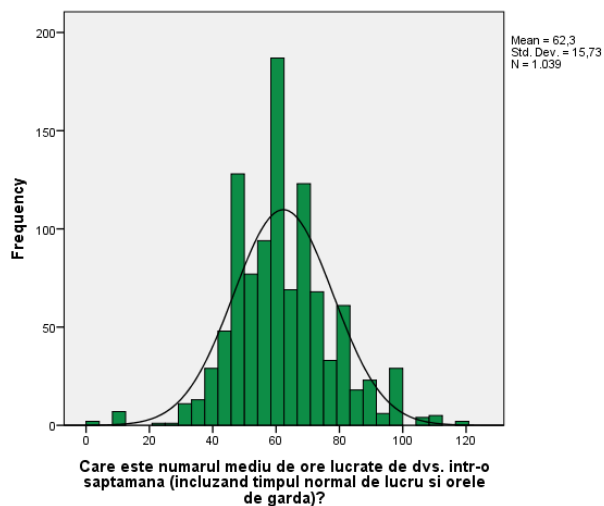


Figura 2

²⁸ Avem în vedere faptul că durata zilnică de muncă a unui medic este de 7 ore/zi, 35 de ore/săptămână.

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

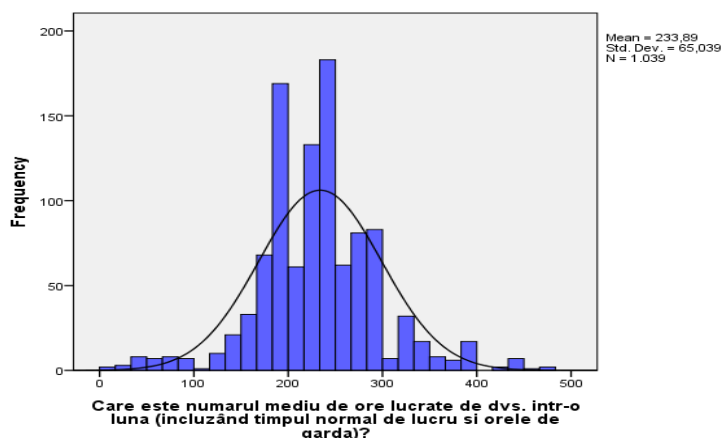


Figura 3

Media lunară a timpului de lucru al medicilor care efectuează gărzi este de cca. 234 ore (echivalentul a 1,56 norme)²⁹, 48% dintre medici lucrând peste această medie. 69,5% dintre medicii care efectuează gărzi lucrează între 200 și 300 de ore pe lună; 9,5% dintre medicii care efectuează gărzi declară că lucrează mai mult de 300 de ore pe lună.

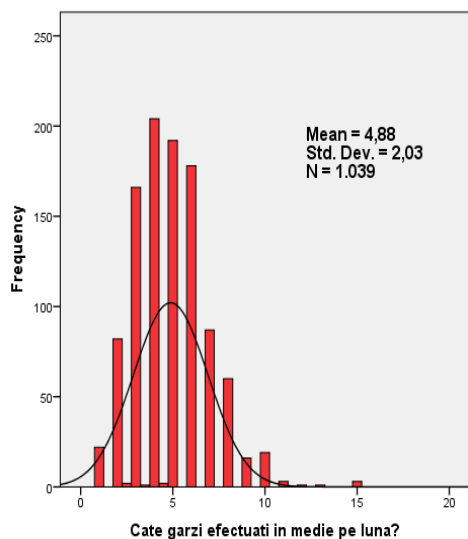


Figura 4

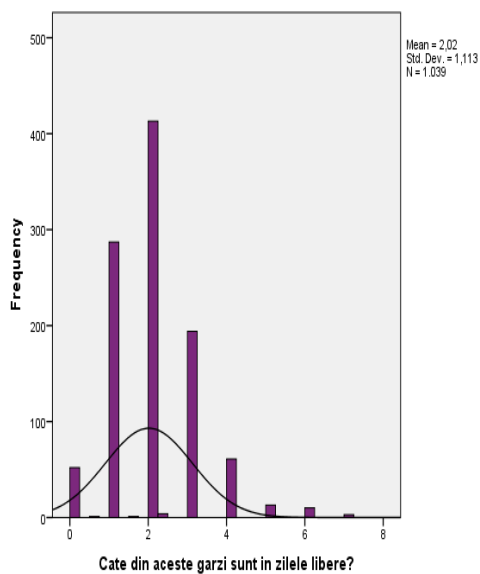


Figura 5

²⁹ Se observă faptul că media lunară este mai mică decât cea săptămânală. Diferența considerăm că este generată de modalitatea subiectivă de raportare, fiind mai ușor de reținut încărcarea cu activități din timpul unei săptămâni (deoarece are repere mai clare – zilele de weekend) decât cea din timpul unei luni.

Media numărului de gărzi efectuate de un medic este de 4,88/lună, cca. 2 gărzi/lună fiind în weekend; 53% dintre medici efectuează între 5 și 10 gărzi pe lună.

Timpul de lucru continuu

Pentru o minimă poziționare a problemei într-un context mai general considerăm necesar să indicăm câteva dintre informațiile furnizate de o meta-analiză prezentată de The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety pe tema efectelor timpului de lucru continuu asupra personalului medical:

„Cercetările recente au demonstrat că medicii rezidenți³⁰ care muncesc continuu timp de 24 de ore:

- *Fac cu 36% mai multe erori medicale decât medicii a căror activitate este limitată la maxim 16 ore de muncă continuă;*
- *Fac de cinci ori mai multe erori de diagnostic;*
- *Sunt de două ori mai neatenți în timpul lucrului de noapte;*
- *Suferă cu 61% mai multe accidente prin înțepare cu ace de seringă sau alte obiecte ascuțite;*
- *Au riscul dublu de a face accidente auto în timpul întoarcerii acasă după o tură de 24 de ore;*
- *Experimentează o deteriorare a deviației standard a performanței de 1,5 până la 2 față de performanța de bază a unui om odihnit, atât în sarcinile clinice cât și în cele neclinice;*
- *Suferă o scădere a performanței comparabilă cu cea indusă de consumul de alcool, raportat la o alcoolemie situată între 0,05 și 0,1.*
- *Sunt înregistrate cu 300% mai multe erori medicale generate de oboseală care conduc la decesul pacienților.”³¹*

După cum se poate observa, impactul potențial sugerat de diferite cercetări este suficient de mare pentru a face din problema timpului de lucru al medicilor un aspect ce interesează atât profesioniștii cât și societatea românească, în ansamblul ei.

³⁰ Raportarea la medicii rezidenți este determinată de faptul că în Occident, în majoritatea cazurilor, această durată muncii continue este aplicabilă doar în cazul lor.

³¹ Steven W. Lockley & colab., (2008). Effects of Health Care Provider Work Hours and Sleep Deprivation on Safety and Performance The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, November 2007 Volume 33 Number 11 Supplement, pp. 7-8. <https://www.jointcommission.org/assets/1/18/S2-JQPS-11-07S-lockley.pdf>

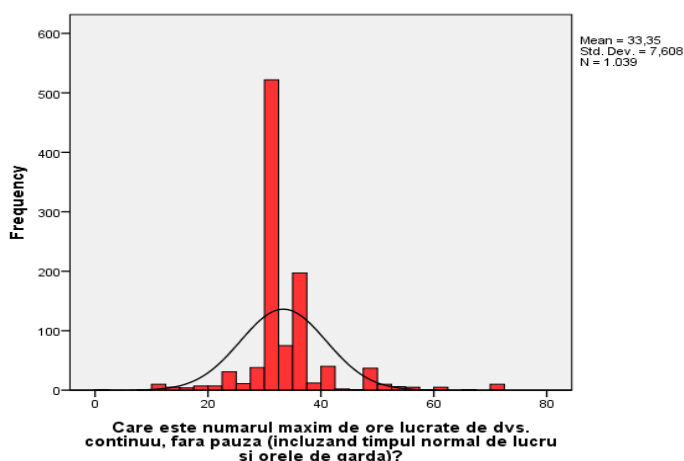


Figura 6

Media numărului maxim de ore lucrate continuu de medici este de 33,3 ore. Peste 93,7% dintre medici au lucrat continuu un număr maxim de ore mai mare de 24; 76% dintre medici au lucrat continuu un număr maxim de ore cuprins între 30 și 36 de ore. Frecvența cea mai mare a răspunsurile identice (20,6%) este înregistrată pe numărul maxim de 30 de ore lucrate continuu, corespunzătoare modelului: programul normal de lucru (6 ore)+ gardă (18 ore) + programul normal de lucru (6 ore).

În baza acestor date putem estima că impactul asupra calității vieții profesionale este unul negativ, aceste vârfuri de activitate determinând un grad ridicat de uzură. Totodată, dacă acceptăm ipoteza scăderii eficienței odată cu depășirea duratei normale de lucru, proporțional cu această depășire³², devine evident și impactul negativ asupra calității serviciilor medicale, una din variabile reprezentând-o creșterea riscului de erori profesionale.

În încercarea de a selecta specialitățile cele mai expuse la solicitarea implicată de munca neîntreruptă, propunem introducerea unui indicator specifică specific, SMCM (Solicitarea Maximă de Muncă Continuă), calculat în funcție de specialitățile care au peste 50% din timpul maxim de muncă continuă peste nivelul mediu de 33,3 ore (valorile posibile fiind situate între 50, pentru valoarea minimă, și 100 pentru valoarea maximă). Ierarhia reieșită din acest tip de calcul este următoarea:

Specializarea	SMCM
Chirurgie cardiovasculara	100
Oncologie	75
Chirurgie orala si maxilo-faciala	75
Urologie	73
Neurochirurgie	69
Anestezie	68

³² Ipoteză confirmată de mai multe studii în domeniu.

Nefrologie	58
Chirurgie generala	56
Chirurgie vasculara	56

Tabel 3

Indicatorul poate fi considerat unul specific suprasolicitării din anumite specializări, ierarhia din tabelul de mai sus putând fi datorată în special deficitului de specialiști. De remarcat faptul că indicatorul SMMC cu valori foarte mari nu corelează cu numărul de medici afectați, ponderea cea mai mare în acest ultim sens constituind-o specializările Anestezie (7,8% dintre respondenți sunt anesteziști care au lucrat continuu peste 33,3 ore) și Chirurgie generală (3,4% dintre respondenți sunt chirurghi generaliști care au lucrat continuu peste 33,3 ore).³³

Ținând cont de cadrul juridic aplicabil considerăm că indicatorul SMMC ar trebui calculat în mod ideal raportat la limita maximă legală de 24 de ore de muncă continuă. Este evident că în condițiile în care 93,7% dintre medici au lucrat mai mult de 24 de ore această modalitate de utilizare a indicatorului este nefirească, preferând să utilizăm un indicator intermediar: Solicitarea Curentă de Muncă Continuă (SCMC).

În măsura în care valorile SMMC sunt determinate de un specific profesional (luând în considerare faptul că majoritatea specializărilor cu valori în intervalul de atenție ale acestui indicator sunt specializări chirurgicale) ipoteza noastră este că acest indicator constituie o modalitate de investigare utilă din perspectiva argumentelor pentru programul flexibil, pe modelul „*Pontat cât muncește*”, având un impact semnificativ asupra modului de organizare a muncii pentru medicii din specializările chirurgicale, care-și desfășoară intervențiile sub semnul unui grad semnificativ de impredictibilitate al duratei³⁴.

Indicatorul SMMC (atât în varianta ideală a sa cât și, mai ales, în cea aplicabilă la acest moment) este relevant și din perspectiva protecției drepturilor pacientului. Date fiind riscurile crescute asociate valorilor mari ale acestui indicator, pacientul are dreptul să fie înștiințat de fiecare dată înainte de a fi tratat de un medic aflat într-o astfel de situație. În condițiile în care astfel de situații sunt independente de voința medicului (deficitul de medici constituind, probabil, explicația cea mai frecventă) înștiințarea pacientului și acordul acestuia asupra intervenției/tratamentului putând degreva medicul de responsabilitate.

Raportându-ne la întrebarea privitoare la efectele timpului de lucru (a cărei prezentare grafică poate fi găsită la Fig. nr. 23), constatăm următoarele informații ce au relevanță din perspectiva efectelor timpului de lucru prelungit:

³³ Luând în considerare relația direct proporțională între numărul de ore lucrate peste programul normal de lucru și riscul de erori profesionale, ipoteza noastră este că indicatorul SMMC corelează cu numărul erorilor de malpraxis în ambele variante ale sale. Este evident că riscul de eroare profesională este puternic dependent în acest caz și de numărul medicilor aflați într-o astfel de situație, a doua variantă de calcul constituind o variabilă importantă.

³⁴ Este evident că încercările de standardizare și de calculare a timpului mediu al duratei intervențiilor, respectiv al abaterilor (uzuale) maxime pot crește eficiența procesului de monitorizare a duratei muncii, respectiv a organizării muncii.

Cum va afectează timpul de lucru prelungit (incluzând orele de lucru și timpul normal de lucru desfășurat înaintea și/sau după orele de gardă)?	Procent
Creste riscul de erori profesionale	25,5
Creste gradul de oboseala	41,0
Determina insatisfactie profesionala	2,4
Scade calitatea serviciilor medicale acordare pacientilor	13,6
Creste riscul de imbolnavire	7,8
Creste intentia/dorinta de a cauta un loc de munca in alta tara	9,7
Total	100,0

Efectele timpului de muncă prelungit sunt următoarele

- Efectul negativ asupra calității serviciilor medicale, gândită generic, este indicat de 39% dintre respondenți.³⁵ După cum se poate observa, el intervine în două modalități:
 - o Creșterea riscului de erori profesionale – sub forma unui impact negativ asupra siguranței pacientului și a serviciilor medicale;
 - o Scăderea calității serviciilor medicale, indicată de cca. 14% dintre respondenți.
- Dacă ne raportăm la rezultatele studiilor occidentale și luăm în considerare efectele negative dovedite ale creșterii gradului de oboseală asupra calității și siguranței serviciilor medicale, este evident faptul că 80% dintre respondenți au indicat un impact negativ direct sau implicit asupra calității și siguranței serviciilor medicale.

Locul de desfășurare a gărzilor și relația acestor cu specializarea

Prin intermediul întrebărilor adresate pe această temă, am investigat în special gradele de mobilitate ale medicilor în privința locului de desfășurare a gărzilor, abordarea fiind relevantă din perspectiva noului Regulament de gărzi. În acest sens, luăm în considerare necesitatea accentuării mobilității medicilor raportat la locurile de desfășurare a gărzilor, mai ales în varianta unui număr mare de medici care vor refuza să efectueze gărzile din afara programului normal de lucru.

³⁵ Cumulând varianta *Crește riscul de erori profesionale* cu varianta *Scade calitatea serviciilor medicale*

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

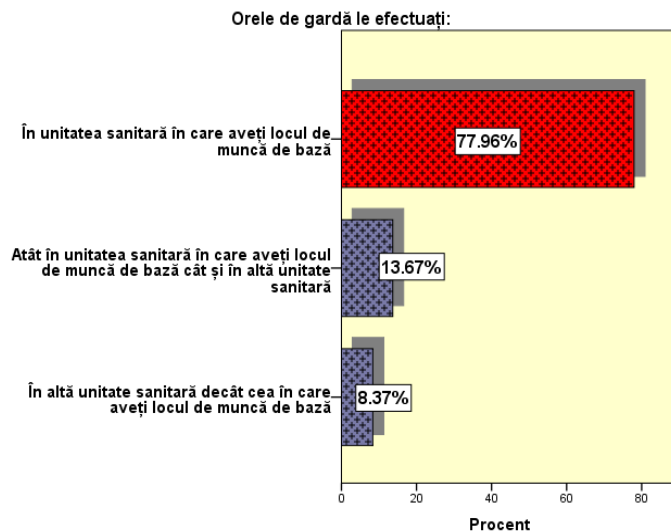


Figura 7

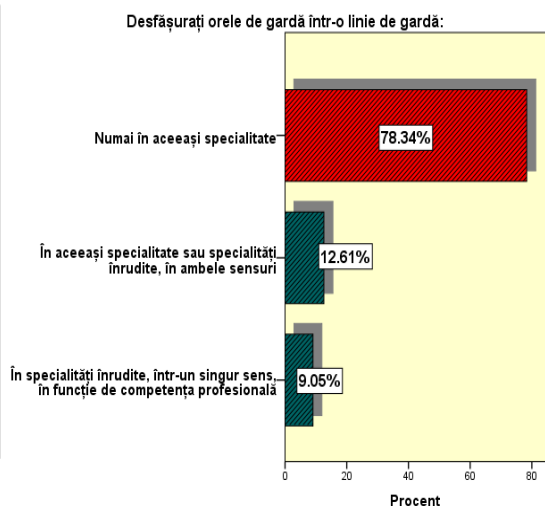


Figura 8

În ipoteza în care efectuarea gărzilor în mai multe unități sanitare coincide cu supraîncărcare la locul de muncă, suntem în situația unor factori suplimentari de stres, care contribuie la scăderea eficienței. Menționăm însă că, pe baza datelor obținute, nu putem indica cu certitudine motivele care stau la baza deciziilor de efectua gărzi în mai multe unități simultan. Este cert în schimb faptul că variabila *În altă unitate sanitară decât locul de muncă de bază* este una importantă în suplinirea deficitului de medici care să asigure continuitatea actului medical în cadrul liniilor de gardă, aceasta fiind totodată una din direcțiile posibile de compensare a impactului ce ar putea fi generat de refuzul medicilor de-a efectua gărzi (gândit din perspectiva prevederilor OUG nr. 20/2016).

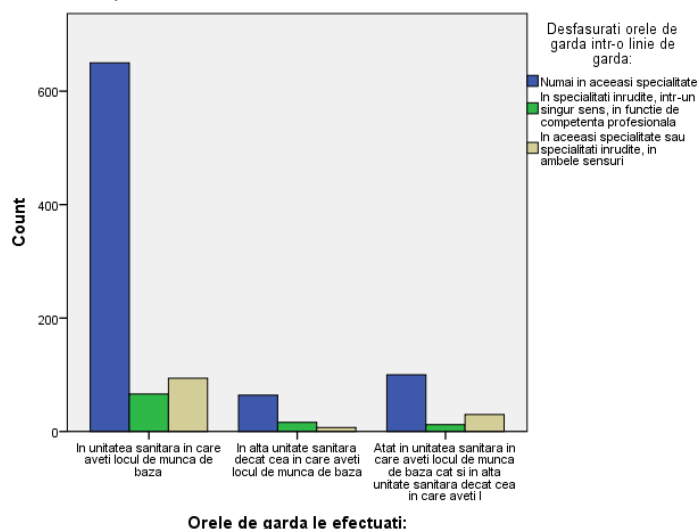


Figura 9

62,6% dintre medici efectuează gărzi în aceeași unitate și numai în aceeași specialitate. Diferența poate constitui un prim indicator pentru abordarea necesarului de medici pentru acoperirea liniilor de gardă, cu condiția unui demers pentru identificarea cauzelor acestor

situații, respectiv eliminând cazurile care țin de dorința medicilor de-a efectua mai multe gărzi pentru a câștiga mai mult și alte aspecte care intervin în generarea acestei situații.

Modalitatea de plată a orelor de gardă

Pentru o corectă evaluare a răspunsurilor aplicabile, reamintim că în speță sunt aplicabile prevederile legii nr. 284/2010, art. 3, alin. 2) al Capitolului II din Anexa nr. III: Familia ocupațională de funcții bugetare Sănătate: *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%*³⁶.

Cum sunteți plătit pentru orele de gardă efectuate care depășesc durata normală a timpului de lucru?

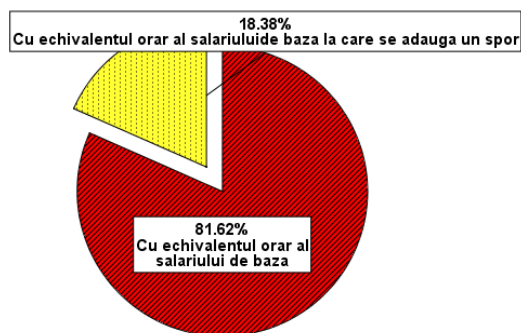


Figura 10

Cu excepția situațiilor în care există un CIM doar pentru orele de gardă (ipoteza alin. 5 din același articol), putem constata fie că medicii nu primesc un spor de cel puțin 25% la salariul de bază pentru efectuarea gărzilor, fie că primesc acest spor însă nu știu acest fapt. Informațiile de încredere pe această temă considerăm că trebuie obținute prin intermediul raportărilor făcute de unitățile sanitare care au organizate linii de gardă.

Distribuția neomogenă a răspunsurilor privind cuantumul sporurilor și, mai ales, ponderea valorilor nefirești, ne determină să considerăm că informațiile obținute pe această temă nu sunt de încredere, respectiv nu pot fi prezentate.

Participare la decizia de stabilire a gărzilor. Acordul pentru efectuarea gărzilor

Consultarea privind elaborarea graficului de gărzi constituie un element esențial pentru buna organizare a muncii, mai ales în condițiile în care toate gărzile erau obligatorii la data desfășurării cercetării.

³⁶ Cuantum maxim al sporului tinde să sugereze un tratament juridic identic cu munca suplimentară. Sugestia este puternic diminuată de cuantumul minim al acestuia.

Sunteți consultat(ă) la elaborarea graficului de gărzi?

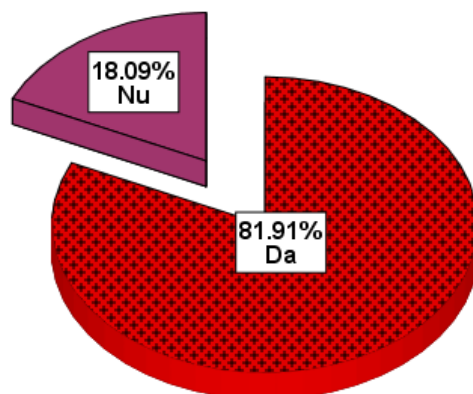


Figura 11

La o primă vedere, se poate constata ponderea foarte mare a medicilor care declară că sunt consultați la elaborarea graficului de gărzi, aspectul sugerând normalitatea activității. Considerăm însă că perspectiva trebuie schimbată, raportat la scopul investigațiilor noastre. În acest sens pot fi reținute două aspecte:

- Consultarea privind graficul de gărzi nu poate fi interpretată ca acord pentru desfășurarea gărzilor din afara programului normal de muncă. Din această perspectivă, credem că trebuie investigate aspectele prin care ar putea interveni obligarea medicilor să facă toate gărzile.
- Cei 18% dintre medicii care declară că nu sunt consultați la efectuarea gărzilor constituie un procent suficient pentru a putea vorbi de muncă forțată, în toate aspectele ei, raportat la prevederile legale în vigoare. Vom aborda în continuare acest aspect.

Vi se solicită acordul pentru desfășurarea orelor de gardă suplimentare față de programul normal de lucru?

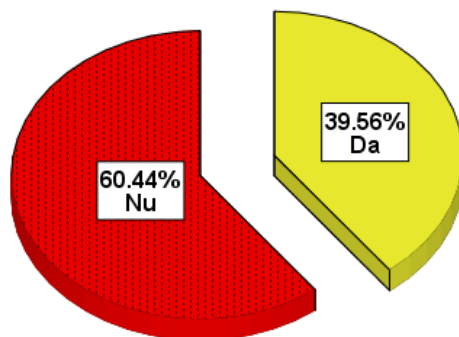


Figura 12

Dacă interpretăm distribuția răspunsurilor din perspectiva prevederilor legale privind acordul salariatului pentru desfășurarea muncii suplimentare (art. 120, alin. 2 din Codul Muncii),

ținând cont că subiectul îl constituie orele de gardă din afara programului normal de lucru³⁷, putem constata că avem un punct de pornire în analiza ponderii muncii forțate: 60%. Vom încerca să clarificăm prin intermediul răspunsurilor la o întrebare specifică ponderea medicilor care resimt situația muncii forțate, pentru a argumenta astfel suplimentar situația.

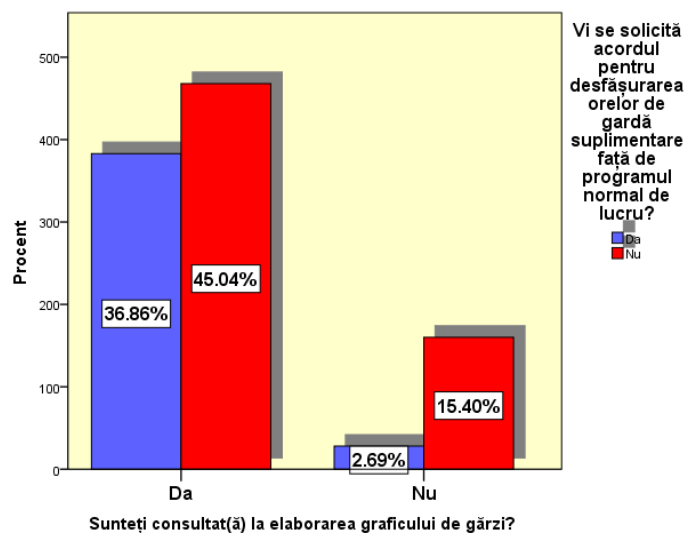


Figura 13

Distribuția răspunsurilor din figura de mai sus indică faptul că 45% dintre medici afirmă că sunt consultați la elaborarea graficului de gărzi și, totodată, nu li s-a solicitat acordul pentru desfășurarea orelor suplimentare de gardă.

³⁷ Timpul de muncă ce depășește programul normalul de lucru intrând în definiția legală a muncii suplimentare.

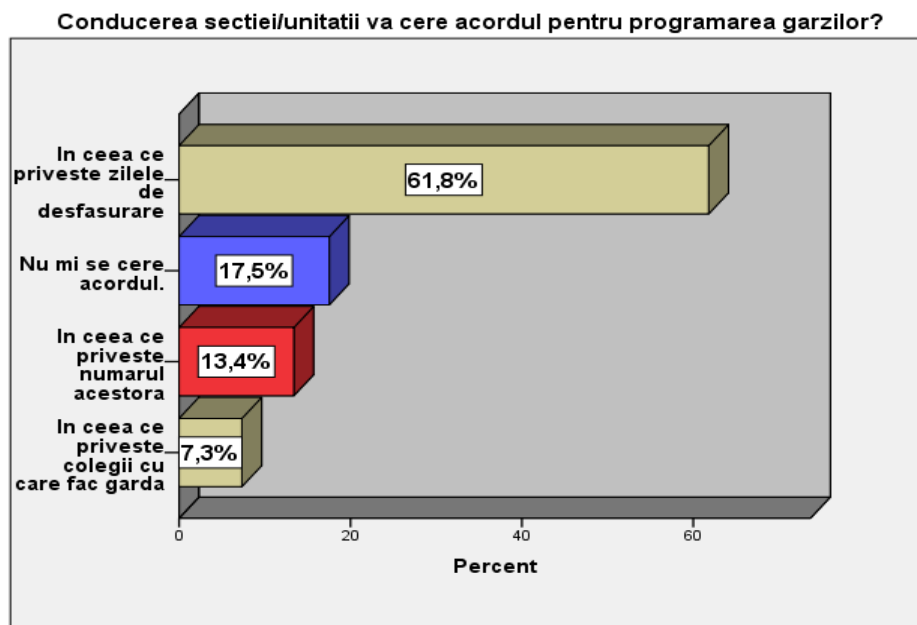


Figura 14

După cum putem observa în figura de mai sus, existența acordului, în sensul tare al termenului (numărul de găzi), este indicat doar de către cca. 13% dintre respondenți.

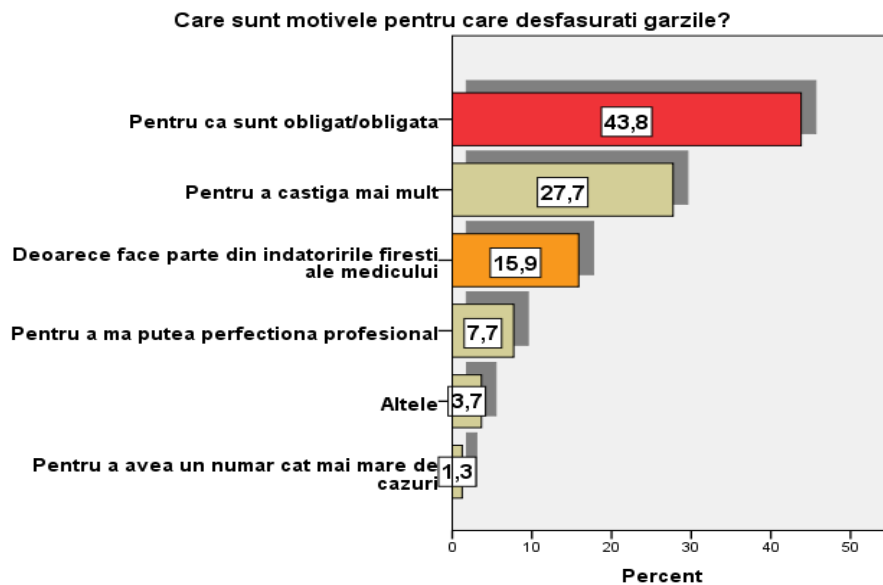


Figura 15

Cca. 44% dintre medici au indicat obligația de-a efectua gărzile suplimentare ca motiv pentru a le desfășura. Lor li se adaugă cca. 16% care au interiorizat această obligație, considerând-o ca făcând parte din îndatoririle firești ale medicilor, fapt care sugerează un efect similar sindromului Stockholm. Cumulate, procentele indică faptul că cca. 60% dintre medici

efectuează gărzile suplimentare din obligație, ei fiind susceptibili de a fi în situația de muncă forțată.

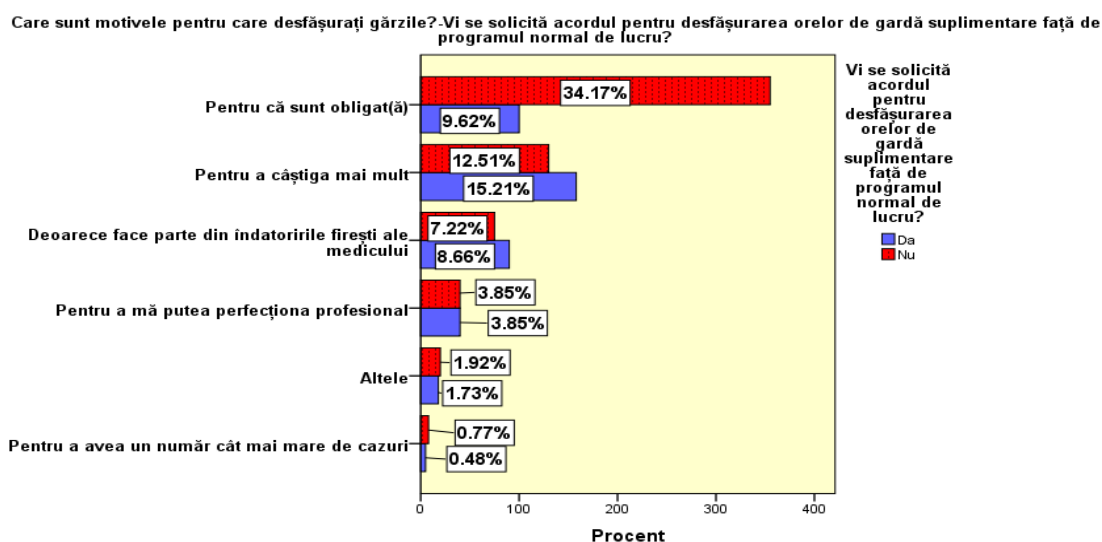


Figura 16

Analiza corelațiilor indică necesitatea unor nuanțări, reducând la cca. 34% ponderea medicilor cărora nu li se solicită acordul pentru efectuarea gărzilor și care au indicat obligația drept cauză a efectuării lor, aceștia fiind în situația certă de muncă forțată. Se remarcă totodată că cca. 7% dintre medici au indicat faptul că nu li se solicită acordul pentru desfășurarea gărzilor, dar consideră că efectuarea lor face parte din îndatoririle firești ale medicului.

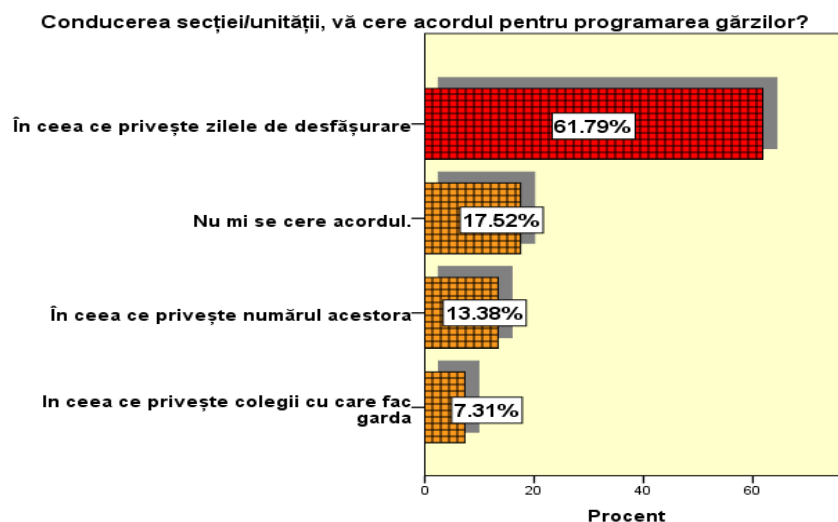


Figura 17

La prima vedere, putem considera că această întrebare are caracter de verificare suplimentară a unor aspecte ce țin de munca forțată, distribuția răspunsurilor tinzând să atenueze constatările făcute pe baza întrebărilor anterioare (spre exemplu, doar 17,5% dintre respondenți declară că nu li se cere acordul). Interpretarea răspunsurilor trebuie însă făcută în contextul variantelor de răspuns posibile, distribuția lor interferând calitativ cu întrebările

anterioare. Există doar două variante care se situează în mod clar de partea existenței sau absenței acordului, din perspectiva muncii forțate, *Nu mi se cere acordul și în ceea ce privește numărul acestora*, celelalte două identificând mai curând aspecte calitative. În acest sens, trebuie observat faptul că, spre exemplu, solicitarea acordului privind zilele de desfășurare ține de conținutul consultării, putând exista atât în cazul gărzilor impuse (combinația dintre obligația de a face numărul de gărzi stabilite de conducere și libertatea de-a alege zilele în care aceste gărzi să fie desfășurate) cât și al celor liber asumate de către respondenți.

Gărzile la domiciliu

Evaluarea situației privind gărzile la domiciliu este generată atât de faptul că această activitate face parte din categoria generică a gărzilor, cât și de faptul că în speță sunt aplicabile prevederile Legii nr. 284/2010, alin. 6 al art. 3 al Capitolului II din Anexa nr. III: Familia ocupațională de funcții bugetare Sănătate:

(6) Medicii care sunt nominalizați să asigure asistența medicală de urgență, prin chemări de la domiciliu, vor fi salarizați pentru perioada în care asigură garda la domiciliu cu un venit determinat în funcție de 40 % din tariful orar aferent salariului de bază și numărul de ore cât asigură garda la domiciliu.

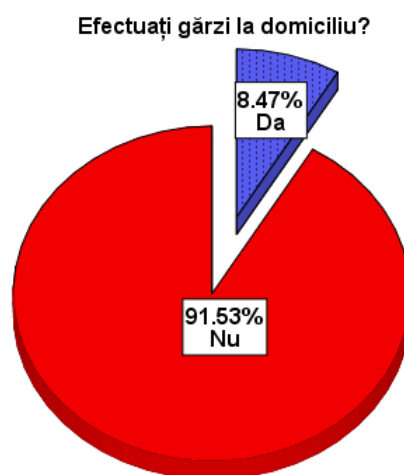


Figura 18

Ponderea medicilor care efectuează gărzi la domiciliu (cca. 8,5%) este suficient de relevantă pentru a evalua situația, generând astfel condițiile prealabile unei reglementări corespunzătoare.

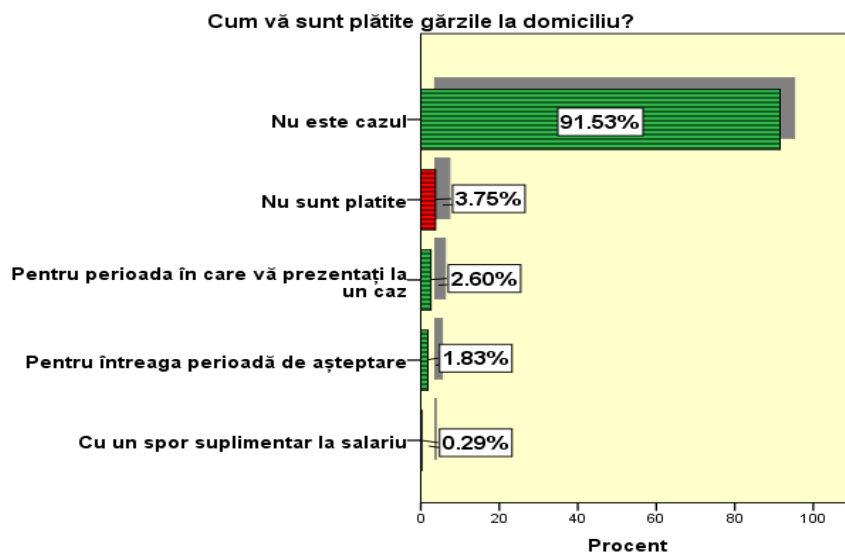


Figura 19

Datorită faptului că distribuția răspunsurilor este sub marja de eroare este dificil a prezenta concluzii întemeiate. Totuși, vom analiza situația cu titlu orientativ, pornind de la ideea necesității unor informații minime pentru a reglementa corect acest aspect al activității profesionale a medicilor. În acest sens, se remarcă nivelul extrem de mic al conformării la prevederile legale în privința plății drepturilor și modalitate neunitară în care este abordată această problemă.

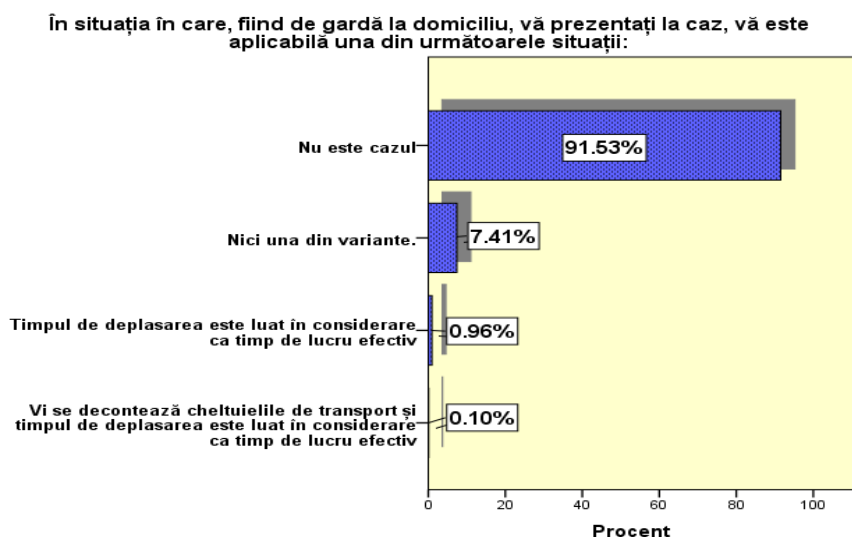


Figura 20

Chiar dacă poate sugera aparența unei banalități, investigarea acestui aspect este corelativă, simultan, unei prevederi legale care consacră timpul de deplasare la și de la serviciu ca timp de lucru din perspectiva protecției muncii și principiului drepturilor salariaților aflați în această situație excepțională de a le fi considerată inclusiv deplasarea ca timp de lucru. Suplimentar, având în vedere caracterul acestor gărzi, care implică posibilitatea unor deplasări

frecvente, în discuție este și dreptul medicilor la decontarea acestor deplasări. Precizăm că mențiunile anterioare sunt aplicabile în situația în care medicii care efectuează garda la domiciliu nu beneficiază de plata unor drepturi salariale reprezentând 40% din tariful orar aferent salariului de bază și numărul de ore cât asigură garda la domiciliu, așa cum este acesta prevăzut de alin. 6 al art. 3 din Capitolului II din Anexa nr. III: Familia ocupațională de funcții bugetare Sănătate al Legii nr. 284/2010 și din perspectiva protecției muncii.

Consultațiile interdisciplinare

Deși are un caracter tehnic, problema consultațiilor interdisciplinare este cumva conectată temei gărzilor medicilor, în condițiile în care, în mod tradițional, în majoritatea unităților medicii care sunt de gardă asigură și 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?

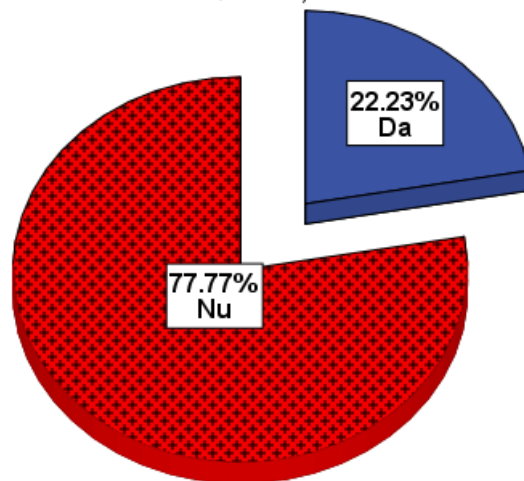


Figura 21

Răspunsurile la această întrebare au caracter orientativ, neputând fi interpretate din perspectiva unei atenții diminuate fie a propriilor pacienți fie a pacienților ce fac obiectul consultațiilor interdisciplinare. Totuși, ele oferă câteva informații utile atât pentru munca în echipă³⁸ cât și pentru organizarea muncii.

³⁸ Pe care-o considerăm o condiție esențială pentru asigurarea unor servicii medicale de calitate.

Din punctul dvs. de vedere consultațiile interdisciplinare, pentru pacienții internați în alte secții sau în alte spitale:

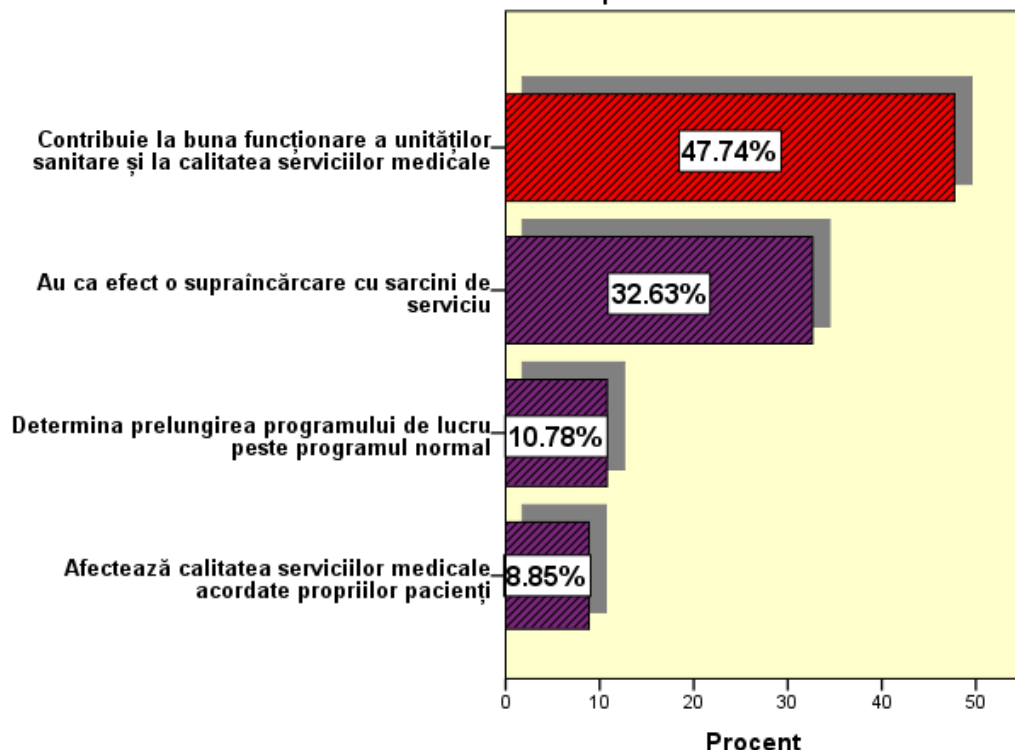


Figura 22

La prima vedere variantele de răspuns la această întrebare sunt incorecte datorită lipsei omogenității, respectiv referinței la aspecte diferite (nu circumscriu în mod unitar un univers de discurs bine determinat). Am asumat acest lucru din dorința de a identifica raportarea personală a respondenților la acest aspect, respectiv pentru a identifica dacă predomină aspectele ce țin de calitatea vieții profesionale sau cele ce fac parte din categoria calității serviciilor medicale. Generalizând,³⁹ putem considera că majoritatea respondenților pun pe primul loc calitatea serviciilor medicale, raportat la acest aspect al activității profesionale. Precizăm însă că distribuția răspunsurilor este dependentă și de alte variabile ce țin de particularitățile specifice specializării și/sau locului de muncă, neputând avea pretenția că ele reflectă în mod obiectiv realitatea.

Evident, răspunsurile la această întrebare sunt utile din perspectiva stabilirii unor reguli pentru activitatea desfășurată în cadrul unității. Spre exemplu, în secțiile în care există un număr rezonabil de medici (din perspectiva normativelor de personal), apare o întrebare firească: Cine trebuie să realizeze consultațiile interdisciplinare? Una dintre regulile utilizate în practică o constituie următorul răspuns: medicul de gardă. Chiar dacă informațiile rezultate în urma cercetării nu ne permit să evaluăm răspândirea acestei reguli, ea rămâne relevantă din perspectiva orei la care începe garda: deși teoretic (legal) garda începe după finalizarea programului normal de lucru, constatăm că există o încărcare suplimentară cu sarcini de serviciu

³⁹ Însă doar cu titlul de ipoteză de lucru pentru cercetări viitoare.

a medicului care urmează să facă garda în acea zi. Cu alte cuvinte, putem sesiza și din această perspectivă o discretă diferență între scripte și realitate.

Impactul asupra calității vieții profesionale

Această secțiune își propune să analizeze impactul pe care-l au gările asupra câtorva indicatori ai calității vieții profesionale.

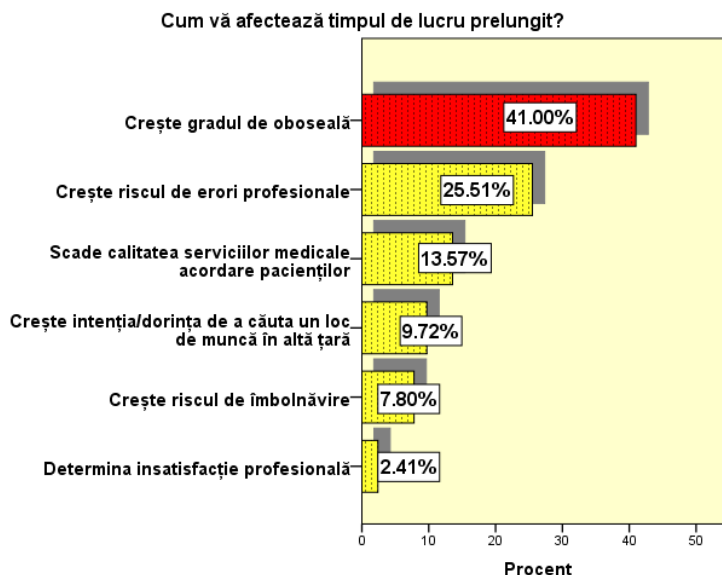


Figura 23

Dispersia răspunsurilor este determinată în primul rând de variabilele propuse în chestionar, întrebarea având în principal caracterul unei cercetări prealabile unei investigații mai ample pe care-o intenționăm pe tema relației dintre calitatea vieții profesionale și calitatea serviciilor medicale. În condițiile în care am abordat anterior această problemă din perspectiva impactului asupra calității și siguranței serviciilor medicale, ne rezumăm aici să prezentăm aspectele ce țin de calitatea vieții profesionale:

- Creșterea gradului de oboseală. Indicată de 41% dintre respondenți, această variantă trebuie interpretată din perspectiva contextului general, caracterizat în special de timpul lunar de muncă cu mult peste durata normală, contribuind la accentuare problemelor.
- Creșterea riscului de erori profesionale. Indicat de cca. 26% dintre respondenți, acest efect este coerent cu rezultatele studiilor occidentale în domeniu. Cu titlu de ipoteză (bazată pe experiența studiilor anterioare și pe alte cercetări), considerăm că riscul crescut de erori profesionale datorat numărului foarte mare de ore muncite continuu poate avea cel puțin următoarele efecte:
 - o Generează nesiguranță profesională, accentuând insatisfacția față de condițiile de practicare a profesiei;
 - o Determină gesturi profesionale specifice medicinei defensive;
 - o Alterează relația medic – pacient;

- Contribuie la deteriorarea relațiilor cu colegii.
- Impactul negativ asupra calității vieții profesionale, exprimat sub forma diferitelor variante, a fost indicat de cca. 60%. La acest procent se adaugă opțiunile care sunt interpretate în mod tradițional din perspectiva afectării pacientului, dar care au în mod implicit un impact negativ asupra calității vieții profesionale a medicului.

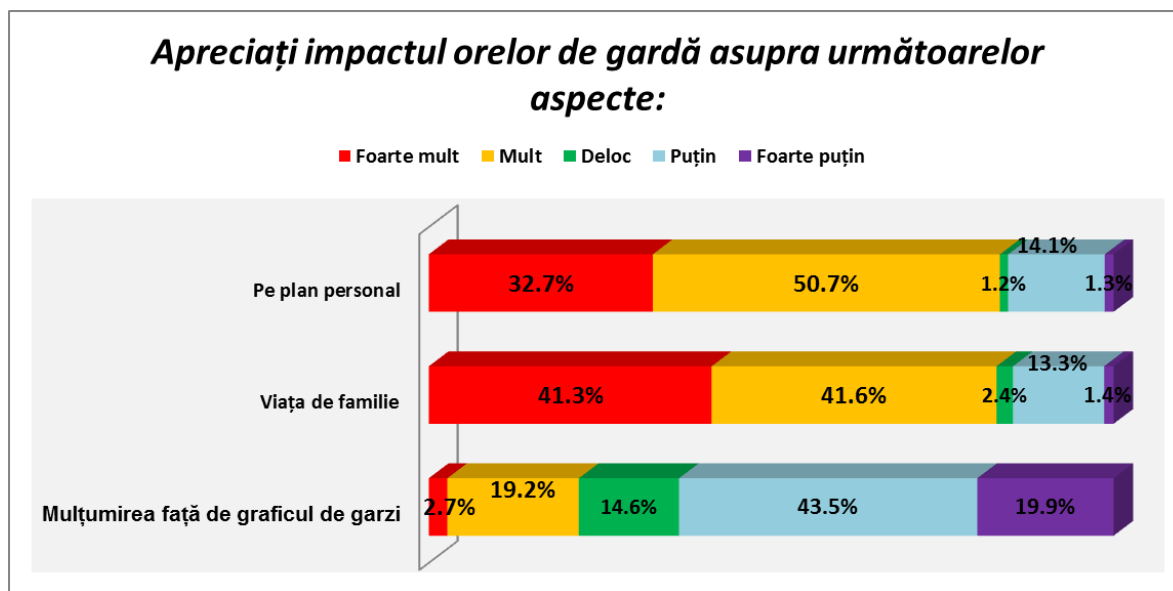


Figura 24

Cca. 83% dintre respondenți au indicat un impact negativ al orelor de gardă atât asupra vieții personale cât și asupra celei de familie, pe primul loc situându-se impactul asupra vieții de familie, indicat ca fiind foarte mare de cca. 41% dintre respondenți.

Evaluarea „gradului de contaminare” cu dezideratele organizației - Nivelul informării anterioare

Informațiile din această secțiune au caracter secundar în raport cu scopul temei, evaluând atât posibilitatea preluării unora dintre informațiile transmise de organizația care a comandat studiu (contaminarea răspunsurilor) cât și apartenența sindicală a respondenților. Considerăm că informațiile nu necesită comentarii.

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Aveți cunoștință de demersurile Federației „Solidaritatea Sanitară” din România pe tema gărzilor medicilor?

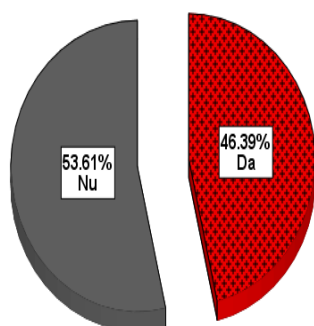


Figura 25

Sunteți membru/membră de sindicat?

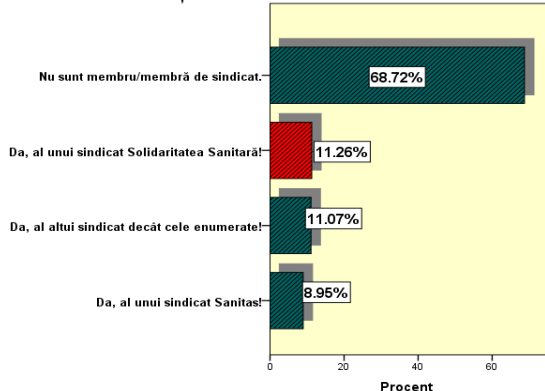


Figura 26

Aveți cunoștință de demersurile Federației „Solidaritatea Sanitară” din România pe tema gărzilor medicilor?

■ Da ■ Nu

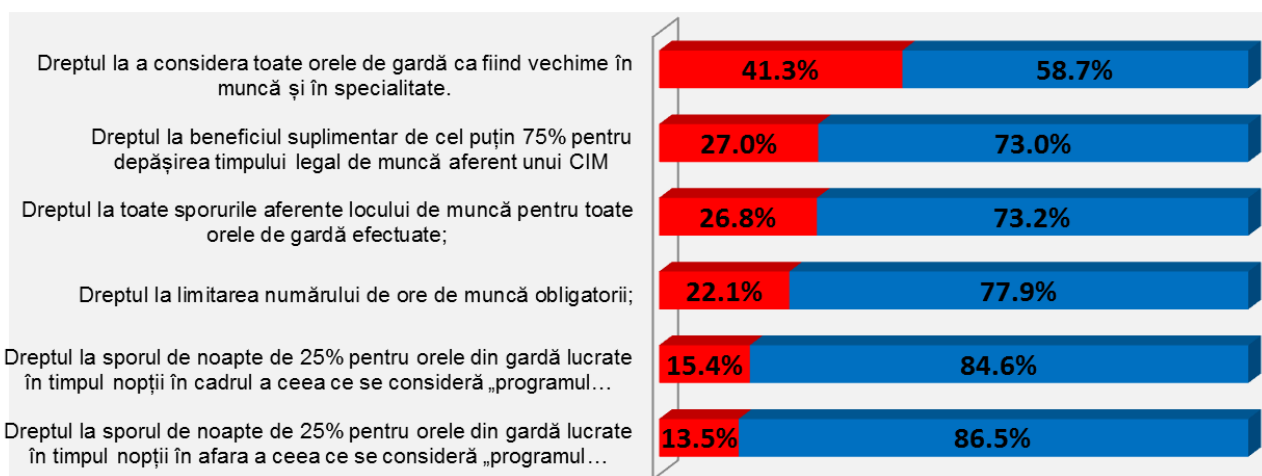


Figura 27

Aspecte prospective: principii orientative în elaborarea noului Regulament de desfășurare a gărzilor

Prin intermediul întrebărilor ale căror răspunsuri sunt analizate în această secțiune ne-am propus să oferim soluții cu un nivel ridicat de acceptare potențială la câteva probleme cu care se confruntă reorganizarea Regulamentului de gardzi, încercând să determinăm construcția acestui act normativ pe bază de dovezi.

Din punctul dvs. de vedere garda ar trebui să înceapă:

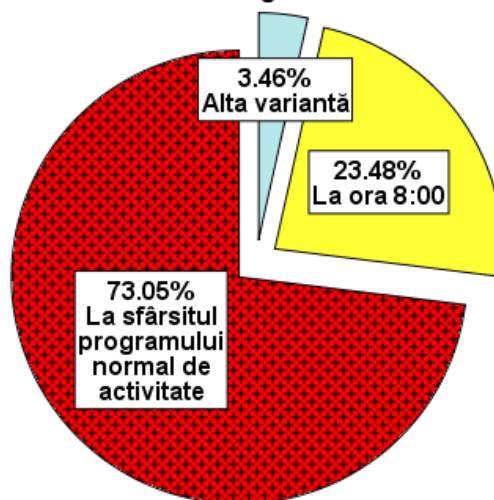


Figura 28

73% dintre respondenți consideră că garda trebuie să înceapă la sfârșitul programului normal de lucru. La prima vedere, varianta selectată de majoritatea respondenților riscă să perpetueze o problemă de organizare a activităților de primire a urgențelor. Cu alte cuvinte, începerea găzii la ora 08:00, inclusiv în zilele lucrătoare, ar prezenta în principiu avantajul precizării exprese a responsabilităților privitoare la primirea urgențelor și la consulturile interdisciplinare. Considerăm însă că a introduce această variantă ca obligatorie pentru toate unitățile ar genera o altă problemă pentru situațiile în care garda este efectuată de medici din afara unității. Suplimentar, ar accentua probleme generate de necesitatea timpului de lucru aferent normei de bază⁴⁰. O soluție care s-ar putea adapta tuturor variantelor credem că este instituirea unor grade de flexibilitate în organizarea activității, dând posibilitatea unităților sanitare să-și adapteze programul la necesitățile constatate.

⁴⁰ Combinată cu introducerea a minim 24 de ore liber după gardă, această variantă ar conduce la reducerea zilelor lucrătoare, accentuând necesitatea completării timpului de muncă aferent normei de bază.

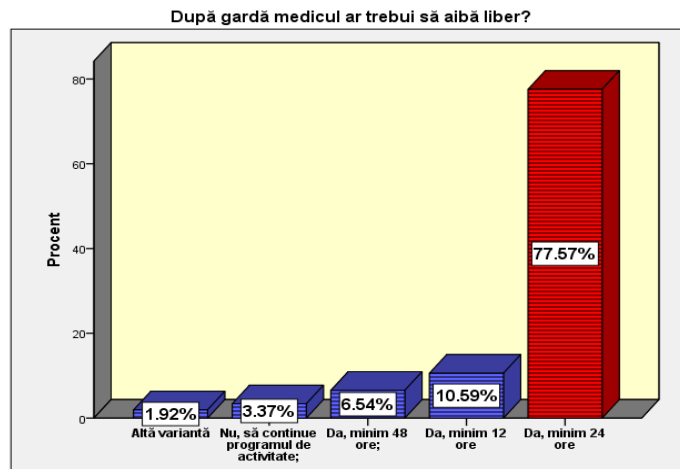


Figura 29

Varianta *minim 24 de ore liber după gardă* întrunește majoritatea opțiunilor respondenților (cca. 78%), bucurându-se astfel de o largă susținere. Dacă avem în vedere că varianta *minim 12 ore libere după gardă* nu poate fi implementată tehnic, în condițiile în care garda se sfârșește la ora 08:00 și adăugăm pe cei 6,54% dintre respondenți care au indicat varianta *minim 48 de ore libere după gardă*, este evident că această variantă poate avea acordul a cca. 95% dintre respondenți. Evident, există și un argument juridic tare pentru această variantă, ce nu poate fi înlăturat datorită caracterului imperativ al normei legale.

Medicul ar trebui să aibă următorul program zilnic de activitate:

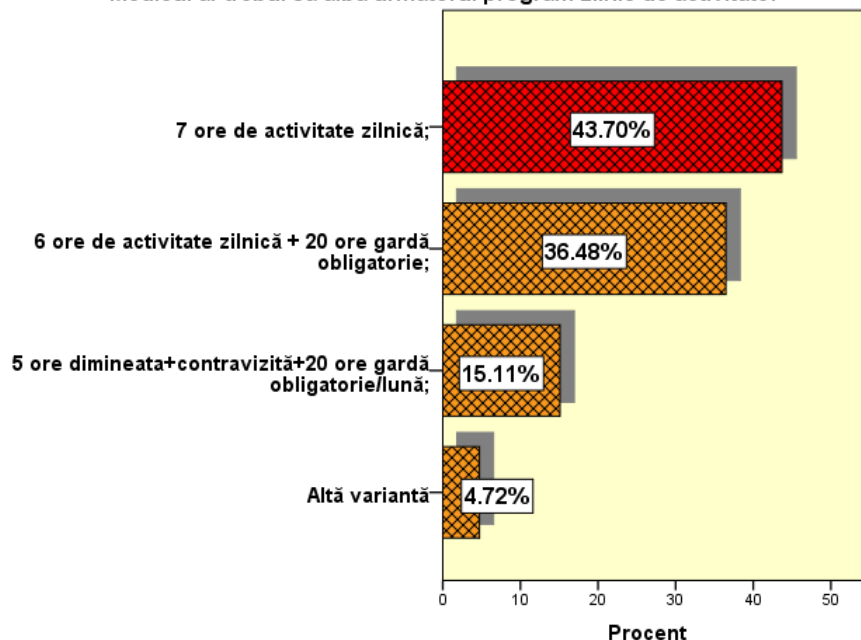


Figura 30

Dispersia răspunsurilor este suficient de mare pentru a constitui un argument pentru flexibilizare organizării activității medicilor, lăsând la dispoziția unităților câteva grade de libertate (cu condiția utilizării lor cu acordul/consultarea medicilor). La limită, chiar dacă nu

poate fi vorba de o flexibilizarea timpului de lucru per persoană (cu câteva excepții), o astfel de abordare poate fi luată în considerare inclusiv per secție, cu condiția armonizării programului de lucru pentru secțiile cu o puternică interdependență⁴¹.

În condițiile în care aveți dreptul să vă limitați gărzile la cele obligatorii, intenționați să încheiați un contract individual de muncă pentru gărzile suplimentare/să efectuați gărzi suplimentare celor obligatorii?

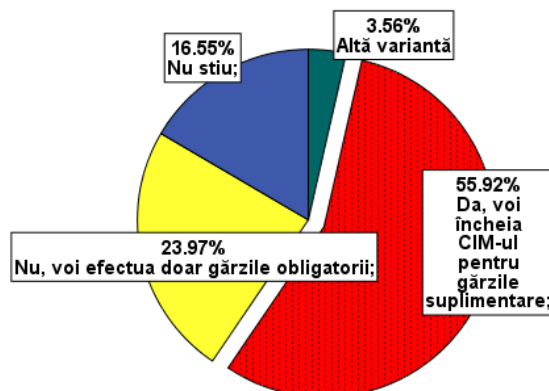


Figura 31

Distribuția răspunsurilor fiind evidentă, considerăm că ea merită completată cu o interpretare din perspectiva pericolului pe care-l constituie organizarea acestei activități în perioada imediat următoare⁴². În acest sens, trebuie observat că 44% dintre medicii care fac gărzi fie nu sunt de acord să încheie un CIM pentru gărzile suplimentare, fie nu știu dacă vor încheia acest contract, nesiguranța depinzând de condițiile oferite de un astfel de contract.

⁴¹ Spre exemplu, nu este posibilă varianta timpului de lucru de 6 ore zilnic pentru medicii anesteziști și 7 ore zilnic pentru chirurghi.

⁴² Ținând cont de faptul că începând cu data de 1 august 2016 intră în vigoare prevederile alin. 6 al art. 3.2 din OUG nr. 57/2015, așa cum a fost introdus prin OUG nr. 20/2016, contractele individuale de muncă trebuind încheiate anterior acestei date.

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

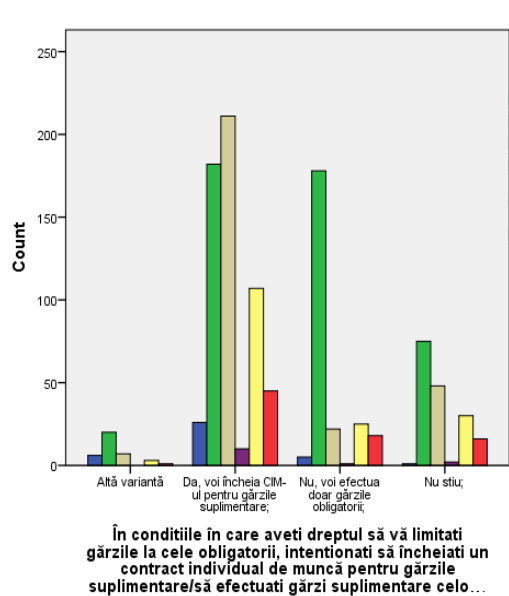


Figura 32

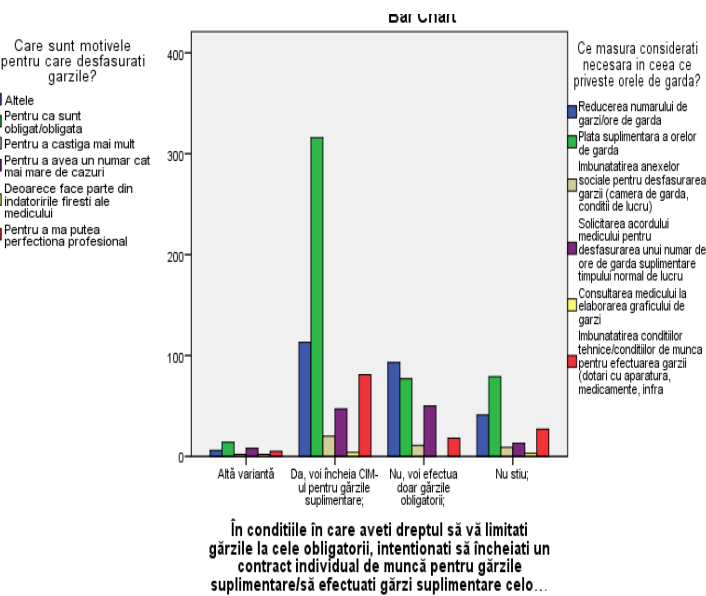


Figura 33

Analiza corelațiilor indică faptul că respondenții care au indicat dorința de câștig ca motiv pentru efectuarea gărzilor intenționează într-o măsură semnificativ mai mare să încheie CIM-ul pentru gărzi suplimentare, sugerând astfel că stimularea financiară ar putea constitui un argument pentru rezolvarea (parțială) a problemei ridicate de medicii care ar refuza să încheie un astfel de CIM. Situația este aplicabilă și respondenților care au indicat ca măsură esențială pentru orele de gardă *plata suplimentară*.

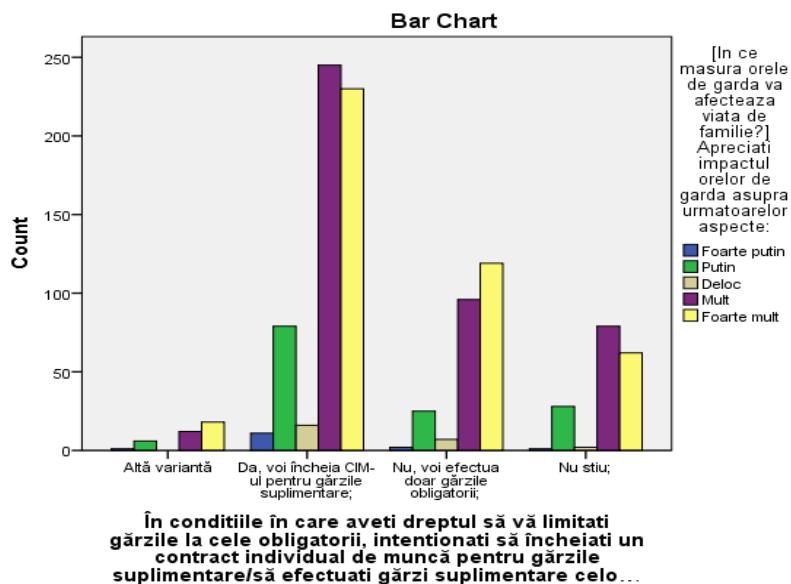


Figura 34

Afectarea vieții de familie tinde să conteze semnificativ în decizia de a refuza încheierea CIM-ului pentru gărzi suplimentare.

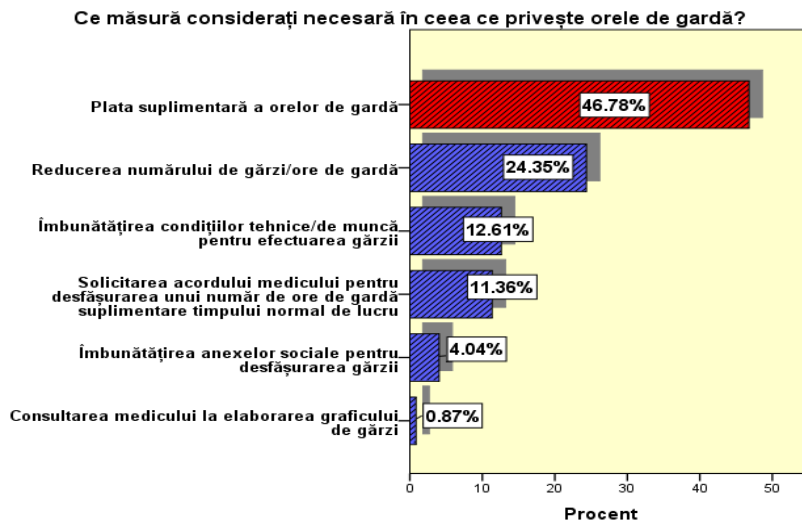


Figura 35

Plata suplimentară a orelor de gardă este pe primul loc în preferințele respondenților (indicată de cca. 47% dintre ei), această abordare având cea mai mare șansă de reușită din perspectiva încheierii CIM-urilor pentru orele suplimentare, așa cum sunt prevăzute de OUG nr. 20/2016. Relevanța acestui tip de intervenție este demonstrată, suplimentar, de figura nr. 26.

Reducerea timpului de muncă prin intermediul reducerii numărului de gărzi este pe locul al doilea în așteptările medicilor (cca. 24%), ea fiind firească în condițiile încărcării pe care o suferă medicii în contextul deficitului de medici. Variantele care s-au detașat în topul preferințelor sunt urmate de *Îmbunătățirea condițiilor de efectuare a gărzilor* (cca. 17% cumulată) și de necesitatea acordului pentru orele suplimentare (cca. 11%).

Având în vedere creșterea salariilor începând cu luna august 2016 și modalitatea de plată a gărzilor raportat la acest salariu, considerați că drepturile salariale aferente gărzilor sunt:

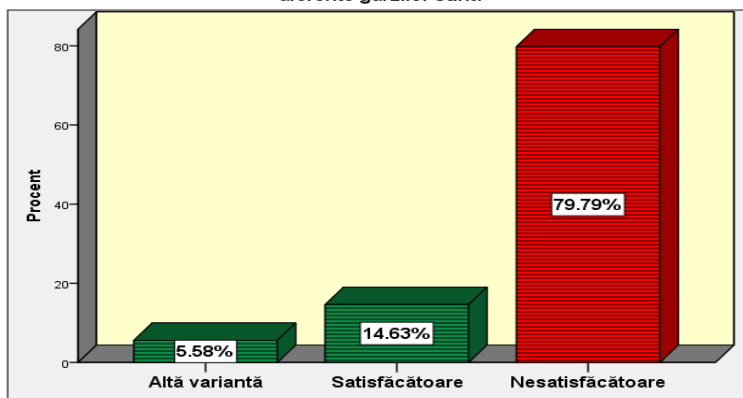


Figura 36

Date factuale

Datele factuale au fost utilizate atât la verificarea eșantionului cât și la stabilirea corelațiilor valide. Totodată, ele oferă o perspectivă asupra distribuției respondenților în funcție de o serie de variabile independente.

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

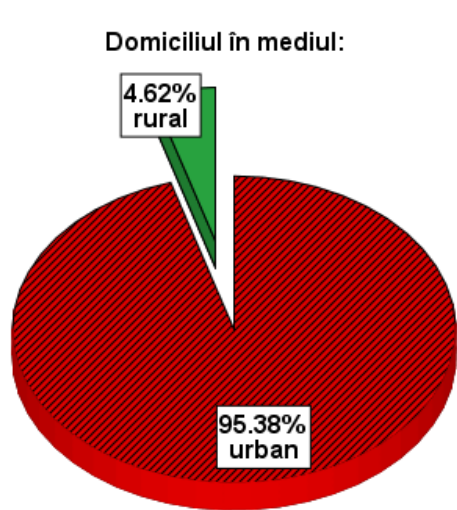


Figura 37

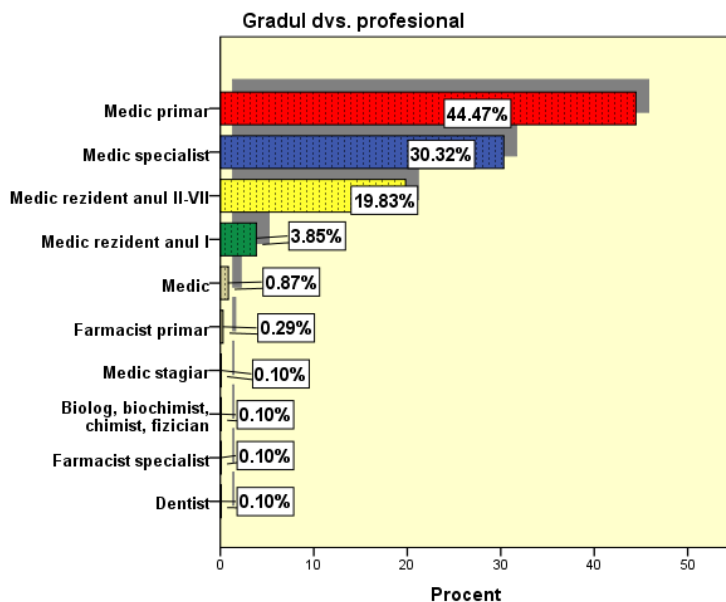


Figura 38

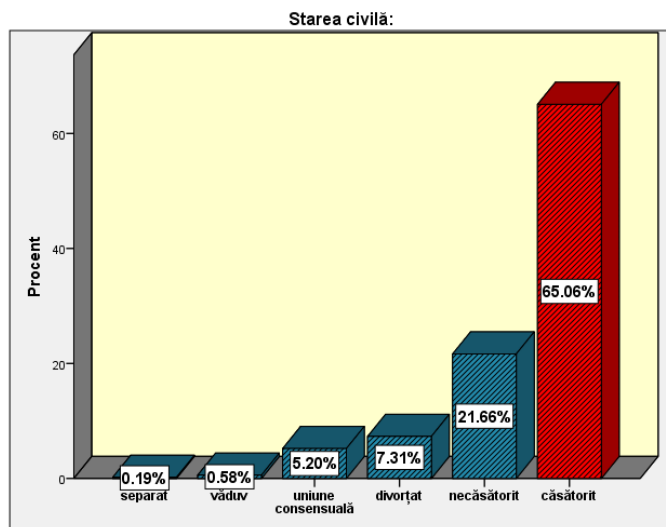


Figura 39

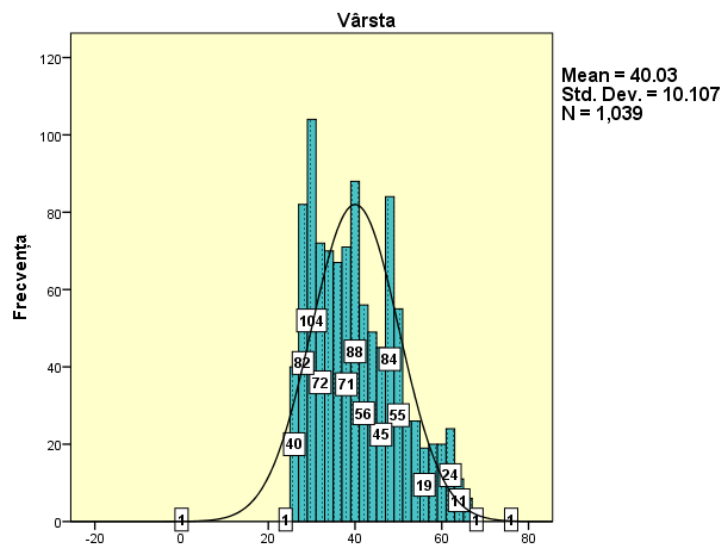


Figura 40

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

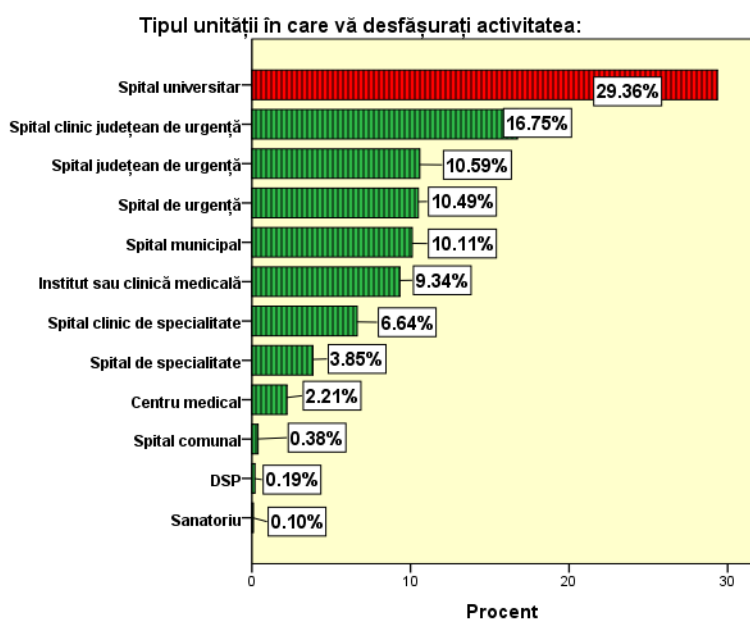


Figura 41

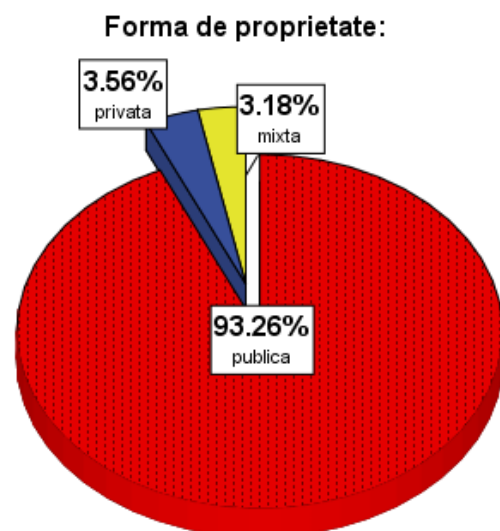


Figura 42

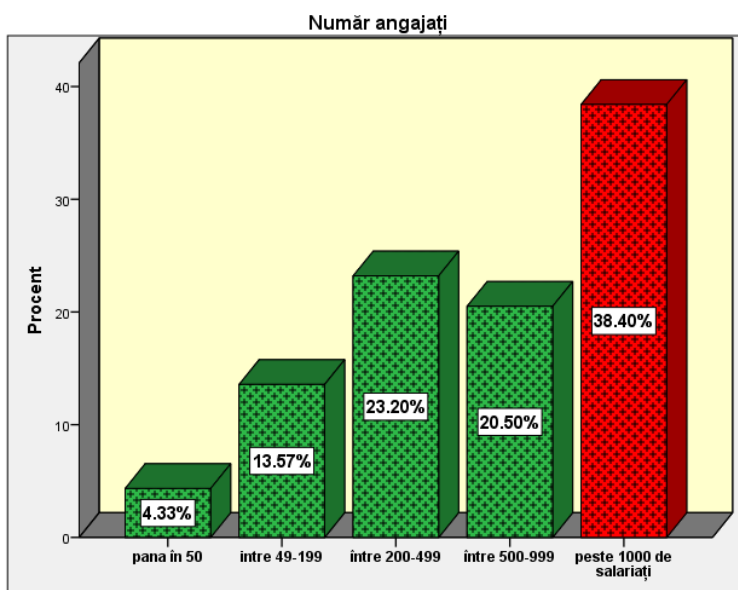


Figura 43

Concluzii

I. Evaluarea situației actuale

1) Desfășurarea activității în mod continuu

Media numărului maxim de ore lucrate continuu de medici este de 33,3 ore. Peste 93,7% dintre medici au lucrat continuu un număr maxim de ore mai mare de 24; 76% dintre medici au lucrat continuu un număr maxim de ore cuprins între 30 și 36 de ore. Frecvența cea mai mare a răspunsurilor identice (20,6%) este înregistrată pe numărul maxim de 30 de ore lucrate continuu, corespunzătoare modelului: programul normal de lucru (6 ore)+ gardă (18 ore) + programul normal de lucru (6 ore).

Propunând introducerea unui indicator specifică specific, SMMC (Solicitarea Maximă de Muncă Continuă), calculat în funcție de specialitățile care au peste 50% din timpul maxim de muncă continuă peste nivelul mediu de 33,3 ore (valorile posibile fiind situate între 50, pentru valoarea minimă, și 100 pentru valoarea maximă), din acest tip de calcul a reieșit următoarea ierarhie:

Specializarea	SMMC
Chirurgie cardiovasculara	100
Oncologie	75
Chirurgie orala si maxilo-faciala	75
Urologie	73
Neurochirurgie	69
Anestezie	68
Nefrologie	58
Chirurgie generala	56
Chirurgie vasculara	56

Tabel 4

Indicatorul poate fi considerat unul specific suprasolicitării din anumite specializări, ierarhia din tabelul de mai sus putând fi datorată în special deficitului de specialiști.

Indicatorul SMMC este relevant și din perspectiva protecției drepturilor pacientului. Date fiind riscurile crescute asociate valorilor mari ale acestui indicator, pacientul are dreptul să fie înștiințat de fiecare dată înainte de a fi tratat de un medic aflat într-o astfel de situație. În condițiile în care astfel de situații sunt independente de voința medicului (deficitul de medici constituind, probabil, explicația cea mai frecventă) înștiințarea pacientului și acordul acestuia asupra intervenției/tratamentului putând degreva medicul de responsabilitate.

2) Numărul de ore lucrate pe săptămână și pe lună

Media orelor lucrate săptămânal de medici este de 62,3 ore (echivalentul a peste 1,7 norme). Cca. 94% dintre medicii care fac gărzi lucrează mai mult de 40 ore/săptămână; 96,7% lucrează mai mult de 36 ore/săptămână (durata normală a unei săptămâni de lucru pentru un medic).

Media lunară a timpului de lucru al medicilor care efectuează gărzi este de cca. 234 ore (echivalentul a 1,56 norme), 48% dintre medici lucrând peste această medie. 69,5% dintre medicii care efectuează gărzi lucrează între 200 și 300 de ore pe lună; 9,5% dintre medicii care efectuează gărzi declară că lucrează mai mult de 300 de ore pe lună.

53% dintre medici efectuează între 5 și 10 gărzi pe lună.

Luând în considerare valoarea minimă a timpului mediu de lucru, respectiv 1,56 norme/lună, putem calcula durata muncii unui medic de-a lungul întregii sale vieți, raportat la durata normală a muncii:

$40 \text{ de ani}^{43} * 1,56 = 62,4 \text{ ani de muncă}$

48% dintre medici lucrează echivalentul a mai mult de 62,4 ani de muncă de-a lungul întregii vieți profesionale.

3) Libertatea muncii/munca forțată

Cca. 44% dintre medici au indicat obligația de-a efectua gărzile suplimentare ca motiv pentru a le desfășura. Lor li se adaugă cca. 16% care au interiorizat această obligație, considerând-o ca făcând parte din îndatoririle firești ale medicilor, fapt care sugerează un efect similar sindromului Stockholm. Cumulate, procentele indică faptul că cca. 60% dintre medici efectuează gărzile suplimentare din obligație, ei fiind susceptibili de a fi în situația de muncă forțată. 34% dintre respondenți sunt în situația certă de muncă forțată.

II. Efecte ale activității în gărzi

1) Efectele muncii continue

a. Impactul asupra calității și siguranței serviciilor medicale

- Efectul negativ asupra calității serviciilor medicale, gândită generic, este indicat de 39% dintre respondenți.⁴⁴ După cum se poate observa, el intervine în două modalități:

- Creșterea riscului de erori profesionale – sub forma unui impact negativ asupra siguranței pacientului și a serviciilor medicale;
- Scăderea calității serviciilor medicale

80% dintre respondenți au indicat un impact negativ direct sau implicit asupra calității și siguranței serviciilor medicale.

⁴³ Am luat în considerare rezidențiatul ca activitate lucrativă, considerând că vârsta medie de absolvire a facultății este 25 de ani și pensionarea la vârsta de 65 de ani.

⁴⁴ Cumulând varianta *Crește riscul de erori profesionale* cu varianta *Scade calitatea serviciilor medicale*

b. Impactul asupra calității vieții profesionale

- Creșterea gradului de oboseală. Indicată de 41% dintre respondenți, această variantă trebuie interpretată din perspectiva contextului general, caracterizat în special de timpul lunar de muncă cu mult peste durata normală, contribuind la accentuare problemelor.
- Creșterea riscului de erori profesionale. Indicat de cca. 26% dintre respondenți, acest efect este coerent cu rezultatele studiilor occidentale în domeniu. Cu titlu de ipoteză (bazată pe experiența studiilor anterioare și pe alte cercetări), considerăm că riscul crescut de erori profesionale datorat numărului foarte mare de ore muncite continuu poate avea cel puțin următoarele efecte:
 - Generează nesiguranță profesională, accentuând insatisfacția față de condițiile de practicare a profesiei;
 - Determină gesturi profesionale specifice medicinei defensive;
 - Alterează relația medic – pacient;
 - Contribuie la deteriorarea relațiilor cu colegii.
- Impactul negativ asupra calității vieții profesionale, exprimat sub forma diferitelor variante, a fost indicat de cca. 60%. La acest procent se adaugă opțiunile care sunt interpretate în mod tradițional din perspectiva afectării pacientului, dar care au în mod implicit un impact negativ asupra calității vieții profesionale a medicului.

2) Efecte ale orelor de gardă în general

Cca. 83% dintre respondenți au indicat un impact negativ al orelor de gardă atât asupra vieții personale cât și asupra celei de familie, pe primul loc situându-se impactul asupra vieții de familie, indicat ca fiind foarte mare de cca. 41% dintre respondenți.

Refuzul medicilor de a mai efectua gărzi prin invocarea unor motive medicale constituie o variantă prin intermediul căreia medicii încearcă cel mai adesea să-și apere sănătatea și calitatea vieții profesionale. Sugerăm astfel că eventualele erori în construcția regulamentului de gărzi vor conduce la accentuarea acestei tendințe, raportarea trebuind să se facă la un standard al timpului de lucru al unui medic.

III. Soluții susținute de medici

Plata suplimentară a orelor de gardă este pe primul loc în preferințele respondenților (indicată de cca. 47% dintre ei), această abordare având cea mai mare șansă de reușită din perspectiva încheierii CIM-urilor pentru orele suplimentare, așa cum sunt prevăzute de OUG nr. 20/2016.

Reducerea timpului de muncă prin intermediul reducerii numărului de gărzi este pe locul al doilea în așteptările medicilor (cca. 24%), ea fiind firească în condițiile încărcării pe care o suferă medicii în contextul deficitului de medici. Variantele care s-au detașat în topul

preferințelor sunt urmate de *Îmbunătățirea condițiilor de efectuare a gărzilor* (cca. 17% cumulată) și de necesitatea acordului pentru orele suplimentare (cca. 11%).

IV. Aspecte privind organizarea gărzilor

1. Programul de desfășurare a activității/gărzilor

73% dintre respondenți consideră că garda trebuie să înceapă la sfârșitul programului normal de lucru.

Varianta *minim 24 de ore liber după gardă* întrunește majoritatea opțiunilor respondenților (cca. 78%), bucurându-se astfel de o largă susținere.

Răspunsurile privind organizarea programului zilnic de activitate este distribuită între variantele propuse după cum urmează:

- 7 ore de activitate zilnică dimineața: 43,7%;
- 6 ore de activitate zilnică dimineața + 20 de ore (în medie) de gardă obligatorie: 36,5%;
- 5 ore de activitate zilnică dimineața + o oră contravizită + 20 de ore (în medie) de gardă obligatorie: 15%.

2) Evaluare disponibilității de a încheia un CIM cu timp parțial pentru gărzile obligatorii

44% dintre medicii care fac gărzi fie nu sunt de acord să încheie un CIM pentru gărzile suplimentare, fie nu știu dacă vor încheia acest contract, nesiguranța depinzând de condițiile oferite de un astfel de contract.

24% dintre respondenți nu doresc să încheie un astfel de contract, rezumându-se la orele obligatorii. Afectarea vieții de familie tinde să conteze semnificativ în decizia de a refuza încheierea CIM-ului pentru gărzile suplimentare.

Plata suplimentară a orelor de gardă este pe primul loc în preferințele respondenților (indicată de cca. 47% dintre ei), această abordare având cea mai mare șansă de reușită din perspectiva încheierii CIM-urilor pentru orele suplimentare, așa cum sunt prevăzute de OUG nr. 20/2016.

Recomandări

Pentru lămurirea unor aspecte ce nasc controverse în interpretarea prevederilor legale, bazându-ne atât pe rezultatele cercetării cât și pe interpretarea adecvată a textului de lege⁴⁵, considerăm utile următoarele recomandări, cu rol de clarificare.

Problema timpului maxim de lucru

Atât rezultatele cercetării cât și legislația aplicabilă impun limitarea muncii continue la maxim 24 de ore⁴⁶.

⁴⁵ Precizăm participarea autorilor la elaborarea OUG nr. 20/2016, în calitate de experți, cunoscând în detaliu atât motivele care au stat la baza elaborării acestuia și a motivației de însoțire, cât și dezbaterile avute pe conținutul acestuia. Cu alte cuvinte, din punct de vedere juridic suntem în situația indicării sensului în care trebuie interpretată norma pe baza motivelor care au stat la baza elaborării ei, așa cum reies acestea din dezbaterile purtate.

Problema orelor libere după gardă

Introducerea dreptului la minim 24 de ore libere după gardă are caracter de necesitate atât din perspectiva răspunsurilor date de medici cât și raportat la prevederile legale. Este evident însă că o astfel de prevedere ridică problema completării orelor aferente programului normal de lucru pentru gardzile efectuate în intervalul duminică-joi, acestora corespunzându-le zilele de luni-vineri care au caracterul de zile lucrătoare⁴⁷. Cu alte cuvinte, aplicarea acestei prevederi conduce la necesitatea completării programului normal de lucru (norma de bază) pentru a realiza cele 148 de ore de muncă lunare⁴⁸.

Soluția la această problemă este strâns legată de rezolvarea care va fi dată programului zilnic de lucru al medicului, respectiv dacă el va fi menținut la 6 ore/zi (pentru majoritatea unităților)+orele de gardă obligatorii sau va trece la varianta 7 ore/zi. Variantele posibile le construim în funcție de primele astfel:

- a) Pentru varianta lucrului de 7 ore/zi soluția de bază o constituie completarea programului de lucru cu un număr de ore de gardă obligatorii (care completează cele 148 de ore aferente normei de bază).
- b) Varianta programului de lucru de 6 ore/zi are o soluție identică, presupunând o creștere a numărului de ore de gardă obligatorii.

Flexibilizarea timpului de lucru – cea mai adecvată măsură de completare a normei de bază

Ținând cont de principiile aplicabile pontării muncii, considerăm că flexibilitatea timpului de muncă, respectiv a înregistrării acesteia, constituie o necesitate pentru activitatea personalului medical din sectorul public de sănătate, în special a medicilor, ea oferind totodată o alternativă pentru completarea timpului de muncă aferent normei de bază. Principiul aplicabil este *timpul lucrat = timpul pontat*, el fiind aplicabil în special în situația medicilor a căror activitate implică un grad ridicat de aleatoriu în privința duratei intervențiilor/procedurilor medicale.

Exemplul cel mai elocvent în acest sens îl constituie cazul chirurgilor, durata intervențiilor (spre exemplu, cele de la sfârșitul programului operatoriu) putându-se prelungi dincolo de posibilitatea prevederii ei⁴⁹.

Excepțiile de la regula limitei de 24 de ore lucrate continuu

Există o alternativă la această variantă, coerentă juridic cu prevederea specifică din OUG nr. 20/2016 și cu legislația muncii. În acest sens, reținem faptul că alin. 6 al art. 3.2 din OUG nr. 57/2015, așa cum a fost introdus prin OUG nr. 20/2016, are următorul conținut:

⁴⁶ În secțiunea următoare vom indica posibilitatea juridică a unei excepții, cu un caracter extrem de limitativ.

⁴⁷ Situația este aplicată și altor zile ce figurează ca sărbători legale. Simplificăm expunerea pentru a-i crește claritatea.

⁴⁸ Ne raportăm la calculul aplicabil pentru anul 2016: $254 \cdot 7 / 12 = 148,1267$ ore lucrătoare pe lună.

⁴⁹ Expresia tradițională a chirurgilor este următoarea „La o operație știi când intri, dar nu poți ști când ieși!”.

(6) *Gărzile efectuate de personalul sanitar cu pregătire superioară în afara normei legale de muncă și a programului normal de lucru de la funcția de bază se desfășoară în baza unui contract de muncă cu timp parțial pentru activitatea prestată în linia de gardă și personalul va beneficia numai de drepturile aferente activității prestate în linia de gardă.*

Ținând cont de faptul că în România respectarea prevederilor privind timpul maxim de muncă se monitorizează per contract individual de muncă (CIM) și nu per persoană (limitele din Codul Muncii fiind stabilite per contract) și având în vedere faptul că pentru gărzile suplimentare este necesară încheierea unui CIM separat, este deschisă posibilitatea respectării prevederilor privind timpul maxim de muncă prin desfășurarea activității în mod continuu, mai mult de 24 de ore, în cadrul unor CIM-uri diferite, chiar dacă este vorba de același angajator.⁵⁰

Raportat la această variantă considerăm că trebuie reținute următoarele aspecte:

- a) Varianta nu este aplicabilă gărzilor obligatorii (incluse în norma de bază), deoarece este vorba de același CIM. Această perspectivă este aplicabilă atât în cazul în care timpul zilnic de lucru rămâne unul compus (ex. 6 ore zilnic+20 de ore de gardă), cât și în ipoteza în care se trece la timpul de lucru zilnic de 7 ore, dar respectarea obligației de a acorda minim 24 de ore libere după gardă conduce la situația în care este nevoie de completarea timpului de muncă aferent normei de bază prin intermediul unor ore de gardă;
- b) Cel mai important aspect îl constituie faptul că această variantă poate fi implementată doar cu acordul expres al salariatului, aspect deosebit de important pentru ansamblul construcției. Având în vedere importanța normei juridice și interesul pe care-l apără, considerăm că această variantă poate fi acceptată doar în situații de excepție și cu un caracter extrem de limitat, fiind obligatorie solicitarea expresă (în formă scrisă) a medicului, concomitent cu asumarea responsabilității celor care achiesează la o astfel de variantă (angajator și medic).

Plata gărzilor suplimentare/desfășurate în baza unui CIM separat, pentru timp parțial

Raportat la prevederile alin. 6 al art. 3.2 din OUG nr. 57/2015, așa cum a fost introdus prin OUG nr. 20/2016, principala problemă o ridică interpretarea acestei propoziții „*personalul va beneficia numai de drepturile aferente activității prestate în linia de gardă*”, în acest sens existând doar două posibilități, ambele născute din raportarea la prevederile legii cadru – Legea nr. 284/2010:

- a) Raportarea la prevederile alin. 2 al art. 3 din Capitolului II din Anexa nr. III: Familia ocupațională de funcții bugetare Sănătate al Legii nr. 284/2010: la salariul de bază se adaugă un spor între 25% și 75% pentru orele de gardă. Aceasta este varianta corectă din punct de vedere legal, așa cum vom demonstra mai departe.
- b) Raportarea la prevederile alin. 5 al art. 3 din Capitolului II din Anexa nr. III: Familia ocupațională de funcții bugetare Sănătate al Legii nr. 284/2010.

⁵⁰ În fapt, această situație este întâlnită în practică, diferența constituind-o faptul că este vorba de angajatori diferiți (cazul medicilor care lucrează la o unitate sanitară publică și apoi își continuă activitatea la o unitate privată).

Pentru a demonstra faptul că în speță este aplicabilă interpretarea menționată anterior la punctul a), respectiv că la salariul de bază se adaugă un spor între 25% și 75% pentru orele de gardă din afara normei legale și a programului de lucru, pentru desfășurarea cărora se încheie un CIM separat, cu timp parțial⁵¹, vom proceda la demonstrarea faptului că interpretarea prevăzută la punctul este infirmată de coroborarea textelor de lege.

Pentru a asigura maxima claritate a argumentării, redăm mai întâi prevederile alin. 5 al art. 3 din Capitolului II din Anexa nr. III: Familia ocupațională de funcții bugetare Sănătate al Legii nr. 284/2010:

(5)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. (s.n.)

Argumentul nr. 1. După cum se poate observa, coroborând cele două texte de lege constatăm că legiuitorul a introdus două forme distincte de recompensă salarială pentru efectuarea gărzilor, aplicabile la două situații diferite:

1) **Medicii care au deja un contract individual de muncă cu unitatea sanitară care organizează serviciul de gardă**, acestei situații fiindu-i aplicabile prevederile alin. 2 al art. 3 din Capitolului II din Anexa nr. III: Familia ocupațională de funcții bugetare Sănătate al Legii nr. 284/2010: la salariul de bază se adaugă un spor între 25% și 75% pentru orele de gardă, **acestea făcând parte din drepturile aferente activității prestate în linia de gardă** pentru această categorie de personal;

2) **Medicii care nu au un contract individual de muncă cu unitatea sanitară care organizează serviciul de gardă** – acestei situații fiindu-i aplicabile prevederile alin. 5 al art. 3 din Capitolului II din Anexa nr. III: Familia ocupațională de funcții bugetare Sănătate al Legii nr. 284/2010.

În rezumat, am demonstrat că în ipoteza în care legiuitorul a creat un regim juridic diferit pentru cele două categorii de medici, raportat la existența sau absența unui CIM de bază cu unitatea în care își desfășoară gărzile, prima categorie de medici se încadrează în mod indiscutabil în prevederile alin. 2), având dreptul la un spor între 25% și 75% la salariul de bază.

Argumentul nr. 2 Chiar și medicilor care nu au contract individual de muncă cu unitatea în care se desfășoară serviciul de gardă, dar au un alt contract individual de muncă de bază cu o altă unitate, le sunt aplicabile prevederile alin. 2 (având dreptul la un spor între 25% și 75% la

⁵¹ Așa cum prevede alin. 6 al art. 3.2 din OUG nr. 57/2015, introdus prin OUG nr. 20/2016.

salariul de bază). În consecință, cu atât mai mult au acest drept medicii care au un contract individual de muncă de bază cu unitatea în care se desfășoară serviciul de gardă.

În acest sens, putem observa că legiuitorul folosește două formule diferite atunci când se referă la salarizarea medicilor care fac gărzi, respectiv:

- Formula stabilită de alin. 1 al art. 3 din Capitolului II din Anexa nr. III: Familia ocupațională de funcții bugetare Sănătate al Legii nr. 284/2010: personalul cu pregătire superioară care efectuează gărzi „se salarizează cu tariful orar aferent salariului de bază”.
- Formula prevăzută de alin. 5 al aceluiași articol „*drepturile aferente activității prestate în linia de gardă*”. Având în vedere prevederile alin. 2 și 3 ale aceluiași articol, care stabilesc sporurile acordate la salariul de bază pentru anumite condiții, este evident că aceste sporuri fac parte din „*drepturile aferente activității prestate în linia de gardă*”. **În discuție sunt drepturile salariale, acestea incluzând, conform legislației în vigoare, salariul de bază, sporurile pentru condițiile de muncă și alte drepturi salariale.** Atragem atenția că teza finală a alin. 5 din articolul în discuție („*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.*”) se referă la modalitatea în care se stabilește salariul de bază pentru a asigura referința (în condițiile în care medicii care fac subiectul acestei reglementări nu au un salariu de bază de referință pentru calculul drepturilor salariale, stabilit deja în cadrul unui CIM încheiat cu unitatea), fără a menționa că această categorie de medici are dreptul doar la salariul de bază (excluzând sporurile).

Medicii care efectuează gărzi au dreptul la sporurile pentru condițiile de muncă

Medicii care efectuează gărzile din afara timpului de lucru aferent normei de bază, printr-un CIM cu timp parțial, au dreptul la toate sporurile aferente condițiilor de muncă, de care beneficiază și la norma de bază, acesta fiind înțelesul corect al formulei „*drepturile aferente activității prestate în linia de gardă*”. Argumentele juridice în acest sens pot fi găsite în anexa nr. 1.

Bibliografie

Steven W. Lockley , Laura K. Barger, Najib T. Ayas, Jeffrey M. Rothschild, Charles A. Czeisler, Christopher P. Landrigan, (2008). Effects of Health Care Provider Work Hours and Sleep Deprivation on Safety and Performance The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, November 2007 Volume 33 Number 11 Supplement, <https://www.jointcommission.org/assets/1/18/S2-JQPS-11-07S-lockley.pdf>

Viorel Rotilă, *Studiu asupra timpului de munca in sectorul sanitar din Romania. Analiza de caz: garzile medicilor*, Editura Sodalitas, Galați, 2013

Viorel Rotilă, Ivan Ivlampie, *Calitatea vieții profesionale și tendința de migrație a personalului din sistemul sanitar*, Editura Sodalitas, Galați, 2011.

Viorel Rotilă, *Studiu privind sistemul de despagubire a pacientilor prejudiciati aplicabil în Romania*, Editura Sodalitas, Galați, 2013

Viorel Rotilă, *Studiu privind sistemul de salarizare din Sanatate în România. Analiza de caz: salarizarea în functie de performanta*, Editura Sodalitas, Galați, 2013.

Viorel Rotilă (coord.), Traian Palade și colab., *Unele forme de discriminare ale salariaților din sănătate; abordări conceptuale și soluții juridice*, Editura Sodalitas, Galați, 2015, 200 pp., ISBN 978-606-93790-2-8

Câteva instrumente juridice de sprijinire a medicilor care efectuează gărzi suplimentare. Modele și recomandări

Rotilă Viorel

*Conferențiar univ. dr., Universitatea „Dunărea de Jos” Galați, România,
Jurist
viorelrotila@yahoo.com*

Palade Traian

*Jurist, PhD
Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, România,
traianpalade@yahoo.com*

Celmare Lidia

*Jurist, M.Phil., Director Adjunct Formare,
Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, România,
lidiacelmare@yahoo.com*

**CONTRACT INDIVIDUAL DE MUNCĂ
CU TIMP PARTIAL PENTRU ACTIVITATE DE GARDĂ**

încheiat și înregistrat sub nr./.....în registrul general de evidență a salariaților

A. Părțile contractului

Angajator - Persoana juridică....., cu sediul în
....., cod fiscal....., reprezentată legal
prin, în calitate de Manager

și

salariatul/salariața – **domnul/doamna**,
domiciliat(ă) în localitatea, str. nr.,
județul, posesor/posesoare al/a buletinului/cărții de identitate/pașaportului
seria, nr., eliberat/eliberată de la data
de, CNP, autorizație de muncă/permis ședere in scop de
munca seria nr. din data.....,

am încheiat prezentul contract individual de muncă în următoarele condiții asupra cărora
am convenit:

B. Obiectul contractului: îl constituie efectuarea gărzilor, în liniile de gardă sau la domiciliu, de către personalul sanitar cu pregătire superioară, în afara normei de lucru de la funcția de bază, cu respectarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar aprobat prin Ordinul M.S. 870/2004, așa cum a fost modificat de OUG 20/2016

C. Durata contractului:

a) determinată, de luni, pe perioada cuprinsă între data de
..... și data de

D. Locul de muncă

1. Activitatea se desfășoară în linie de gardă la sau gardă la domiciliu

E. Felul muncii

Funcția/meseria Medic conform Clasificării Ocupațiilor din România;

F. Atribuțiile postului

Atribuțiile postului sunt prevăzute în fișa postului, anexă la prezentul contract individual de muncă.

F¹. Criteriile de evaluare a activității profesionale a salariatului:

.....

G. Condiții de muncă:

1. Activitatea prestată se desfășoară în condiții normale/deosebite/speciale de muncă, potrivit Legii nr. 263/20100 privind sistemul unitar de pensii publice, cu modificările și completările ulterioare

H. Durata muncii:

1. O fracțiune de normă de maxim ore/lună. Repartizarea programului de lucru se face după cum urmează: ore/gardă, distribuite inegal zi și noapte.

2. Durata concretă a timpului de muncă lunar este stabilită în cadrul graficului lunar de gardzi.

3. Repartizarea programului lunar de lucru se face conform graficelor lunare de gardă, întocmite de conducerea secției/compartimentului cu acordul salariatului și aprobate de conducerea unității.

4. Programul individual de muncă stabilit în cadrul graficului de gardzi se poate modifica, pentru situații motivate, cu acordul salariatului sau la cererea sa, cu avizul șefului de secție/compartiment și cu aprobarea unității.

5. Limita maximă a timpului zilnic de lucru, rezultată din cumularea timpului de lucru zilnic aferent normei de bază cu timpul de muncă din prezentul contract nu poate depăși 24 de ore lucrate continuu.

De la această durată se poate face excepție doar la solicitarea expresă a salariatului.

6. După activitatea continuă aferentă activității de la norma de bază și activității desfășurate într-o linie de gardă angajatul beneficiază de o perioadă de repaus de minim 24 de ore.

De la această durată se poate face excepție doar la solicitarea expresă a salariatului.

7. Nu se vor efectua ore suplimentare față de cele prevăzute la alin 1 cu excepția cazurilor de forță majoră sau pentru alte lucrări urgente destinate prevenirii producerii unor accidente sau înlăturării consecințelor acestora

8. Perioada desfășurată în activitatea de gardă reprezintă vechime în muncă și în specialitate.

I. Concediul

Durata concediului anual de odihnă este de zile lucrătoare, în raport cu durata muncii (normă întregă, fracțiune de normă).

De asemenea, beneficiază de un concediu suplimentar de

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Concediul de odihnă se acordă în aceeași perioadă cu concediul de odihnă aferent normei de bază sau, la cererea salariatului, în perioade diferite.

J. Salarizare:

1. Salariul de bază lunar brut aferent fracțiunii de normă prevăzută la lit. H, alin 1) este de lei.

2. Drepturile salariale se stabilesc în funcție de numărul de ore lucrate în fiecare lună.

3. Conform OUG nr. 20/2016 personalul beneficiază de drepturile aferente activității prestate în linia de gardă

4. Alte elemente constitutive:

a) sporuri:

a1) sporul de gardă de din salariul brut

a2) sporul de gardă pentru lucrul în zilele libere legale de ...

a3) sporul de doctorat de ... (unde este cazul)

b) modalitatea prestațiilor suplimentare în natură: servirea mesei în mod gratuit pe timpul desfășurării gărzii;

5. Garda la domiciliu:

5.1 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 funcție de 40 % din tariful orar aferent salariului de bază și numărul de ore cât asigură garda la domiciliu

5.2 Plata gărzilor la domiciliu se face în funcție de numărul de ore cât asigură garda la domiciliu.

5.3 Pentru orele efectiv prestate la locul de muncă se aplică prevederile lit. J, alin. 1-4.

5.4 Vechimea în muncă și în specialitate în cazul gărzilor la domiciliu este cea corespunzătoare timpului efectiv lucrat.

6. În cazul în care angajatul va realiza mai puține ore decât fracțiunea de normă stabilită în contract, respectând graficul lunar de gardzi, acesta nu poate fi sancționat disciplinar pentru nerealizarea fracțiunii de normă.

7. Data/datele la care se plătește salariul este/sunt ale lunii următoare.

K. Drepturi și obligații ale părților privind sănătatea și securitatea în muncă:

a). echipament individual de protecție

b). echipament individual de lucru

c). Materiale igienico-sanitare

d). alimentație de protecție

e). alte drepturi și obligații privind sănătatea și securitatea în muncă

.....

L. Alte clauze:

- a). perioada de preaviz în cazul concedierii este de 20 zile lucrătoare, conform Legii nr. 53/2003 - Codul muncii sau contractului colectiv de muncă;
- b). perioada de preaviz în cazul demisiei este dezile **lucrătoare**, conform Legii nr. 53/2003 - Codul Muncii, cu modificările și completările ulterioare sau Contractului colectiv de muncă aplicabil;

M. Drepturi și obligații generale ale părților:

- 1. Salariatul are, în principal, următoarele drepturi:
 - a) dreptul la salarizare pentru munca depusă;
 - b) dreptul la repaus zilnic și săptămânal;
 - c) dreptul la concediu de odihnă anual;
 - d) dreptul la egalitate de șanse și de tratament;
 - e) dreptul la securitate și sănătate în muncă;
 - f) dreptul la acces la formare profesională.

- 2. Salariatului îi revin, în principal, următoarele obligații:
 - a) obligația de a realiza norma de muncă sau, după caz, de a îndeplini atribuțiile ce îi revin conform fișei postului;
 - b) obligația de a respecta disciplina muncii;
 - c) obligația de fidelitate față de angajator în executarea atribuțiilor de serviciu;
 - d) obligația de a respecta măsurile de securitate și sănătate a muncii în unitate;
 - e) obligația de a respecta secretul de serviciu.

- 3. Angajatorul are, în principal, următoarele drepturi:
 - a) să dea dispoziții cu caracter obligatoriu pentru salariat, sub rezerva legalității lor;
 - b) să exercite controlul asupra modului de îndeplinire a sarcinilor de serviciu;
 - c) să constate săvârșirea abaterilor disciplinare și să aplice sancțiunile corespunzătoare, potrivit legii, contractului colectiv de muncă aplicabil și regulamentului intern.
 - d) să stabilească obiectivele de performanță individuală a salariatului

- 4. Angajatorului îi revin, în principal, următoarele obligații:
 - a) să înmâneze salariatului un exemplar din contractul individual de muncă, anterior începerii activității;
 - a¹) să acorde salariatului toate drepturile ce decurg din contractele individuale de muncă, din contractul colectiv de muncă aplicabil și din lege;
 - b) să asigure permanent condițiile tehnice și organizatorice avute în vedere la elaborarea normelor de muncă și condițiile corespunzătoare de muncă;
 - c) să informeze salariatul asupra condițiilor de muncă și asupra elementelor care privesc desfășurarea relațiilor de muncă;

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

d) să elibereze, la cerere, un document care să ateste calitatea de salariat a solicitantului, respectiv activitatea desfășurată de acesta, durata activității, salariul, vechimea în muncă, în meserie și specialitate;

e) să asigure confidențialitatea datelor cu caracter personal ale salariatului;

N. Dispoziții finale

Prevederile prezentului contract individual de muncă se completează cu dispozițiile Legii nr. 53/2003 - Codul Muncii și ale contractului colectiv de muncă aplicabil încheiat la nivelul angajatorului/grupului de angajatori/ramurii/național, înregistrat sub nr./..... la Direcția Generală de Muncă și Solidaritate Socială a județului/ municipiu/Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice.

Orice modificare privind clauzele contractuale în timpul executării contractului individual de muncă impune încheierea unui act adițional la contract, conform dispozițiilor legale, cu excepția situațiilor în care o asemenea modificare este prevăzută în mod expres de lege.

Prezentul contract individual de muncă s-a încheiat în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte.

O. Conflictele în legătură cu încheierea, executarea, modificarea, suspendarea sau încetarea prezentului contract individual de muncă sunt soluționate de către instanța judecătorească competentă material și teritorial, potrivit legii.

Angajator,

.....

Salariat,

Semnatura.....

Data

Reprezentant legal,

.....

Pe data prezentul contract încetează în temeiul art. din Legea nr. 53-2003 - Codul Muncii, cu modificările și completările ulterioare în urma îndeplinirii procedurii legale.

Angajator,

.....

Am primit un exemplar,

Nume și prenume

Semnatura..... Data

Recomandări privind principalele informații pe care trebuie să le conțină Contractul individual de muncă cu timp parțial privind gărzile suplimentare⁵² (versiunea nr. 1)

LISTĂ DE VERIFICARE

V ⁵³	Secțiunea	Modificarea necesară	Explicații/Motivație
	Titlul contractului	<i>Contract individual de muncă cu timp parțial pentru activitatea prestată în liniile de gardă</i>	Contractul trebuie să cuprindă și gărzile la domiciliu, conform explicațiilor prezentate în partea de recomandări generale.
	B. Obiectul contractului	<i>„... prin Ordinul M.S. 870/2004, așa cum a fost modificat de OUG 20/2016”</i>	Esența acestei prevederi o constituie faptul că OMS 870/2004, în forma actuală, a suferit modificări implicite la mai multe articole, fiind aplicabile acestui contract toate prevederile ce guvernează încheierea, aplicarea și încetarea contractelor individuale de muncă.
	(pentru medicii care au contract de muncă cu unitatea unde efectuează gărzi)	Se elimină sintagma <i>„...în completarea activității desfășurate în baza contractului individual de muncă nr.....”</i>	Contractul de muncă cu timp parțial nu ar trebui să fie legat de contractul de bază pentru a evita eventualele interpretări ale ITM-ului cu privire la eludarea de către angajator a timpului maxim de lucru săptămânal) Contractul de muncă cu timp parțial, chiar dacă e încheiat cu același angajator și pe aceeași funcție (medic-deoarece COR nu permite altfel) se referă la o altă activitate și anume activitatea prestată în linie de gardă (fișa postului la contractul de muncă cu timp parțial este sau ar trebui să fie diferită față de cea la contractul de bază, chiar dacă avem o suprapunere în cazul gărzilor obligatorii.)
	C. Durata	<i>Determinata, de luni, pe perioada cuprinsă între</i>	Vă recomandăm să solicitați expres unității să facă această modificare! Fără această

⁵² Aceste Recomandări se raportează la modelul standard de CIM pentru gărzile suplimentare elaborat de Ministerul Sănătății și transmis unităților sanitare. Observațiile Federației au în vedere prevederile Ordinului MMSS cu nr. 64/2003 pentru aprobarea modelului-cadru al contractului individual de muncă (modificat și completat de Ordinul MMFPS 1616/2011), ce are caracter obligatoriu, și alte prevederi legale aplicabile, menționate în Observații/Argumentație.

⁵³ Pentru rigurozitate recomandăm bifarea căsuțelor în momentul verificării fiecărui aspect.

	<p>contractului</p>	<p><i>data de și data de 30.09.2016.</i></p>	<p>modificare nu trebuie semnat, existând posibilitatea ca insistențele pe această temă să trădeze reaua intenție. Pentru a îndeplini toate condițiile legale puteți face o cerere în acest sens, menționând că doriți CIM pe perioadă determinată, până la 30.09.2016.</p> <p>Durata contractului constituie una dintre prevederile negociabile ale CIM, conform art. 7 din Codul Muncii.</p> <p>Data de începere este variabilă dar trebuie să fie ulterioară semnării CIM și începerii activității</p> <p>Art. 17 (Codul Muncii)</p> <p>(1) <i>Anterior încheierii sau modificării contractului individual de muncă, angajatorul are obligația de a informa persoana selectată în vederea angajării ori, după caz, salariatul, cu privire la clauzele esențiale pe care intenționează să le înscrie în contract sau să le modifice.</i></p> <p>(2) <i>Obligația de informare a persoanei selectate în vederea angajării sau a salariatului se consideră îndeplinită de către angajator la momentul semnării contractului individual de muncă sau a actului adițional, după caz.</i></p> <p>(Art. 4 alin. 1 lit. a) HG 500/2011 privind registrul general de evidența a salariaților „ la angajarea fiecărui salariat, elementele prevăzute la art. 3 alin. (2) lit. a)—g) se înregistrează în registru cel târziu în ziua lucrătoare anterioară începerii activității de către salariatul în cauză”</p> <p>Art. 9</p> <p><i>2) Contravențiile prevăzute la alin. (1) se sancționează după cum urmează:</i></p> <p><i>a) cea prevăzută la lit. a), cu amenda de</i></p>
--	----------------------------	--	---

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

			10.000 lei pentru fiecare persoana primita la munca fara transmiterea la inspectoratul teritorial de munca a registrului completat cu toate elementele contractului individual de munca, fara ca amenda totala cumulata sa depaseasca suma de 50.000 lei.
	D. Locul de muncă	<i>Gardă la domiciliu</i>	Se utilizează doar pentru gărzile la domiciliu. Pentru medicii care efectuează atât gărzi în cadrul spitalului cât și gărzi la domiciliu se vor menționa, distinct, ambele tipuri de gărzi/locuri de muncă.
	F^A1. Criteriile de evaluare a activității profesionale a salariatului:	Menționarea criteriilor de evaluare este obligatorie, fiind introdusă prin OMMFPS 1616/2011 în modelul-cadru al contractului individual de muncă. Nu se acceptă notă de trimitere la CIM-ul de bază deoarece sunt contracte independente, având activități și atribuții distincte. ATENȚIE! Separarea celor două CIM-uri este esențială din punct de vedere juridic, având efecte și asupra disciplinei muncii. Spre exemplu, pentru o abatere disciplinară realizată în timpul de muncă aferent acestui contract eventuala sancțiune va viza doar acest contract, fără să afecteze activitatea din cadrul CIM-ului de bază.
		1. <i>O fracțiune de normă de maxim ore/lună. Repartizarea programului de lucru se face după cum urmează: ore/gardă, distribuite inegal zi și noapte.</i>	Durata muncii constituie una dintre prevederile negociabile ale CIM, conform art. 7 din Codul Muncii. Este obligatoriu ca durata muncii să fie prevăzută expres în CIM, art 17, alin 4 din Codul Muncii : Elementele din informarea prevăzută la alin. (3) trebuie să se regăsească și în conținutul contractului individual de muncă. (alin 3. Lit I) durata normală a muncii, exprimată în ore/zi și ore/săptămână;)

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

			(Obligație prevăzută și în art. 3 din HG 500/2011 de altfel REVISAL nu permite înregistrarea dacă nu se alege una din cele trei modalități: ore/zi, ore/săpt, ore/lună) REVISAL permite trei variante: ore de zi, ore de noapte, inegal (atât ore de zi cât și de noapte)
		2. <i>Durata concretă a timpului de muncă lunar este stabilită în cadrul graficului lunar de gardă.</i>	Este o normă de trimitere la modalitatea concretă de stabilire a duratei muncii programată pentru fiecare lună.
H. Durata muncii	Durata muncii	3. <i>Repartizarea programului lunar de lucru se face conform graficelor lunare de gardă, întocmite de conducerea secției/compartimentului cu acordul salariatului și aprobate de conducerea unității.</i>	Având în vedere faptul că stabilirea concretă a duratei lunare a muncii se face prin intermediul graficului de gardă (adică prin normă de trimitere), este evident că suntem în situația unei modificări <i>de facto</i> a timpului lunar de muncă, deci a contractului. Având în vedere prevederile alin. 6, art. 7 din Codul Muncii, este necesar acordul salariatului.
		4. <i>Programul individual de muncă stabilit în cadrul graficului de gardă se poate modifica, pentru situații motivate, cu acordul salariatului sau la cererea sa, cu avizul șefului de secție/compartiment și cu aprobarea unității.</i>	Constituie una dintre formele de aplicare a principiului flexibilității muncii, prin introducerea instituției schimbului de tură/gărzi. Prevederea este conformă cu legislația în vigoare.
		5. <i>Limita maximă a timpului zilnic de lucru, rezultată din cumularea timpului de lucru zilnic aferent normei de bază cu timpul de muncă din prezentul contract nu poate depăși 24 de ore lucrate continuu.</i> <i>De la această durată se poate face excepția doar la solicitarea expresă a salariatului.</i>	Acestea sunt limitele maxime legale, convenite cu Ministerul Muncii și cu Ministerul Sănătății și afirmate public împreună cu partenerii sociali (argumentul notorietății). În speță, sunt aplicabile prevederile Codului Muncii și ale Directivei 88/2003.
		6. <i>După activitatea continuă</i>	Este un drept legal, fiind aplicabile prevederile

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

	<p><i>aferentă activității de la norma de bază și activității desfășurată într-o linie de gardă angajatul beneficiază de o perioadă de repaus de minim 24 de ore.</i></p> <p><i>De la această durată se poate face excepția doar la solicitarea expresă a salariatului.</i></p>	<p>Codului Muncii și ale Directivei 88/2003.</p>
	<p><i>7. Nu se vor efectua ore suplimentare față de cele prevăzute la alin 1 cu excepția cazurilor de forță majoră sau pentru alte lucrări urgente destinate prevenirii producerii unor accidente sau înlăturării consecințelor acestora.</i></p>	<p>Obligatoriu trebuie să conțină elementele precizate altfel e considerat contract cu normă întreagă!</p> <p>Art. 105 din Codul Muncii</p> <p>.....</p> <p>c) interdicția de a efectua ore suplimentare, cu excepția cazurilor de forță majoră sau pentru alte lucrări urgente destinate prevenirii producerii unor accidente ori înlăturării consecințelor acestora.</p> <p>(2) În situația în care într-un contract individual de muncă cu timp parțial nu sunt precizate elementele prevăzute la alin. (1), contractul se consideră a fi încheiat pentru normă întreagă.</p>
	<p><i>8. Perioada desfășurată în activitatea de gardă reprezintă vechime în muncă și în specialitate.</i></p>	
<p>I Concediul</p>	<p><i>Durata concediului anual de odihnă este de zile lucrătoare, în raport cu durata muncii (normă întreagă, fracțiune de normă).</i></p> <p><i>De asemenea, beneficiază de un concediu suplimentar de</i></p>	<p>Precizarea duratei concediului de odihnă la care salariatul are dreptul este obligatorie conform art. 17, alin 3 lit. i din Codul Muncii:</p> <p><i>Art. 144 (Codul Muncii)</i></p> <p><i>(1) Dreptul la concediu de odihnă anual plătit este garantat tuturor salariaților.</i></p> <p><i>(2) Dreptul la concediu de odihnă anual nu</i></p>

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

		<p><i>Concediul de odihnă se acordă în aceeași perioadă cu concediul de odihnă aferent normei de bază sau, la cererea salariatului, în perioade diferite.</i></p>	<p><i>poate forma obiectul vreunei cesiuni, renunțări sau limitări.</i></p> <p>Durata efectivă a concediului de odihnă se stabilește conform art. 124 din Contractul Colectiv de muncă la nivel de Sector de Activitate „Sănătate. Activități veterinar” Concediul de odihnă suplimentar este prevăzut în anexa nr. 5 la CCM sector sanitar (http://www.solidaritatea-sanitara.ro/CCM-2014-2015/CCM.pdf)</p> <p>Teza finală constituie o concretizare a principiilor de drept și a jurisprudenței în domeniu.</p>
	J. Salarizarea	<p><i>1.Salariul de bază lunar brut aferent fracțiunii de normă prevăzută la lit. H, alin 1) este de ... lei.</i></p>	<p>Se utilizează pentru activitatea din cadrul liniei de gardă organizată în unitate.</p> <p>Se trece valoarea salariului aplicabilă la data de semnării CIM-ului. Nu poate fi menționată normă de trimitere deoarece valoarea salariului brut se menționează în REVISAL.</p> <p>Atenție! Unitățile au dreptul și obligația de a da propria interpretarea prevederilor legale. Conform demonstrației juridice transmisă celor două ministere de Federația Solidaritatea Sanitară și făcută publică, medicii au dreptul la tariful orar aferent salariului de bază prevăzut în OUG 20/2016. Suplimentar, având în vedere faptul că există deja unități sanitare care au aplicat acest salariu, recomandăm negocierea acestei variante legale. Dacă nu este acordată, recomandăm solicitarea ei în instanță.</p> <p>Vă recomandăm să citiți cu atenție și Anexa nr. 1 la prezentul document!</p> <p>De asemenea, vă rugăm să aveți în vedere faptul că unitatea ar trebui să asigure aceste sume din resurse proprii doar pentru două luni, restul urmând să fie acoperite de Guvern.</p>

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

		2. Drepturile salariale se stabilesc în funcție de numărul de ore lucrate în fiecare lună.	
		3) Conform OUG nr. 20/2016 personalul beneficiază de drepturile aferente activității prestate în linia de gardă.	
		4. Alte elemente constitutive: a) sporuri: a1) sporul de gardă de din salariul brut a2) sporul de pentru lucrul în zilele libere legale de... a3) sporul de doctorat de ... (unde este cazul)	<p>Sporurile prevăzute la punctele a1) și a2) se acordă în conformitate cu prevederile alin. 2) și 3) ale art. 3 din Capitolului II din Anexa nr. III: Familia ocupațională de funcții bugetare Sănătate al Legii nr. 284/2010</p> <p>Obligația de menționa exact sporurile de este stipulată expres în modelul standard de CIM și în instrucțiunile de completare a REVISAL-ului, existând rubrici specifice pentru fiecare dintre sporuri. Evident, această obligația aduce cu sine și obligația de a stabili în momentul încheierii CIM-ului procentul aferent fiecăruia dintre sporuri (Notă: Având în vedere faptul că, din păcate, sporurile se raportează la salariul aferent anului 2009, este posibil ca sporurile să fie trecute în quantum și nu în procente. Precizăm că foarte multe dintre sindicatele Solidaritatea Sanitară au în derulare procese privind raportarea sporurilor la salariul de bază actual, argumentația fiind pusă la dispoziție de federație tuturor sindicatelor membre. Acest tip de acțiune este aplicabil și normei de bază).</p> <p>ATENȚIE! Conform argumentării prezentată de Federația „Solidaritatea Sanitară” cele două sporuri se acordă cumulativ, nu alternativ. Cu alte cuvinte, în zilele libere legale se acordă ambele sporuri deoarece sunt îndeplinite ambele condiții legale prevăzute de lege.</p> <p>Este vorba de două sporuri distincte, care se cumulează în situația în care medicul care efectuează gărzi îndeplinește cele două condiții</p>

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

			<p>prevăzute de fiecare aliniat, respectiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efectuează gărzi în afara programului de lucru aferent funcției de bază; - Desfășoară aceste gărzi în zilele de sărbători legale. <p>Pentru a fi mai ușor de înțeles, raportul juridic dintre cele două tipuri de sporuri este asemănător cu cel dintre sporul pentru condiții de muncă și sporul de noapte (sau tură), ele acordându-se amândouă.</p> <p>Rațiunea pentru care aceste sporuri se acordă ÎMPREUNĂ, nu ALTERNATIV, este ușor de înțeles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primul spor este asimilabil sporului de ore suplimentare (acordat CIM-urilor pentru gărzile suplimentare pentru a stimula desfășurarea acestei activități în afara normei de bază). - Al doilea spor este asimilabil activității desfășurate în cadrul normei de bază în zilele de sărbători legale. <p>Această identitate de regim juridic este lesne de observat prin identitatea limitelor maxime ale celor două categorii de sporuri.</p>
		<p><i>b2)modalitatea prestațiilor suplimentare în natură: servirea mesei în mod gratuit pe timpul desfășurării gărzii;</i></p>	<p>A se vedea prevederile art. 3, prima teză, din HG 524/1991:</p> <p><i>„Unitatile sanitare cu paturi sint obligate sa serveasca masa in mod gratuit personalului sanitar cu pregatire superioara, inclusiv medicilor secundari si interni, pe timpul efectuarii garzilor, la nivelul costului alocatiei de hrana stabilite pentru unitatea sau sectia unde se desfasoara garda.”</i></p> <p>ATENȚIE! Fiind vorba de un CIM separat aceste drepturi nu conduc la scăderea numărului de tichete de masă la care are dreptul medicul.</p>

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

		(Nu face excepție nici garda obligatorie.)
	<p>5.1 Salariul de bază lunar brut aferent gărzilor la domiciliu este de...</p> <p>5.2 Plata gărzilor la domiciliu se face în funcție de numărul de ore cât asigură garda la domiciliu.</p> <p>5.3 Pentru orele efectiv prestate se aplică prevederile lit. J, alin. 1-4.</p> <p>5.4 Vechimea în muncă și în specialitate în cazul gărzilor la domiciliu este cea corespunzătoare timpului efectiv lucrat.</p>	<p>Se aplică doar în cazurile în care se efectuează gărzi la domiciliu.</p> <p>Valoarea care trebuie trecută este de 40% din salariul de bază.</p> <p>Gărzile la domiciliu sunt suplimentare normei de bază, ele pot fi desfășurate doar în baza unui Contract individual de muncă cu timp parțial.</p> <p>Plata gărzilor la domiciliu trebuie făcută în conformitate cu prevederile alin. 6 al art. 3 din Capitolului II din Anexa nr. III: Familia ocupațională de funcții bugetare Sănătate al Legii nr. 284/2010: „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 funcție de 40 % din tariful orar aferent salariului de bază și numărul de ore cât asigură garda la domiciliu.”</p> <p>„În traducere”, medicul aflat în gardă la domiciliu are dreptul la un tarif orar ce reprezintă echivalentul a 40% din tariful orar aferent salariului de bază pentru toată perioada în care este consemnat la domiciliu, fiind exclusă plata doar pentru perioadele de prezentare la caz.</p> <p>Pentru durata intervențiilor/prezentărilor la caz nivelul plății nu poate fi inferior nivelului drepturilor salariale aferente gărzii.</p>
	6) În cazul în care angajatul va realiza mai puține ore decât fracțiunea de normă stabilită în contract, respectând graficul lunar de gărzi, acesta nu poate fi sancționat disciplinar pentru nerealizarea	

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

		<i>fracțiunii de normă.</i>	
	K: Drepturi specifice legate de sănătatea și securitatea în muncă	a) echipament individual de protecție ... ; b) echipament individual de lucru ... ; c) materiale igienico-sanitare ... ; d) alimentație de protecție ... ; e) alte drepturi și obligații privind sănătatea și securitatea în muncă ...	Se renumerează în conformitate cu modelul cadru. Este obligatorie menționarea cel puțin a elementelor din anexa nr. 7 a Contractului colectiv de muncă la nivel de sector (http://www.solidaritatea-sanitara.ro/CCM-2014-2015/CCM.pdf)
	L: Alte clauze	a) perioada de preaviz în cazul concedierii este de 20 zile lucrătoare, conform Legii nr. 53/2003 - Codul muncii sau contractului colectiv de muncă; b) perioada de preaviz în cazul demisiei este de zile lucrătoare, conform Legii nr. 53/2003, republicată, sau contractului colectiv de muncă aplicabil;	a) Se aplică prevederile art. 58, alin. 2) din CCM. b) maxim 20 de zile, conform art. 64 alin. 4 din CCM. Stabilirea cuantumului face obiectul negocierii dintre salariat și unitate.
	Data încheierii CIM-ului:	Data la care se semnează CIM-ul	Dacă angajatorul insistă pentru o dată anterioară este posibil să-l fi înregistrat anterior în REVISAL (ne-au fost sesizate câteva cazuri). În principiu poate fi acceptat (chiar dacă nu este tocmai legal), dacă înregistrarea anterioară a fost făcută cu scopul de a vă plăti gărzile suplimentare. Dacă însă înregistrarea anterioară în REVISAL a acestui contract are la bază convingerea managerului că veți semna oricum, determinând presiuni pentru a-l semna, sunteți în situația încălcării libertății dvs. de decizie și nu trebuie să-l semnați.

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Propuneri și argumente pentru modificarea Ordinului Ministrului Sănătății nr. 870/2004

Rotilă Viorel

*Conferențiar univ. dr., Universitatea „Dunărea de Jos” Galați, România,
Jurist
viorelrotila@yahoo.com*

Forma în vigoare a OMS 870/2004	Textul conform draft-ului de ordin propus de Ministerul Sănătății	Textul propus de Federația „Solidaritatea Sanitară” (04.08.2016)	Justificarea pentru textul propus – Federația „Solidaritatea Sanitară”	Răspunsul Ministerului Sănătății la propunerile FSSR (12.08.2016)	Observațiile Federației „Solidaritatea Sanitară” la răspunsul Ministerului Sănătății (16.08.2016)
<p>CAP. 1 Timpul de muncă</p> <p>ART. 1 (1) Timpul de muncă reprezintă timpul pe care salariatul îl folosește pentru îndeplinirea sarcinilor de muncă. (2) Pentru salariații angajați cu normă întreagă, durata normală a timpului de muncă este de 8 ore pe zi și de 40 de ore pe săptămână. (3) În funcție de specificul unității sau al muncii prestate, se poate opta și pentru o repartizare inegală a timpului de muncă, cu respectarea duratei normale a timpului de muncă de 40 de ore pe săptămână. (4) Repartizarea timpului de muncă în cadrul săptămânii este, de regulă, uniformă, de 8 ore pe zi timp de 5 zile, cu două zile de repaus.</p>	<p>(1) 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 și ale legislației în vigoare</p>	<p><i>(1) Timpul de muncă reprezintă orice perioadă în care lucrătorul se află la locul de muncă, la dispoziția angajatorului și își exercită activitatea sau funcțiile, în conformitate cu legislația în vigoare și contractele de muncă aplicabile.</i></p>	<p>Forma propusă de MS „ocolește” aplicabilitatea contractelor colective de muncă.</p> <p>Vechea formă a OMS 870/2004 operează cu o definiție greșită/ilegală a timpului de muncă, aceasta fiind inadecvată atât raportat la definiția stabilită de Codul 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 Directivă și elaborată în continuare de precizările Curții de Justiție a Uniunii Europene în momentul în care ne raportăm la prevederile OMS 870/2004.</p>	<p>Art. 1, alin. (1) – nu se preia - se va folosi definiția exactă folosită în Codul Muncii;</p>	<p>Putem fi de acord cu preluarea definiției dată de art. 111 din Codul Muncii, preluată în forma proiectului de Ordin prezentată pe transparența decizională, fiind o modificare a primei forme: <i>(1) 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”</i></p>
<p>(2) Pentru salariații angajați cu normă întreagă, durata normală a</p>		<p>(2) Pentru salariații angajați cu normă</p>	<p>Menționarea formulei „de regulă” ține de tehnica legislativă (evitarea</p>	<p>Art. 1, alin. (2) – se preia;</p>	

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

<p>timpului de muncă este de 8 ore pe zi și de 40 de ore pe săptămână.</p>		<p>întregă, durata normală a timpului de muncă este, <i>de regulă</i>, de 8 ore pe zi și de 40 de ore pe săptămână.</p>	<p>formulelor ambigue și contradictorii), raportat la „excepția” pe care-o constituie programul de lucru al medicilor – de 7 ore/zi.</p>		
		<p>La art. 1 propunem introducerea unui nou alineat: (5) <i>În cuantificarea activității salariaților este aplicabil principiul „timpul lucrat este timp pontat” pentru toate orele ce depășesc programul normal de lucru.</i></p>	<p>Introducerea principiului „timpul lucrat este timp pontat”, convenit în cadrul negocierilor dintre reprezentanții MS și cei ai Federației „Solidaritatea Sanitară”. Ea rezolvă o mare problemă aplicabilă mai ales anumitor specialități, caracterizate de imprevizibilitatea duratei diferitelor intervenții, care pot conduce la depășirea programului normal de lucru. Utilizarea acestui principiu rezolvă și situațiile în care personalul lucrează fără a fi pontat, nefiind acoperit de cadrul legal al relațiilor de muncă și de asigurarea de malpraxis.</p>	<p>Art. 1, alin. (5) – definiția muncii suplimentare este reglementată de Codul Muncii;</p> <p>(MS a introdus în schimb, față de varianta inițială, formula: „(5) <i>Activitatea prestată peste programul normal de lucru constituie muncă suplimentară și se recuperează potrivit prevederilor legale în vigoare.</i>”), pe care a uitat să ne-o menționeze în Feedback.</p>	<p>Ne menținem propunerea inițială! Fie nu s-a înțeles fie nu s-a dorit să se înțeleagă: propunerea nu vizează munca suplimentară, ci flexibilizarea timpului de lucru. Ea este conformă înțelegerii pe care am avut-o în cadrul negocierilor, refuzul ei constituind nerespectarea înțelegerii. Noua propunere a MS nu rezolvă problema necesității unor corelări adecvate ale diferitelor prevederi specifice actului normativ. A se vedea, spre exemplu, prevederile art. 5², în discuție fiind o modificare a programului zilnic de lucru pentru completarea timpului de lucru aferent normei de bază. A considera că</p>

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

					acestea sunt ore suplimentare (recuperate ulterior) este eronat, în speță fiind aplicabil exact acest principiu al flexibilității timpului de muncă, respectiv al calculului flexibil al timpului de muncă aferent normei de bază.
ART. 2 (1) Medicii încadrați în unități publice din sectorul sanitar au program de 7 ore în medie pe zi.		ART. 2 (1) <i>Timpul normal de muncă aferent contractului individului de bază al medicilor încadrați în unități publice din sectorul sanitar este de 7 ore în medie pe zi, respectiv de 35 ore în medie pe săptămână.</i>	Având în vedere introducerea CIM - urilor cu timp parțial pentru găzile suplimentare, formula propusă elimină posibilele confuzii între cele două tipuri de contracte.	Art. 2, alin. (1) și (3) - se preiau;	
(2) Medicii din unitățile și compartimentele de cercetare științifică medico-farmaceutică au un program de 7 ore zilnic.		(2) Prevederile alin. 1 sunt aplicabile și medicilor din unitățile și compartimentele de cercetare științifică medico-farmaceutică.	Pentru eleganța textului, evitând formulările redundante.	alin. (2) nu se preia pentru că cercetătorii au program de 7 ore zilnic	
(3) Medicii care lucrează în următoarele activități și locuri de muncă au program de 6 ore în medie pe zi, după cum urmează: a) anatomie patologică;		(3) <i>Medicii care lucrează în următoarele activități și locuri de muncă au program de 6 ore în medie pe zi, după cum urmează:</i>	Pentru denumirea corectă a specialităților radioterapie și medicină nucleară. Activitatea de terapie cu energii înalte este inclusă în radioterapie.	Art. 2, alin. (1) și (3) - se preiau;	

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

<p>b) medicină legală, în activitatea de prosectură și disecție; c) activitatea de radiologie - imagistică medicală și roentgenterapie, medicină nucleară și radioizotopi, igiena radiațiilor nucleare, terapie cu energii înalte, angiografie și cateterism cardiac.</p>		<p>a) <i>anatomie patologică;</i> b) <i>medicină legală, în activitatea de prosectură și disecție;</i> c) <i>activitatea de radiologie - imagistică medicală, radioterapie, medicină nucleară, igiena radiațiilor, angiografie și cateterism cardiac.</i></p>			
	<p>După alin. (3) al art. 2 se introduce un alineat nou, alin. (4), cu următorul cuprins: (4) În funcție de specificul unității sau al muncii prestate, se poate opta și pentru o repartizare inegală a timpului de muncă, cu respectarea duratei normale a timpului de muncă de 35, respectiv 30 de ore pe săptămână.</p>				

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

<p>ART. 3 (1) Medicii directori generali și directori generali adjuncți medicali au program de 7 ore zilnic.</p>	<p>Art. 3 se modifică și va avea următorul cuprins: (1) Persoanele care ocupă funcții de conducere în cadrul unităților sanitare au program de 8 ore zilnic.</p>	<p>(1) Persoanele care ocupă funcții de conducere în cadrul unităților sanitare au program, de regulă, de 8 ore zilnic.</p>	<p>Întrucât persoanele din conducere au contracte de management, al cărui rezultat este cuantificat prin indicatorii realizați, programul de lucru poate fi flexibil. De altfel, există o adevărată problemă în privința clasificării juridice a contractului de management, nefiind clar dacă el aduce cu sine obligații de diligență (ex. să stea 8 ore la program) sau mai curând de rezultat (să-și atingă indicatorii de management. Dacă vom considera că a doua variantă este cea corectă este aberant să-i impunem noi programul.</p>	<p>Art. 3, alin. (1) – nu se preia - activitatea persoanelor care dețin funcții de conducere este reglementată prin contractul de management; în baza acestui contract, indicatorii de management pot da libertatea de menținere sau eliberare din funcție;</p>	<p>Ne menținem propunerea inițială! În discuție este un contract de management al cărui esență o constituie obligațiile de rezultat. Restrângerile aplicate programului de lucru instituie obligații de diligență ce pot afecta obligațiile de rezultat.</p>
<p>(2) Directorii generali, cu excepția medicilor care ocupă aceste funcții, au program de 8 ore zilnic.</p>	<p>(2) Intră sub incidența prevederilor alin. (1) funcțiile de director general/director general adjunct, director/director adjunct, director executiv/director executiv adjunct, manager, manager general, precum și funcțiile specific comitetului</p>				

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

	director din cadrul unităților sanitare cu paturi și al serviciilor de ambulanță.				
(3) Medicii șefi de secție/laborator/serviciu medical au program de 7 ore zilnic.		(3) Medicii șefi de secție/laborator/serviciu medical au program de 7 ore, în medie , zilnic.		Art. 3, alin. (3) și alin. (4) – nu se preiau – activitatea persoanelor care dețin funcții de conducere este reglementată prin contractul de administrare (7 ore zilnic – medic șef secție);	Ne menținem propunerea inițială! În discuție este raportul dintre atribuțiile de management și cele specifice calității de medic, ultimele fiind mult mai mari raportat la primele. Or, reducerea duratei de lucru are în vedere faptul că principalul obiect al acestui timp de contract îl constituie atribuțiile specifice calității de medic, cele de management având caracter accesoriu.
		(4) Medicii șefi de secție/laborator/serviciu medical în care programul de lucru este de 6 ore în medie pe zi au program de 6 ore zilnic.	Șefii de secție/laborator/serviciu medical din sectoarele de activitate anatomie patologică, medicină legală, radiologie-imagistică medicală, radioterapie, igiena radiațiilor, angiografie și cateterism cardiac trebuie să aibă un program de lucru similar cu al departamentului în care își		

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

			desfășoară activitatea.		
<p>ART. 4</p> <p>(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:</p> <p>a) pentru spitale clinice, universitare, institute și centre medicale clinice, spitale de urgență, spitale județene, spitale de monospecialitate, spitale municipale, spitale orașenești, centre medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - activitate curentă de 6 ore în cursul dimineții în zilele lucrătoare; - 20 de ore de gardă lunar; <p>b) pentru spitale de boli cronice, spitale comunale și sanatorii:</p> <ul style="list-style-type: none"> - activitatea curentă de minimum 5 ore în cursul dimineții în zilele lucrătoare; - 40 de ore de gardă lunar. <p>(2) Pentru spitalele nominalizate la alin. (1) lit. a), consiliul de administrație poate aproba organizarea contravizitei prin diminuarea corespunzătoare a activității curente de 6 ore în cursul dimineții, fără ca activitatea curentă în cursul dimineții în zilele lucrătoare să fie mai mică de 5 ore zilnic.</p> <p>(3) Contravizita se poate</p>	<p>La art. 4, alin. (1) litera a) liniuța a doua se modifică și va avea următorul cuprins:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 20 de ore de gardă lunar; <p>alternativ pe parcursul a 2 luni 1 linie de gardă în zilele lucrătoare și o linie de gardă în zilele de repaus săptămânal și sărbători legale</p> <p>La art. 4, alin. (1) litera b) se modifică și va</p>	<p>ART. 4</p> <p>(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:</p> <p>a) pentru spitale clinice, universitare, institute și centre medicale clinice, spitale de urgență, spitale județene, spitale de monospecialitate, spitale municipale, spitale orașenești, centre medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - activitate curentă de 6 ore în cursul dimineții în zilele lucrătoare; - 20 de ore de gardă lunar; <p>b) pentru spitale de boli cronice,</p>	<p>Varianta de modificare propusă de MS pentru gardile obligatorii (o lună în cursul săptămânii și luna următoare în zilele de repaus) are drept rezultat 21 de ore lunare (18 ore în cursul săptămânii + 24 de ore în zilele de repaus legal /2 = 21 ore de gardă. Propunem definirea exactă a numărului de ore lunare de gardă aferente gardzilor obligatorii.</p>	<p>Art. 4, alin. (1) – nu se preia – activitatea persoanelor care dețin funcții de conducere este reglementată prin contractul de administrare – 7 ore zilnic medic șef secție; art.4 alin(1) reglementează modul de organizare a activității și a rămas în forma existentă în regulament, respectiv 6 ore în cursul dimineții și 20 de ore de gardă.</p>	<p>Ne menținem propunerea inițială!</p> <p>MS nu a sesizat inadvertența existentă la alin. 1, lit. a) privitoare la modul de calcul propus (alternarea gardzilor obligatorii de-a lungul a două luni: una în zilele lucrătoare și a doua în zilele libere legale) care conduce la o medie de 21 de ore de gardă/lună.</p> <p>Contravizita trebuie menținută cel puțin pentru unele spitale (a se vedea absența corelării abrogării alin. 2-4 din prezentul articol cu alte articole în care este menționată contravizita (art. 37 și 58))</p>

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

<p>organiza la nivelul tuturor secțiilor și compartimentelor cu paturi sau numai la unele secții ori compartimente cu paturi, în funcție de profilul medical al acestora.</p> <p>(4) Contravizita se organizează după-amiaza în zilele lucrătoare și dimineața în zilele de repaus săptămânal, sărbători legale și în celelalte zile în care, potrivit dispozițiilor legale, nu se lucrează.</p>	<p>avea următorul cuprins:</p> <p>b) pentru spitale de boli cronice și sanatorii:</p> <ul style="list-style-type: none"> - activitatea curentă de minimum 5 ore în cursul dimineții în zilele lucrătoare; - 40 de ore de gardă lunar, respectiv 1 linie de gardă în zilele lucrătoare și o linie de gardă în zilele de repaus săptămânal și sărbători legale. <p>La art. 4, alin. (2)-(4) se abrogă.</p>	<p>spitale comunale și sanatorii:</p> <ul style="list-style-type: none"> - activitatea curentă de minimum 6 ore în cursul dimineții în zilele lucrătoare; - 20 de ore de gardă lunar. 			
		<p>(3) În situația în care, datorită specificului activității sau situațiilor de urgență, programul zilnic de lucru se</p>	<p>(3) Constituie o formă de aplicare a principiului timpului flexibil de lucru, adaptat la nevoile unității.</p>	<p>Art. 4, alin. (3) – nu se preia - este reglementat la art. (1), alin (5);</p>	<p>Ne menținem propunerea inițială!</p> <p>Eroare de corelare: respingerea alin. (5) al art. 1. Este obligatorie</p>

		<i>prelungeste, medicul va fi pontat conform timpului efectiv lucrat.</i>			<i>introducerea ambelor aliniate în discuție ea fiind conformă celor convenite în cursul negocierilor. Nu este vorba de recuperarea orelor suplimentare, ci de calculul dinamic al timpului de lucru efectiv. De altfel, în discuție este și încălcarea normelor de tehnică legislativă, deoarece în lipsa acestor aliniate este imposibilă introducerea art. 5², spre exemplu.</i>
<p>ART. 4¹</p> <p>(1) În cadrul programului de 7 ore în medie pe zi, medicii din unitățile sanitare publice cu paturi au obligația de a acorda, cu prioritate, consultațiile interdisciplinare pentru pacienții internați în unitate sau pentru cei internați în alte spitale, în baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective.</p> <p>(2) Consultațiile interdisciplinare se acordă la recomandarea medicului curant, aprobată de medicul șef de secție, medicul coordonator al compartimentului medical sau, după caz, a directorului medical.</p> <p>(3) Medicii șef de secție/șef de</p>	<p>(1) În cadrul programului de 7 ore în medie pe zi, medicii din unitățile sanitare publice cu paturi au obligația de a acorda, în funcție de activitatea curentă a secției/compartimentului respectiv, sau prin desemnarea, prin rotație, a</p>			<p>Art. 4¹, alin. (1) și (3) se modifică și vor avea următorul cuprins:</p> <p>(1) În cadrul programului de 7 ore în medie pe zi, medicii din unitățile sanitare publice cu paturi au obligația de a acorda, în funcție de activitatea curentă a secției/compartimentului respectiv, sau prin desemnarea,</p>	

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

<p>laborator sau, după caz, directorul medical au obligația de a coordona și de a controla acordarea cu prioritate a consultațiilor interdisciplinare.</p>	<p>unui medic responsabil cu consulturile interdisciplinare , consultațiile interdisciplinare pentru pacienții internați în unitate sau pentru cei internați în alte spitale, în baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective. (3) Medicii șef de secție/șef de laborator sau, după caz, directorul medical au obligația de a coordona și de a controla acordarea consultațiilor interdisciplinare în condițiile prevăzute la alin.(1).</p>			<p>prin rotație, a unui medic responsabil cu consulturile interdisciplinare, consultațiile interdisciplinare pentru pacienții internați în unitate, prezența în UPU/CPU sau pentru cei internați în alte spitale, în baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective.</p>	
		<p>(4) Responsabili de asigurarea consulturilor</p>	<p>Propunem o reglementare clară a responsabilităților privind consulturile interdisciplinare, acestea</p>	<p>(3) Responsabili de asigurarea consulturilor</p>	

		interdisciplinare sunt, de regulă, medicii care în ziua respectivă urmează să efectueze garda.	revenind medicilor care în ziua respectivă urmează să fie de gardă. O astfel de abordare prezintă și avantajul continuării monitorizării pacienților (în caz de nevoie) în cadrul activității de gardă. Excepția o constituie zilele în care linia de gardă este compusă din medici din alte unități sanitare.	interdisciplinare sunt, de regulă, medicii care în ziua respectivă urmează să efectueze garda. (Am preluat propunerea propusă prin introducerea alin. (4), care de fapt este alin. (3))	
				(4) Medicii șef de secție/șef de laborator sau, după caz, directorul medical au obligația de a coordona și de a controla acordarea consultațiilor interdisciplinare în condițiile prevăzute la alin.(1);	
ART. 5 (1) Medicii încadrați în structurile de primire urgențe - UPU-SMURD, UPU sau CPU - își desfășoară activitatea în două ture în sistem de 12 ore cu 24 de ore libere. (2) În situația în care numărul medicilor încadrați în		ART. 5 (1) Medicii încadrați în structurile de primire urgențe - UPU-SMURD, UPU sau CPU - își desfășoară activitatea în două ture în sistem de 12 ore cu 24 de ore	Pentru coerența programului de lucru din activitatea de radiologie imagistică medicală	Art 5, alin. (3) se preia – în situația în care structurile de primiri urgențe este organizată activitate de radiologie-	

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

<p>structurile de primire urgențe este insuficient pentru a permite organizarea activității conform prevederilor alin. (1), activitatea zilnică se desfășoară în două ture de câte 7 ore.</p>		<p>libere.</p> <p>(2) În situația în care numărul medicilor încadrați în structurile de primire urgențe este insuficient pentru a permite organizarea activității conform prevederilor alin. (1), activitatea zilnică se desfășoară în două ture de câte 7 ore.</p> <p>(3) În situația în care în structurile de primiri urgențe este organizată activitate de radiologie-imagistică medicală, medicii în specialitatea radiologie imagistică medicală desfășoară activitate de 6 ore în medie pe zi.</p>		<p>imagistică medicală, medicii în specialitatea radiologie-imagistică medicală, medicii în specialitatea radiologie imagistică medicală desfășoară activitate de 6 ore în medie pe zi;</p>	
	<p>După art. 5, se introduc 6 articole noi, 5^1-5^6, cu următorul cuprins:</p> <p>Art. 5^1 (1) După activitatea continuă aferentă activității curente și activității într-o</p>	<p>Art. 5^1 După o activitate continuă de 24 de ore, aferentă activității curente și activității într-o linie de gardă sau doar activității într-o line de gardă, medicul beneficiază de o perioadă de repaus de 24 de ore.</p>	<p>Considerăm că această variantă satisface cu prisosință condiția liberului după gardă, nefiind necesară introducerea alin. 2.</p>	<p>Art 5^1 – nu se preia</p>	<p>Ne menținem punctul de vedere privind redundanța prevederilor specifice celor două aliniate.</p>

	<p>linie de gardă medicul beneficiază de o perioadă de repaus de 24 de ore. (2) Prevederea de la alin. (1) se aplică și pentru activitatea prestată într-o linie de gardă într-o zi de duminică sau sărbători legale care sunt urmate de o zi normală de lucru.</p>				
	<p>Art. 5² În situația în care se acordă ziua liberă prevăzută la art. 5¹ completarea orelor care fac parte din norma de bază, de 5, 6 sau 7 ore zilnic se poate face prin prelungirea activității curente aferente altor zile din cursul lunii, având în</p>	<p>Art. 5² În situația în care se acordă ziua liberă prevăzută la art. 5¹ completarea orelor care fac parte din norma de bază, de 6 sau 7 ore zilnic se poate face prin prelungirea activității curente aferente altor zile din cursul lunii, având în vedere specialitatea, adresabilitatea și modul concret de organizare a activității, aplicându-se prevederile alin. (5) al art. 1.</p>	<p>Soluția propusă este derivată din aplicarea principiului „timpul lucrat este timp pontat”, convenit în cadrul negocierilor dintre reprezentanții MS și cei ai Federației „Solidaritatea Sanitară”.</p>	<p>– alin. (2) în forma actuală reglementează gărzile efectuate în zile urmate de zile libere; Propunerea la art. 5² - nu se preia deoarece alin. (5) art. 1 reglementează deja propunerea;</p>	<p>Ne menținem propunerea inițială, cu toate corelațiile ei!</p> <p>Pentru ca această prevedere să fie posibilă este necesară modificarea art. 1, alin. (5) și a art. 4 alin. (3) în forma solicitată de noi. Cu alte cuvinte, această prelungire a activității intră în programul normal de lucru, nu în orele suplimentare. După cum se poate</p>

	vedere specialitatea, adresabilitatea și modul concret de organizare a activității.				constata, în acest caz nu este vorba de ore suplimentare, ci de completarea timpului de lucru aferent normei de bază, aceste ore trebuind să apară ca atare în pontaj. Problema ține de instituția juridică utilizată, în cazul orelor suplimentare fiind necesară indexarea atentă a acestora pentru a se vedea dacă au fost recuperate în următoarele 60 de zile, complicând inutil gestiunea resurselor umane. De altfel, soluția propusă de MS nu este logică, salariatul apărând cu ore suplimentare și, suplimentar, cu ore rămase „de efectuat,” raportat la timpul de lucru aferent normei de bază. Pentru ca această instituție a recuperării liberului după gardă să funcționeze este necesară modificarea modului de definire a orelor suplimentare,
--	--	--	--	--	---

					trecându-se de la definirea lor prin raportare la programul zilnic către definirea lor prin raportare la timpul total de muncă aferent normei de bază.
	Art. 5 ³ (1) Prevederea de la art. 5 ¹ nu se aplică în cazul spitalelor cu un număr insuficient de medici, pe specialități, care ar face imposibilă organizarea activității în condiții corespunzătoare, în cursul dimineții.	Art. 5³ (1) se elimină.	Eliminarea acestei propuneri este motivată cel puțin de următoarele considerente: - Deficitul de personal este o caracteristică cvasi-universală a spitalelor publice. În consecință, introducerea acestui aliniat ar lipsi de efecte juridice prevederile art. 5 ¹ , generându-i o condiționare nepermisă. Suplimentar, condiția nu este una obiectivă, neavând caracterul unei norme de trimitere la ceva concret. - Deficitul de personal nu-i este imputabil medicului. În consecință, el nu-i poate dăuna, interzicându-i un drept fundamental. - Excepția propusă are ca efect juridic legiferarea obligației medicului de a munci mai mult de 24 de ore, încălcând astfel toate normele în vigoare. Cu alte cuvinte, ea este lovită de iure de nulitate datorită încălcării principiilor și regulilor aplicabile. După cum vom arăta mai departe, situația este cu atât mai gravă în cazul gărzilor obligatorii. - Prevederea are caracter de condiție potestativă (gen „Mă angajez ferm să	Nu s-a preluat propunerea de eliminare a alin. (1) de la art.5 ³ cu privire la număr insuficient de medici.	Ne menținem propunerea inițială! Toată argumentația anterioară rămâne aplicabilă. Menținerea acestui aliniat, care instituie o excepție ce devine de fapt regulă, raportat la situația unităților sanitare publice, încalcă în mod evident cele convenite în timpul negocierilor. Atitudine denotă menținerea în interiorul aceleiași mentalități păguboase a MS de rezolvarea a problemelor generate de plecarea unor medici pe medicilor rămași. Aliniatul încalcă normele de tehnic juridică raportat la prevederile art. 5 ⁶ : fie

			<p>acord liberul după gardă...dacă pot să-l dau!”), încălcând flagrant normele de tehnică legislativă.</p> <p>- Prevederea are la bază o confuzie gravă între drepturile fundamentale ale medicului, în calitate de salariat, acestea fiind inalienabile, și problemele ce țin de funcționarea sistemului sanitar.</p> <p>- Prevederea are și un efect pervers, ce include invocarea propriei turpitudini de către autoritate: dacă deficitul de medici este generat de un nivel inadecvat al salarizării (cum este cazul acum), atunci pentru medicii care aleg să rămână chiar și în aceste condiții se adaugă condamnarea la muncă continuă (să-i spunem efectul Sisif).</p> <p>- Și enumerarea motivelor poate continua...</p> <p>În final, considerăm că ar trebui să fie suficient faptul că am avut un acord comun asupra modalității de soluționare a acestei situații, ea fiind clar în favoarea libertății medicilor. Pentru toate aceste motive ne opunem categoric acestei prevederi!</p>		<p>se intenționează universalizarea unui drept (transformat în obligație) fie se admit excepții ce pot fi făcute de ambele părți.</p> <p>Pe fond, MS încearcă să introducă o excepție de la obligația respectării prevederilor legale privind limita maximă a timpului de muncă. Fiind vorba de limite imperative, stabilite prin legi organice, un Ordin de ministru (prin excelență dat în aplicarea și cu respectarea legii) nu poate deroga de la ele, fiind aplicabil principiul de drept <i>Nemo dat quod non habet</i> raportat la depășirea limitei de competență.</p>
	(2) Prevederea de la art. 5 ¹ nu se aplică medicilor care fac parte din comitetul director al unităților				În speță sunt aplicabile argumentele de mai sus.

	sanitare cu paturi și al serviciilor de ambulanță.				
	Art. 5 ⁴ Medicii care nu doresc să beneficieze de perioada de repaus de 24 ore prevăzută la art. 5 ¹ vor solicita acest lucru în mod individual în baza unei cereri adresate conducerii unității sanitare cu personalitate juridică.	Art. 5 ⁴ (1) Medicii care nu doresc să beneficieze de perioada de repaus de 24 ore prevăzută la art. 5 ¹ vor solicita acest lucru în mod individual în baza unei cereri adresate conducerii unității sanitare cu personalitate juridică. (2) Prevederile alin. 1 nu sunt aplicabile în cazul gărzilor obligatorii, care completează timpul de lucru aferent normei de bază.	Motivația introducerii alin. 2) ține de cadrul general al „discuțiilor” pe tema acestui act normativ. Vă reamintim că, în diferitele discuții avute pe această temă noi v-am precizat în mod expres condițiile în care se poate deroga de la prevederile Directivei 88/2003 privind timpul de lucru, respectiv: a) Se poate face doar prin intermediul convențiilor colective (introducerea unor prevederi specifice în contractul colectiv de muncă la nivel de sector este esențială pentru a crea cadrul legal în acest sens; în absența derogării prin contractul colectiv prevederile ordinului sunt nule de drept). Prevederile Directivei au fost preluate și de alin. 1) al art. 115 din Legea 53/2003 (Codul Muncii). Din această perspectivă, este evident că prevederile privind organizarea timpului de muncă ce includ derogări au de drept statutul de anexă a Contractului colectiv de muncă la nivel de sector (cu observația suplimentară că ele operează de drept doar în unitățile sanitare care sunt menționate în anexa la acest contract). În acest context, este evident că	Se elimină din propunerea inițială a MS Art. 5 ⁴ , alin. (1) – nu se preia – pentru că se elimină art. 5 ⁴ ; Art. 5 ⁴ , alin. (2) nu se preia pentru că se elimină art. 5 ⁴ ;	Ne menținem propunerea inițială! Toată argumentația anterioară rămâne aplicabilă. Nu suntem de acord cu eliminarea acestui aliniat! Dacă eliminarea lui are în vedere introducerea obligației la o perioadă de repaus atunci ea nu poate fi afectată de deficitul de personal. Acest aliniat respectă principiul posibilității celui care are un drept de a deroga de la el. În contextul menținerii art. 5 ³ eliminarea acestui aliniat constituie un abuz. .

			<p>organizarea timpului de muncă face obiectul negocierilor cu organizațiile sindicale reprezentative la nivel de sector, nu al consultării, regulile stabilite având caracterul de anexă la Contractul colectiv de muncă. Considerăm că se impune de urgență respectarea cadrului legal aplicabil.</p> <p>b) Luarea în considerare a faptului că în România monitorizarea respectării limitelor privitoare la timpul de muncă sunt monitorizate per contract și per persoană (așa cum este menționat și într-un document al Comisiei UE – pe care-l putem prezenta la cerere). Din această perspectivă, este evident că putem conveni ca limita maximă a timpului de muncă al unui medic să fie de 24 de ore și putem admite excepția prevăzută în propunerea inițială așa cum am solicitat-o. Însă, excepția poate fi admisă doar în situația în care cele 24 de ore sunt efectuate în baza a două contracte diferite, nu și în cazul în care ele sunt în baza unui singur contract (gărzile obligatorii constituind exact speța în discuție). Cu alte cuvinte, în absența unei definiții riguroase a situației juridice aplicabile întreaga construcție este subredă.</p>		
	Art. 5 ⁵ Modul concret de organizare a	Art. 5 ⁵ Modul concret de organizare a activității precum și completarea	Am eliminat formula „acordarea perioadei de repaus de 24 ore” deoarece ea relativizează dreptul	Devine Art. 5 ⁴ în noua formă a propunerilor MS.	Ne menținem propunerea inițială!

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

	<p>activității, acordarea perioadei de repaus de 24 ore, precum și completarea orelor aferente normei legale de muncă se stabilesc de șeful fiecărei structuri medicale și se aprobă de conducerea unității sanitare.</p>	<p>orelor aferente normei legale de muncă se stabilesc de șeful fiecărei structuri medicale și se aprobă de conducerea unității sanitare, <i>cu consultarea organizațiilor afiliate la federațiile sindicale reprezentative la nivel de sector.</i></p>	<p>medicului la repaus, lăsându-l la îndemâna conducătorului unității. Acest drept operează automat, nefiind necesară stipularea lui în organizarea activității. Cu alte cuvinte, acest drept nu depinde de organizarea activității, ci organizarea activității trebuie să se facă ținând cont de acest drept. Am introdus formula „<i>cu consultarea organizațiilor afiliate la federațiile sindicale reprezentative la nivel de sector</i>” deoarece ea este obligatorie din perspectiva celor prezentate la observațiile de la art. 5⁴, punctul a), fiind prevăzută ca atare și în Contractul colectiv de muncă aplicabil.</p>	<p>Art. 5⁵ – nu se preia – deoarece institutie un mecanism birocratic suplimentar; consultarea nu presupune aviz;</p>	<p>Toată argumentația anterioară rămâne aplicabilă.</p> <p>În discuție este respectarea prevederilor legale aplicabile depășirii limitelor legale ale timpului de lucru.</p>
	<p>Art. 5⁶ În perioada de repaus de 24 ore medicii nu pot desfășura activitate în domeniul sănătății.</p>	<p>Se elimină.</p>	<p>Această prevedere are un caracter vădit punitiv la adresa medicilor, fiind vizibilă redactarea ei pe fondul protestelor medicilor. Dincolo de aspectele ce țin de respectarea activității medicului stau însă motivele juridice pentru care această propunere trebuie eliminată. Astfel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - În condițiile în care am căzut de acord să introducem excepția de la art. 5⁴, ea este anulată de prevederile acestui articol. Cu alte cuvinte, problema se pune în modalitatea următoare: fie acceptăm excepții de la limita de 24 de ore lucrate (și ele pot fi acceptate), aceste excepții fiind 	<p>Devine art. 5⁵ în forma finală a proiectului MS Art. 5⁶ – nu se preia – este în contradicție cu intenția de oferire a perioadei de repaus medicilor după gărzi de durată, precum și impactul asupra siguranței pacienților care ar fi tratați în acest interval de timp în care medicul este epuizat;</p>	<p>Ne menținem propunerea inițială!</p> <p>Toată argumentația anterioară rămâne aplicabilă.</p> <p>Intenția „de oferire a perioadei de repaus medicilor după gărzi de durată” de fapt lipsește, fiind anulată de prevederile art. 5³. Fie admitem derogări de la acest drept al medicilor și atunci este normal ca medicul să fie</p>

			<p>introduse indiferent de locul în care lucrează medicul, la dispoziția sa, fie le respingem (variantă cu care nu suntem de acord). <i>Tertium non datur!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizarea respectării limitelor legale ale timpului de lucru se face, așa cum am stabilit, per contract. Or, a interzice activitatea în sistemul sanitar după cele 24 de ore intră în contradicție cu acest principiu. Chiar dacă n-ar fi așa, la ora actuală nu există un sistem de monitorizare al numărului de contracte din perspectiva timpului de lucru, făcând prevederea inaplicabilă. - Formula este aiuritoare, înțelesul ei fiind (din interpretarea per a contrario): medicul poate să lucreze oriunde în altă parte în perioada de repaus, doar în Sănătate nu. - Formula „desfășura activitate” este ambiguă, desemnând atât statutul de lucrător cât și pe cel de om de afaceri. Ceea ce excede cu mult posibilitățile de legiferare ale MS. <p>Este evidentă necesitatea eliminării ei.</p>		<p>cel care derogă, fie nu admitem derogări, unitatea neputând să deroge de la acest drept. Medicul nu poate fi obligat la repaus de 24 de ore, interzicându-i să lucreze în sistemul sanitar în acest interval, dar cu excepția deficitului de personal, când acest drept este anulat, așa cu prevede art. 5³ (cu alte cuvinte, unitatea are dreptul să deroge de la acest drept). Derogarea de la un drept poate aparține doar deținătorului acelui drept. Într-o reformulare generală: „Medicul este obligat să ia liber 24 de ore după o activitate continuă de 24 de ore, fiindu-i interzisă activitatea în sectorul sanitar în acest interval. Însă, dacă unitatea are deficit de medici îl poate obliga să lucreze.” Cu alte cuvinte, are un drept care capătă chipul unei obligații universale, dar acest drept este de fapt afectat de o</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>condiție: să nu existe deficit de personal. După cum se poate observa, obligația depășește cu mult dreptul.</p> <p>Este evident faptul că actul normativ în această formă devine contradictoriu: impune medicului obligația de a nu lucra în timpul repaosului de 24 de ore dar dă unităților posibilitatea de a-l obliga să lucreze în același interval</p>
<p>ART. 6 Medicii încadrați la serviciul de ambulanță au program de 7 ore zilnic și desfășoară activitate în ture în sistem de 12 ore cu 24 de ore libere.</p>	<p>Art. 6 se modifică și va avea următorul cuprins: (1) Medicii încadrați la serviciul de ambulanță au program de 7 ore zilnic și desfășoară activitate în ture în sistem de 12 ore cu 24 de ore libere. (2) În situația în care numărul medicilor încadrați la</p>				

	<p>serviciul de ambulanță este insuficient pentru a permite organizarea activității conform prevederilor alin. (1), activitatea zilnică se desfășoară în ture de câte 7 ore.</p> <p>(3) Activitatea în ture în sistem de 12 ore cu 24 de ore libere se organizează în serviciile de ambulanță care au minim 5 medici angajați.</p>				
<p>ART. 7</p> <p>(1) Medicii încadrați în laboratoarele de radiologie - imagistică medicală și laboratoarele de analize medicale desfășoară activitate în două ture.</p> <p>(2) Continuitatea asistenței medicale în specialități paraclinice se asigură prin linii de gardă.</p>	<p>(1) Medicii încadrați în laboratoarele de radiologie - imagistică medicală și laboratoarele de analize medicale</p>	<p>ART. 7</p> <p>(1) Medicii încadrați în laboratoarele de radiologie - imagistică medicală și laboratoarele de analize medicale desfășoară activitate în două ture.</p> <p>(2)</p>	<p>Propunerea ia în considerare și următoarele observații primite de la practicieni (din care derivă inclusiv soluția eliminării celei de-a doua ture):</p> <p>„Majoritatea analizelor se fac în cursul diminetii, la fel și activitatea de consiliere comunicare cu specialistii din sectiile cu paturi sau din</p>	<p>Art.7, alin. (3) se preia până la “”linii de gardă”. Definiția liniei de gardă există deja;</p> <p>„(3) În situația în care numărul medicilor încadrați în laboratoarele de</p>	

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

	desfășoară activitate în două ture sau în sistem de 12 ore cu 24 de ore libere.	<p>Continuitatea asistenței medicale în specialități paraclinice se asigură prin linii de gardă.</p> <p>(3) În cazul în care numărul medicilor încadrați în laboratoarele de radiologie imagistică medicală și laboratoarele de analize medicale nu permite organizarea a două ture de activitate, activitatea se desfășoară într-o singură tură și continuitatea asistenței medicale se asigură prin linii de gardă care încep după terminarea programului normal de lucru de 6 ore în specialitatea radiologie imagistică medicală, respectiv 7 ore în specialitatea medicină de laborator.</p>	ambulator. Este neproductiva organizarea unei a doua ture: nu existe personal suficient , aprovizionare constanta cu reactivi si solicitari care sa justifice o activitate in doua ture. De asemenea specificul unor laboratoare (de ex, tbc) nu justifica doua ture. A doua tura poate fi acoperita de medicul garda si asistenta din ture.”	radiologie imagistică medicală și laboratoarele de analize medicale nu permite organizarea activității în două ture sau în sistem de 12 cu 24, activitatea se desfășoară într-o singură tură, în cursul dimineții, și continuitatea asistenței medicale se asigură prin linii de gardă.,,	
ART. 9	(1) Asistentele medicale cu studii superioare și personalul	(1) Asistentele medicale			

<p>sanitar mediu, încadrate în unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, au program de 8 ore zilnic, în program continuu sau divizat, în același loc de muncă sau în locuri de muncă diferite.</p> <p>(2) Asistentele medicale cu studii superioare și personalul sanitar mediu care își desfășoară activitatea la următoarele locuri de muncă au program de 7 ore zilnic, în program continuu sau divizat, după cum urmează:</p> <p>a) hidrotermoterapie;</p> <p>b) laboratoare sau compartimente de analize medicale.</p> <p>(3) Asistentele medicale cu studii superioare și personalul sanitar mediu, încadrate la următoarele locuri de muncă și activități, au program de 6 ore zilnic, în program continuu sau divizat, după cum urmează:</p> <p>a) anatomie patologică;</p> <p>b) medicină legală, în activitatea de prosectură, săli de disecție și morgi;</p> <p>c) radiologie și roentgenerapie, medicină nucleară și radioizotopi, igiena radiațiilor nucleare, terapie cu energii înalte, angiografie și cateterism cardiac.</p>	<p>indiferent de nivelul studiilor și personalul sanitar mediu, încadrate în unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, au program de 8 ore zilnic, în program continuu sau divizat, în același loc de muncă sau în locuri de muncă diferite.</p> <p>(2) Asistentele medicale, indiferent de nivelul studiilor și personalul sanitar mediu care își desfășoară activitatea la următoarele locuri de muncă au program de 7 ore zilnic, în program continuu sau divizat, după cum urmează:</p> <p>a) hidrotermotera</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>pie; b) laboratoare sau compartimente de analize medicale. (3) Asistentele medicale, indiferent de nivelul studiilor și personalul sanitar mediu, încadrate la următoarele locuri de muncă și activități, au program de 6 ore zilnic, în program continuu sau divizat, după cum urmează: a) anatomie patologică; b) medicină legală, în activitatea de prosectură, săli de disecție și morgi; c) radiologie și roentgenterapie, medicină nucleară și radioizotopi, igiena radiațiilor nucleare,</p>				
--	--	--	--	--	--

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

	terapie cu energii înalte, angiografie și cateterism cardiac.				
<p>ART. 12</p> <p>(1) Farmaciștii și asistenții de farmacie din farmaciile cu circuit închis din unitățile sanitare cu paturi asigură activitatea curentă a farmaciei, inclusiv în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale.</p> <p>(2) Farmaciștii și asistenții de farmacie din farmaciile cu circuit închis din unitățile sanitare fără paturi asigură activitatea curentă a farmaciei.</p> <p>(3) Pentru farmaciile cu circuit închis programul farmaciștilor și al asistenților de farmacie se va stabili în mod corelat cu programul unităților publice pe care le deservește, organizându-se cel puțin în două ture sau, în cazul funcționării într-un singur schimb, organizându-se în program fracționat ori program care să cuprindă ambele ture ale unității.</p>	<p>(3) Pentru farmaciile cu circuit închis programul farmaciștilor și al asistenților de farmacie se va organiza, de regulă, în două ture sau, în cazul funcționării într-un singur schimb, se va organiza în program fracționat ori program care să cuprindă ambele ture ale unității.</p>				

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

<p>(2) Personalul sanitar mediu și personalul auxiliar sanitar încadrat în structurile de primire urgențe - unitate de primire urgențe sau compartiment de primire urgențe - desfășoară activitate în 3 ture.</p>		<p>(2) Asistentele medicale, indiferent de nivelul studiilor și personalul sanitar mediu încadrate în structurile de primire urgențe - unitate de primire urgențe sau compartiment de primire urgențe - desfășoară activitate în 3 ture sau în regim de 12 ore cu 24 ore libere.</p>	<p>Prima parte a modificării are în vedere identitatea de exprimare (a se vedea art. 9). A doua parte se raportează la condițiile concrete de desfășurare a activității.</p>	<p>Art.13, alin. (2) – se abrogă, deci nu se preia – deoarece deja este reglementat prin alin. (1);</p>	
<p>(4) Prin graficele lunare de activitate întocmite anticipat pentru o lună, pe locuri de muncă, se stabilește: a) numărul de personal pe fiecare tură în raport cu nevoile asistenței medicale; b) rotația pe ture a personalului; c) intervalul legal dintre două zile consecutive de lucru.</p>		<p>(4) Prin graficele lunare de activitate întocmite anticipat pentru o lună, pe locuri de muncă, se stabilește: a) numărul de personal pe fiecare tură în raport cu nevoile asistenței medicale; b) rotația pe ture a personalului; c) cadrul pentru respectarea prevederilor legale în materia timpului de muncă.</p>	<p>Formularea inițială era nefericită, lăsând să se înțeleagă că graficul lunar are atributul stabilirii intervalului legal (este izvor de lege).</p>	<p>Art.13, alin. (4), lit. C) – nu se preia – formularea este generală;</p>	<p>Ne menținem propunerea inițială! Formularea generală reprezintă de fapt o condiție esențială pe care trebuie s-o îndeplinească graficele lunare de activitate. Exemplul limitelor timpului de lucru zilnic și săptămânal este suficient pentru a argumenta necesitatea acestei prevederi. Ne menținem propunerea inițială, cu varianta introducerii specificărilor.</p>
<p>(5) Graficele lunare de activitate, pe locuri de muncă, se întocmesc de șeful de compartiment și se aprobă</p>	<p>(5) Graficele lunare de activitate, pe</p>	<p>(5) Graficele lunare de activitate pe locuri de muncă se întocmesc de</p>		<p>Art.13, alin. (5) – nu se preia – „compartiment”</p>	<p>Se menține propunerea inițială! Promotorul actului</p>

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

de conducerea unității.	locuri de muncă, se întocmesc de șeful de compartiment, se aprobă de conducerea unității și se afișează la loc vizibil sau accesibil pentru tot personalul.	către seful de secție/compartiment, se aprobă de conducerea unității și se afișează la loc vizibil sau accesibil pentru tot personalul.		este un termen generic și include toate celelalte structuri;	normativ nu este coerent în conținutul acestuia, formula mixtă secție/compartiment fiind consacrată în cadrul actului normativ. A se vedea, spre exemplu: art. 4, alin. 1; art. 4 ¹ , alin. 1; art. 30, alin. 1; art. 37, alin. 1-2) etc.
(6) Modificarea graficelor lunare se poate face de către conducerea unității, la propunerea șefului de compartiment.		(6) Modificarea graficelor lunare se poate face de către conducerea unității sau de către șeful de compartiment.	Modificarea este necesară pentru a armoniza prevederea cu cea introdusă prin alin (8). Cu alte cuvinte, dacă doar conducerea unității poate modifica graficul lunar, cererea salariatului devine inoperantă.	Art.13, alin. (6) – nu se preia – principiul de aprobare a graficelor (șef compartiment-conducerea instituției; modificările respectă același circuit);	Ne menținem propunerea inițială! Toată argumentația anterioară rămâne aplicabilă.
(7) Personalul din unitățile publice din sectorul sanitar unde activitatea se desfășoară în 3 ture poate fi scutit temporar de a presta activitate în tura de noapte atunci când se află în una dintre următoarele situații: a) în caz de graviditate, lehuzie și pe timpul cât alăptează; b) are program redus pe bază de certificat medical; c) starea de sănătate					

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

<p>contravine desfășurării activității în tura a 3-a, dovedită cu certificat medical; d) pensionare de invaliditate de gradul III.</p>					
	<p>După alin. (7) al art. 13 se introduce un nou alineat, alin. (8), cu următorul cuprins: (8) În Serviciile de Ambulanță, pentru toate categoriile de personal, modificarea graficelor lunare (schimbul de tură) se va efectua la solicitarea motivată a persoanei în cauză, pe baza de cerere scrisă, care se va depune la șeful de compartiment cu cel puțin 24 ore înainte.</p>	<p>După alin. (7) al art. 13 se introduce un nou alineat, alin. (8), cu următorul cuprins: (8) Pentru toate categoriile de personal, modificarea graficelor lunare (schimbul de tură) se va efectua la solicitarea motivată a persoanei în cauză, pe baza de cerere scrisă, care se va depune la șeful de compartiment cu cel puțin 24 ore înainte. <i>Cererea pentru schimbarea turei va conține indicarea persoanei cu care se schimbă tura și acordul acesteia.</i> Solicitarea va fi aprobată de șeful de compartiment și va fi însoțită și arhivată împreună cu pontajele și graficele lunare. Persoana care a aprobat modificarea graficului va fi responsabilă de</p>	<p>Acest nou alineat introduce instituția juridică a schimbului de tură, stabilind condițiile în care poate fi făcut. Această instituție este aplicabilă tuturor salariaților din Sănătate, ea fiind una din modalitățile de flexibilizare a timpului de muncă. Am propus de asemenea și introducerea acordului persoanei cu care se face schimbul de tură, pe cererea ce are ca temă solicitarea schimbului.</p>	<p>Art.13, comentariul la alin. (8) nu se preia – este atribuția șefului de compartiment;</p>	<p>Ne menținem propunerea inițială! Propunerea constituie o formă de transpunere a principiului armonizării vieții profesionale cu viața de familie, ce constituie o valoare acceptată la nivelul Uniunii Europene. Suplimentar, ea corespunde realității din unitățile sanitare, reglementând astfel o stare de fapt. Acceptarea aplicării ei doar la serviciile de ambulanță are caracter discriminatoriu. Instituția schimbului de tură/gardă este necesară, fiind în acord cu practicile curente și prevederile legale.</p>

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

	<p>Solicitarea va fi aprobată de șeful de compartiment și va fi însoțită și arhivată împreună cu pontajele și graficele lunare. Persoana care a aprobat modificarea graficului va fi responsabilă de operarea acestei modificări pe graficul de lucru afișat în loc vizibil pentru personal.</p>	<p>operarea acestei modificări pe graficul de lucru afișat în loc vizibil pentru personal.</p>			
		<p>După alin. (8) al art. 13 se introduce un nou alineat, alin. (9), cu următorul cuprins: (9) Graficele lunare de gărzi se întocmesc de către șeful de secție/compartiment, de comun acord cu medicii din secția respectivă, se aprobă de conducerea unității și se afișează la loc</p>	<p>Acordul medicilor pentru programarea gărzilor este o condiție esențială a respectării legalității, în condițiile în care este vorba de o muncă suplimentară. Libertatea de a încheia sau nu CIM cu timp parțial nu trebuie îngrădită de impunerea abuzivă a unor gărzi în anumite zile. Din acest considerent, șeful de secție trebuie să stabilească împreună – prin colaborare – cu colegii din secție, graficul de gărzi.</p>	<p>Art.13, alin. (9) – nu se preia – este reglementat deja în altă parte;</p>	<p>Ne menținem propunerea inițială! Fiind vorba de o derogare de la limitele legale ale timpului de muncă este necesar acordul salariatului.</p>

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

		vizibil sau accesibil pentru tot personalul.			
ART. 14 Personalul sanitar mediu care ocupă funcția de director de îngrijiri și asistent medical șef pe unitate nu poate desfășura activitate în 3 ture.	Art. 14 se modifică și va avea următorul cuprins: (1) Personalul sanitar mediu care ocupă funcția de director de îngrijiri, asistent medical șef pe unitate, asistent șef la serviciile de ambulanță, asistent șef de secție/laborator /serviciu medical și altele similare nu poate desfășura activitate în 3 ture sau în 2 ture în sistem de 12 cu 24 ore libere.	Art. 14 se modifică și va avea următorul cuprins: (1) Asistentele medicale, indiferent de nivelul studiilor și personalul sanitar mediu care ocupă funcția de director de îngrijiri, asistent medical șef pe unitate, asistent șef la serviciile de ambulanță, asistent șef de secție/laborator/serviciu medical și altele similare nu poate desfășura activitate în 3 ture sau în 2 ture în sistem de 12 cu 24 ore libere în cadrul programului norma de bază.	Modificarea are în vedere identitatea de exprimare (a se vedea art. 9).	Art. 14, alin. (1) – se preia doar formularea;	
	(2) În vederea asigurării continuității activității de urgență, asistentul șef al	(2) În vederea asigurării continuității asistenței medicale asistentul șef la serviciile de ambulanță, asistentul șef de secție/laborator/serviciu	Se aplică principiul <i>Ubi eadem ratio idem ius</i> , raportat la propunerea MS. Analiza situației indică foarte multe cazuri de asistente șefe care renunță la funcție datorită diferenței semnificative între salariul pe care l-	Art.14, alin. (2) – nu se preia – există reglementare în Legea 95/2006; Art.14, alin. (2) –	Ne menținem propunerea inițială! Nu este indicată reglementarea/contradicția cu Legea 95/2016. Demonstrăm mai jos

	<p>serviciului de ambulanță poate desfășura activitate medicală în cadrul echipajelor medicale de urgență, în afara programului de la norma de bază, fiind retribuit prin asimilare cu activitatea personalului sanitar care efectuează gărzi conform legii</p>	<p><i>medical și altele similare poate desfășura activitate medicală în cadrul locului de muncă, în afara programului de la norma de bază, în baza unui contract individual de muncă cu timp parțial.</i></p>	<p>ar avea dacă lucrează în ture și cel aferent funcției pe care o au. Soluția corectă o constituie de fapt creșterea semnificativă a salariilor asistentelor șefe. Soluția complementară, posibilă în cadrul acestui act normativ o constituie propunerea noastră. A se vedea și argumentele de mai jos!</p>	<p>nu se preia – cumulul de funcții este definit și reglementat în Legea 284/2010;</p>	<p>situația cumulului de funcții. Prevederea este aplicabilă tuturor categoriilor de personal, nu doar asistenților șefi ai serviciilor de ambulanță. Formularea restrictivă se încadrează în categoria „legilor făcute doar pentru câteva persoane”, încălcând principiile esențiale ale legalității.</p>
		<p>(3) Prevederile alin. 2) se aplică tuturor categoriilor de angajați din toate unitățile cu deficit de personal.</p>	<p>Aceasta este soluția corectă pentru a rezolva problemele legate de deficitul de personal, care se suprapun peste imposibilitatea plății orelor suplimentare. Putem oferi numeroase exemple de spitale care au scos posturi la concurs dar acestea nu au fost ocupate din lipsă de candidați. Or, încheierea unui CIM cu timp parțial, suplimentar față de norma de bază, constituie una din soluțiile care poate elimina efectele acestei situații. Suplimentar, se păstrează identitatea de rațiune cu introducerea CIM-ului pentru gărzile suplimentare.</p>	<p>Art.14, alin. (3) – nu se preia – cumulul de funcții este definit și reglementat în Legea 284/2010;</p>	<p>Ne menținem propunerea inițială! Propunerea este conformă cu prevederile Legii 284/2010: „Art. 24 (1) În cazuri excepționale, posturile vacante și temporar vacante aferente funcțiilor didactice de predare, funcțiilor de specialitate medico-sanitară și asistență socială și funcțiilor de specialitate artistică pot fi ocupate și prin cumul</p>

					<p>de funcții, de personal angajat, cu respectarea prevederilor legale privind cumulul de funcții și a celor referitoare la ocuparea posturilor vacante, în condițiile prevăzute la alin. (2).</p> <p>(2) Posturile vacante și temporar vacante aferente funcțiilor didactice de predare, funcțiilor de specialitate medico-sanitară și asistență socială și funcțiilor de specialitate artistică, care nu au putut fi ocupate prin concurs, pot fi ocupate prin cumul și de către persoane din aceeași unitate și numai în condițiile în care programul funcției cumulate nu se suprapune celui corespunzător funcției de bază. În astfel de situații nu sunt aplicabile prevederile art. 18 alin. (1).”</p> <p>Argumentul MS nu este legal.</p>
--	--	--	--	--	---

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

<p>ART. 15 Personalul sanitar mediu, operatorii registratori de urgență, șoferii de autosanitară, ambulanțierii și brancardierii din cadrul serviciului de ambulanță desfășoară activitate în ture în sistem de 12 ore cu 24 de ore libere, pe bază de grafice lunare, întocmite de șeful serviciului asistență medicală de urgență, transport sanitar și aprobate de medicul director.</p>	<p>Art. 15 se modifică și va avea următorul cuprins: Asistenții medicali, operatorii registratori de urgență, ambulanțierii, șoferii autosanitară și brancardierii din cadrul serviciului de ambulanță desfășoară activitate în ture în sistem de 12 ore cu 24 de ore libere, pe bază de grafice lunare, întocmite de directorul medical aprobate de conducătorul unității.</p>				
<p>ART. 20 (1) Personalul didactic din învățământul superior medical și farmaceutic care desfășoară activitate integrată prin cumul de funcții, în baza unui contract cu jumătate de normă, în unități</p>		<p>ART. 20 (1) Personalul didactic din învățământul superior medical și farmaceutic care desfășoară</p>	<p>Propunerea clarifică situația juridică a obligațiilor de serviciu: ele nu sunt făcute, ci avute (sarcinile sunt efectuate). Suplimentar, am înlăturat un inutil „ca și”.</p>	<p>Art. 20, alin. (1) nu se preia – norma didactică se suprapune cu norma medicală;</p>	<p>Ne menținem propunerea inițială! În privința „ca și”-ului sunt aplicabile prevederile Legii nr. 500/2004 privind folosirea limbii române</p>

<p>sanitare unde funcționează catedra sau disciplina didactică prestează aceleași obligații de serviciu ca și personalul medical și farmaceutic încadrat cu normă întreagă.</p> <p>(2) În cadrul prestației integrate, personalul prevăzut la alin. (1) asigură activitate curentă în cursul dimineții și gărzi, pe lângă atribuțiile funcției didactice, primind din partea unității sanitare drepturile salariale aferente contractului individual de muncă prin cumul de funcții cu jumătate de normă, cu excepția rezidenților.</p> <p>(3) Personalul didactic de la catedrele sau disciplinele care funcționează în alte unități decât cele sanitare va fi integrat în unități publice din sectorul sanitar, stabilite de Ministerul Sănătății, la propunerea direcției de sănătate publică, de comun acord cu conducerea instituțiilor de învățământ superior de medicină și farmacie.</p> <p>(4) Cadrele didactice care desfășoară activitate integrată prin cumul de funcții, în condițiile alin. (3), prestează o activitate aferentă unei jumătăți de normă a unui medic sau farmacist, în medie pe zi, primind drepturile salariale aferente contractului individual de muncă, cu excepția rezidenților.</p>		<p>activitate integrată prin cumul de funcții, în baza unui contract cu jumătate de normă, în unități sanitare unde funcționează catedra sau disciplina didactică are aceleași obligații de serviciu, proporțional cu timpul de lucru, ca personalul medical și farmaceutic încadrat cu normă întreagă.</p>			<p>în locuri, relații și instituții publice, alin. 1): „Orice text scris sau vorbit în limba română, având caracter de interes public, în sensul prevăzut la art. 2, trebuie să fie corect din punct de vedere al proprietății termenilor, precum și sub aspect gramatical, ortoepic și, după caz, sub aspectul punctuației și ortografic, conform normelor academice în vigoare.”</p> <p>Pe fond, în discuție fiind doi angajatori diferiți nu este posibilă suprapunerea a două norme. Norma didactică este definită prin obligația legală de maxim 16 ore convenționale (a se vedea articolul: <i>Cuantificarea normei didactice universitare in ore convenționale - din perspectiva legii speciale si a dreptului comun</i>, Revista romana de dreptul muncii 12/2014, pp. 51-71).</p>
---	--	---	--	--	--

					În raport cu unitățile sanitare acestei categorii de personal îi sunt aplicabile strict obligațiile contractuale, definite sub forma unei jumătăți de normă. Unitatea nu poate impune obligații pentru ceea ce nu plătește și nu se poate subroga în drepturile angajatorilor universități.
(5) Medicii și farmaciștii pot desfășura activitate integrată prin cumul de funcții în spitale, institute și centre medicale clinice, centre de diagnostic și tratament, laboratoare și cabinete medicale, farmacii publice sau de spital, direcții de sănătate publică, unități de cercetare științifică medicală sau farmaceutică, unități de producție de medicamente, agreate de instituțiile de învățământ superior cu profil medico-farmaceutic uman.	(5) Medicii și farmaciștii pot desfășura activitate integrată prin cumul de funcții în spitale, institute și centre medicale clinice, centre de diagnostic și tratament, laboratoare și cabinete medicale, farmacii publice sau de spital, direcții de sănătate publică, unități de cercetare științifică	(5) Medicii, <i>farmaciștii și asistentele medicale cu studii superioare</i> pot desfășura activitate integrată prin cumul de funcții în spitale, institute și centre medicale clinice, centre de diagnostic și tratament, laboratoare și cabinete medicale, farmacii publice sau de spital, direcții de sănătate publică, unități de cercetare științifică medicală sau farmaceutică, agreate de instituțiile de învățământ superior cu profil medico-farmaceutic uman.	Completarea propunerii de modificare prezentată de MS vizează adecvarea actului normativ la o realitate a sistemului de învățământ actual accesibil asistentelor medicale, respectiv studiile superioare. Având în vedere traseul de carieră al asistentelor medicale cu studii superioare include (sau trebuie să includă) studiile de master și de doctorat, ce presupun activități de cercetare, este firesc ca asistentele medicale care au statutul de cadre didactice universitare să se bucure de aceleași drepturi cu medicii și farmaciștii aflați într-o situație similară.	Art. 20, alin. (5) și (6) – nu se preia – este în contradicție cu Legea 1/2011;	Ne menținem propunerea inițială! MS nu indică existența unei contradicții prin raportarea la o prevedere specifică. Asistentele medicale cu studii superioare fac parte din categoria profesiilor care pot dezvolta trasee universitare. Existența facultăților de asistente medicale este o dovadă suficientă a posibilității existenței unui traseu universitar pentru această profesie.

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

	medicală sau farmaceutică, agreate de instituțiile de învățământ superior cu profil medico-farmaceutic uman.				
(6) Integrarea clinică, prin cumul de funcții cu jumătate de normă, a medicilor și farmaciștilor în unități publice din sectorul sanitar se stabilește de conducerea fiecărei unități sanitare cu personalitate juridică, în limita posturilor normate și a necesarului de servicii medicale și universitare și se avizează de Ministerul Sănătății.		(6) Integrarea clinică, prin cumul de funcții cu jumătate de normă, a medicilor, farmaciștilor și asistentelor medicale cu studii superioare în unități publice din sectorul sanitar se stabilește de conducerea fiecărei unități sanitare cu personalitate juridică, în limita posturilor normate și a necesarului de servicii medicale și universitare și se avizează de Ministerul Sănătății.	Se aplică argumentele de mai sus.	Art. 20, alin. (5) și (6) – nu se preia – este în contradicție cu Legea 1/2011;	Ne menținem propunerea inițială! A se vedea argumentele de mai sus.
ART. 21 (1) În cadrul programului de 7 ore în medie pe zi, medicii cu norma de bază în spital desfășoară activitate în cadrul ambulatoriului integrat al spitalului.					
(2) Modul concret de organizare a activității în sistem	(2) Modul concret de				

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

<p>integrat spital - cabinet de specialitate din ambulatoriul integrat va fi stabilit de conducerea fiecărui spital, în funcție de modul de organizare a asistenței medicale ambulatorii de specialitate, numărul de medici pe specialități, precum și de necesarul de servicii medicale spitalicești și ambulatorii de specialitate, cu respectarea prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.</p>	<p>organizare a activității în sistem integrat spital – cabinet de specialitate din ambulatoriul integrat va fi stabilit de conducerea fiecărui spital, în funcție de modul de organizare a asistenței medicale ambulatorii de specialitate, numărul de medici pe specialități, precum și de necesarul de servicii medicale spitalicești și ambulatorii de specialitate, cu respectarea prevederilor din ordinul ministrului sănătății nr. 39/2008 privind reorganizarea ambulatoriului de specialitate al spitalului.</p>				
--	--	--	--	--	--

<p>CAP. 2 Organizarea și efectuarea gărzilor în unități publice din sectorul sanitar</p> <p>ART. 22 (1) Continuitatea asistenței medicale se asigură prin serviciul de gardă.</p>	<p>(1) Asigurarea continuității asistenței medicale este obligatorie pentru unitățile sanitare publice din sectorul sanitar și se asigură prin serviciul de gardă.</p>	<p>(1) Unitățile sanitare publice din sectorul sanitar au obligația de- a asigura continuitatea asistenței medicale, aceasta fiind realizată prin serviciul de gardă și lucrul în ture.</p>	<p>Propunerea noastră are în vedere faptul că propunerea de modificare a MS are caracter ambiguu, nefiind clar cine este supus acestei obligații. Or, obligația este doar a unității, medicii preluând doar partea de obligație corelativă gărzii/gărzilor obligatorii.</p> <p>Suplimentar, lucrul în ture participă, alături de serviciul de gardă, la asigurarea continuității asistenței medicale.</p>	<p>Art. 22, alin. (1) – nu se preia – continuitatea este asigurată de medici prin gardă;</p>	<p>Ne menținem propunerea inițială! MS nu este coerent în actele sale normative privind personalul medical care participă la asigurarea continuității asistenței medicale. În acest sens, indicăm prevederile alin. 1) al art. 6 din Normele metodologice cu privire la asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență aprobatе prin OMS nr. 697/2011 „(1) În cadrul centrelor de permanență, continuitatea asistenței medicale primare în regim de gardă este asigurată de medici de familie împreună cu asistenți medicali, care își exercită profesia în conformitate cu prevederile legale în vigoare.” După cum se poate observa, dacă asistenții medicali participă la asigurarea continuității asistenței medicale în centrele de permanență,</p>
---	--	---	---	--	---

					<p>cu atât mai mult ei fac acest lucru în cadrul spitalelor. Este irelevantă modalitatea de organizarea a timpului de lucru al asistenților medicali raportat la acest aspect: indiferent dacă sunt în gardă sau în ture, faptul că își desfășoară activitatea în regim continuu face parte din asigurarea continuității asistenței medicale. Tot personalul medical care participă la furnizarea unui serviciu medical în afara programului normal de lucru (8/7/6 ore dimineța, în zilele lucrătoare) participă la asigurarea continuității asistenței medicale. De altfel, dacă am considera că la continuitatea asistenței medicale participă doar medicii care efectuează gardzi, consecința ar constitui-o faptul că medicii UPU care au program 12/24 nu participă la asigurarea continuității asistenței medicale</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>(deoarece nu intră în definiția gărzii prevăzută de legea 284/2010), ceea ce este absurd.</p> <p>De altfel, analiza prevederilor art. 2-3 din Capitolului II din Anexa nr. III: Familia ocupațională de funcții bugetare Sănătate al Legii nr. 284/2010 nu exclude această interpretare: faptul că la alin. 1 al art. 2 este vorba despre continuitatea activității și doar la art. 3 este utilizată formula „continuitatea asistenței medicale” nu exclude asistentele medicale de la asigurarea continuității asistenței medicale, „continuitatea activității” având caracterul de gen în raport cu specia „continuitatea asistenței medicale”; din <i>genul</i> continuitatea activității fac parte atât <i>continuitatea asistenței medicale prin gărzi</i> cât și <i>prin activitatea continuă</i></p>
--	--	--	--	--	--

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

					<i>a asistentelor medicale. Cu titlu anecdotic: este ciudat să spunem că o asistenți medicali (care lucrează în afara programului normal de lucru) nu participă la asigurarea continuității asistenței medicale.</i>
(3) Liniile de gardă se stabilesc la nivelul fiecărei unități sanitare și se aprobă de Ministerul Sănătății, la propunerea direcției de sănătate publică sau a unităților sanitare cu paturi, în funcție de subordonare.	(3) Liniile de gardă se stabilesc la nivelul fiecărei unități sanitare și se aprobă de Ministerul Sănătății, pentru unitățile sanitare cu paturi aflate în subordinea Ministerului Sănătății.	<i>(3) Liniile de gardă se stabilesc la nivelul fiecărei unități sanitare și se aprobă de Ministerul Sănătății, la propunerea direcției de sănătate publică, a Consiliului Județean/Local sau a unităților sanitare cu paturi, în funcție de subordonare.</i>	Propunerea vizează armonizarea prevederilor prezentului act normativ cu cadrul legislativ aplicabil.	Art. 22, alin (3) – nu se preia – DSP nu are în subordine unități cu paturi, pentru unitățile de autoritățile APL, liniile de gardă se aprobă cf. HG 56/2009;	
	La art. 22, după alin. 4 se introduc două alineate noi, alin. (5) și alin. (6) cu următorul cuprins: (5) Direcțiile				

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

	de Sănătate Publică vor centraliza și publica pe site-ul propriu liniile de gardă stabilite în conformitate cu prevederile alin. 3 și alin. 4.				
ART. 27 (1) Continuitatea asistenței medicale pentru serviciile medicale de urgență și transport sanitar se asigură prin linia de gardă organizată la nivelul serviciilor de ambulanță în specialitatea medicină de urgență. (2) Liniile de gardă pentru serviciile de ambulanță se aprobă de Ministerul Sănătății, la propunerea direcției de sănătate publică.	Art. 27 (1) Continuitatea asistenței medicale în Serviciile de Ambulanță Județene și în Serviciul de Ambulanță București-Ilfov se asigură prin linii de gardă organizate în specialitățile medicină de urgență, medicină de familie. (2) Liniile de gardă în Serviciile de Ambulanță Județene și Serviciul de				

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

	<p>Ambulanță București-Ilfov se aprobă de către Ministerul Sănătății, la propunerea Serviciilor de Ambulanță Județene și a Serviciului de Ambulanță București-Ilfov.</p> <p>(3) În cadrul activității desfășurate de Serviciile de Ambulanță Județene și a Serviciului de Ambulanță București-Ilfov, asistentul medical, operatorul registrator de urgență, dispecerul/ radiotelefonistul , ambulanțierul și șoferul autosanitarei desfășoară activitate în mod continuu.</p> <p>(4) Activitatea desfășurată de asistentul</p>				
--	--	--	--	--	--

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

	<p>medical, operatorul registrator de urgență, dispecerul/ radiotelefonistul , ambulanțierul, șofer autosanitare din cadrul Serviciile de Ambulanță Județene și a Serviciului de Ambulanță București-Ilfov, pentru asigurarea continuității în acordarea asistenței medicale de urgență, în afara programului de la norma de bază, se asimilează cu activitatea personalului sanitar care efectuează gărzi și beneficiază de drepturile salariale prevăzute de lege. (5) Personalul medical din</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>Comitetul director din Serviciile de Ambulanță Județene și a Serviciului de Ambulanță București-Ilfov au program de 8 ore zilnic, și poate efectua activitate medicală remunerată în specialitatea funcției, în afara normei de bază cu respectarea timpului de odihnă.</p> <p>(6) Stabilirea gărzilor se face prin graficul de lucru diferențiat de programul de la norma de bază, repartizate echilibrat pe tot parcursul lunii, conform Anexei 3.</p> <p>(7) Refuzul personalului operativ din Serviciile de Ambulanță</p>				
--	--	--	--	--	--

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

	Județene și a Serviciului de Ambulanță București-Ilfov de a respecta programul de lucru și cel de gardă întocmit lunar prin graficul de lucru aprobat de conducerea unității sanitare, constituie abatere disciplinară.				
(2) Medicii rezidenți, începând cu anul III de rezidențiat, pot fi incluși în linia de gardă, pe specialități, la aprecierea și pe răspunderea medicului șef de secție, numai în situația în care în spital sunt organizate două linii de gardă în aceeași specialitate, efectuând atât obligația de 20 de ore de gardă, cât și gardă în afara programului normal de lucru.		(2) Medicii rezidenți, începând cu anul III de rezidențiat, pot fi incluși în linia de gardă, pe specialități, la aprecierea și pe răspunderea medicului șef de secție, efectuând atât obligația de 20 de ore de gardă, cât și gardă în afara programului normal de lucru.	Efectul prevederii inițiale îl constituie imposibilitatea medicilor rezidenți de a-și desfășura activitatea în linia de gardă acolo unde nu există decât o singură linie de gardă în aceeași specialitate, ceea ce este anormal.	Art. 33 alin. (2) nu se preia – contravine OG 18/2009;	Ne menținem propunerea inițială!
(3) Medicii rezidenți, începând cu anul III de rezidențiat, vor putea fi incluși în linia de gardă	(3) Medicii rezidenți, începând cu				

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

<p>numai în specialitatea în care sunt confirmați ca medici rezidenți.</p>	<p>anul III de rezidențiat, vor putea fi incluși în linia de gardă numai în specialitatea în care sunt confirmați ca medici rezidenți pe răspunderea și sub supraveghere a medicului titular de gardă.</p>				
	<p>(4) Începând cu anul IV de pregătire în specialitate, medicii rezidenți pot fi incluși în linia I de gardă efectuată în specialitatea în care au fost confirmați, în afara programului normal de lucru, cu respectarea limitelor de competență, aprobate prin ordin al</p>				

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

	Ministrului Sănătății, sub supravegherea unui medic specialist sau primar care efectuează gardă la domiciliu și care a fost desemnat în acest sens de către șeful de secție.				
		(5) Gărzile efectuate de medicii rezidenți în afara programului de lucru aferent normei de bază vor fi plătite, drepturile salariale fiind stabilite prin raportare la procedura aplicabilă gărzilor suplimentare.	Plata gărzilor medicilor rezidenți pentru munca suplimentară este firească și necesară, fiind în acord cu legislația muncii în vigoare.	Art. 33 alin. (5) nu se preia – va fi inclus în OG 18/2009;	Ne menținem propunerea inițială!
ART. 35 În unitățile sanitare cu paturi în care se organizează linie de gardă pentru specialitățile paraclinice - radiologie - imagistică medicală și medicină de laborator - personalul sanitar mediu încadrat în laboratoarele paraclinice va desfășura activitate în 3 ture.	Art.35 În unitățile sanitare cu paturi în care se organizează linie de gardă pentru specialitățile paraclinice - radiologie - imagistică medicală și medicină de laborator -	Art.35 În unitățile sanitare cu paturi în care se organizează linie de gardă pentru specialitățile paraclinice - radiologie - imagistică medicală și medicină de laborator - asistentele medicale, indiferent de nivelul studiilor și personalul sanitar mediu încadrat în laboratoarele	Modificarea are în vedere identitatea de exprimare (a se vedea art. 9).	Art. 35 – se preia;	

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

	personalul sanitar mediu încadrat în laboratoarele paraclinice va desfășura activitate în ture, 8/16 sau 12/24.	paraclinice va desfășura activitate în ture, 8/16 sau 12/24.			
ART. 37 (1) Medicii încadrați în secțiile și compartimentele cu paturi pentru care se organizează contravizită, care nu sunt incluși în echipa de gardă a unității, vor presta activitate de minimum 6 ore în cursul dimineții în zilele lucrătoare și 20 de ore de contravizită lunar, după-amiaza în zilele lucrătoare și dimineața în zilele de repaus săptămânal, sărbători legale și celelalte zile în care, potrivit dispozițiilor legale, nu se lucrează. (2) Medicii încadrați în secțiile și compartimentele cu paturi pentru care nu se organizează contravizită, care nu sunt incluși în echipa de gardă a unității, vor presta activitate de 7 ore în medie pe zi în cursul dimineții.					Trebuie corelată cu abrogarea alin. 2-4 ale art. 4 (eliminarea contravizitei).
ART. 38^1 (1) Continuitatea asistenței medicale se poate asigura și prin gardă la domiciliu. (2) Garda la domiciliu se					

<p>organizează pe specialități.</p> <p>(3) Se poate organiza gardă la domiciliu, pe specialități, dacă în secțiile sau compartimentele cu paturi, precum și în ambulatoriul integrat al spitalului sunt încadrați cel puțin 2 medici în specialitatea respectivă.</p> <p>(4) În garda la domiciliu, pe specialități, pot fi cooptați și medici care nu sunt angajați în unitatea respectivă, dar care sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății în specialitatea stabilită pentru garda la domiciliu.</p> <p>(5) Garda la domiciliu se organizează, în zilele lucrătoare, între ora de terminare a programului stabilit pentru activitatea curentă a medicilor din cursul dimineții și ora de începere a programului de dimineață din ziua următoare.</p> <p>(6) În zilele de repaus săptămânal, zilele de sărbători legale și în celelalte zile în care, potrivit reglementărilor legale, nu se lucrează, garda la domiciliu începe de dimineață și durează 24 de ore.</p> <p>(7) Medicul care asigură garda la domiciliu în acest interval are obligația de a răspunde la solicitările primite din partea medicului coordonator de gardă și de a se prezenta la unitatea sanitară într-un interval de maximum 20 de minute.</p> <p>(8) Pe toată perioada</p>			<p>Ansamblul condițiilor impuse medicului aflat în gardă la domiciliu dovedește faptul că în speță este aplicabilă instituția consemnului.</p>		
--	--	--	--	--	--

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

<p>efectuării gărzii la domiciliu, starea fizică și psihică a medicului nominalizat trebuie să permită acordarea corespunzătoare a serviciilor medicale, în situații de urgență, conform competențelor profesionale ale acestuia.</p>					
		<p>La art. 38² se introduce alin. 3): <i>(3) Gărzilor la domiciliu le sunt aplicabile prevederile art. 41, alin. 2-4, având statutul de ore de gardă suplimentare normei de bază.</i></p>	<p>În condițiile în care am convenit eliberarea medicilor de obligațiile ce depășesc cadrul firesc al unui contract individual de muncă, a impune obligativitatea gărzilor la domiciliu se încadrează juridic la prevederile aplicabile obligării medicului la gărzile suplimentare. Garda la domiciliu este în mod cert o activitate peste programul normal de lucru, fiind firesc ca desfășurarea ei să fie făcută doar prin intermediul unui CIM pentru gărzi suplimentare.</p>	<p>Art. 38², alin. (3) – se preia – cu referire la art. 42, alin. (1)-(2) propuse de MS;</p>	
<p>ART. 39 (1) Medicul director general și medicul director general adjunct medical au program de 7 ore zilnic, fără a fi incluși în graficul de gardă. (2) În situația în care medicii care ocupă funcția de director general și director general adjunct medical doresc să efectueze gărzi, vor efectua gărzile în afara programului normal de lucru, fără a avea obligația de gardă.</p>	<p>Art. 39 se abrogă.</p>				
<p>ART. 40 (1) Medicii care se află în</p>					

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

<p>una dintre situațiile nominalizate mai jos, pe timpul cât durează aceste situații, sunt scutiți de a fi incluși în graficul de gardzi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pensionarii de invaliditate gradul III; - femeile gravide începând cu luna a 6-a cele care alăptează; - medicii care au program redus cu o pătrime din durata normală a timpului de lucru, pe bază de certificat medical. 	<p>La alin. (1) al art. 40 se introduce liniuța a patra cu următorul cuprins:</p> <ul style="list-style-type: none"> - medicii care au recomandarea Comisiei de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă conform modelului prevăzut în Anexa 4. 				
<p>ART. 41 Efectuarea a două gardzi consecutive de către același medic este interzisă.</p>		<p>ART. 41 (1) Efectuarea a două gardzi consecutive de către același medic este interzisă. (2) Prevederea este aplicabilă și gardzilor la domiciliu.</p>	<p>Propunerea vizează coerența actului normativ, în condițiile în care există deja o limitare a timpului de lucru la 24 de ore și obligativitatea a 24 de ore repaos (cu excepție derogatorie la solicitarea expresă a salariatului) Efectuarea gardzilor consecutive, chiar dacă una dintre ele este gardă la domiciliu, ar încălca prevederile legale, depășindu-se 24 ore de activitate continuă.</p>	<p>Art. 41 – nu se preia – prevederea se referă la toate tipurile de gardzi;</p>	<p>Ne menținem propunerea inițială!</p> <p>Stipularea expresă înlătură posibilitatea unor interpretări diferite ale prevederilor actului normativ.</p>
<p>ART. 42 (1) Orele de gardă nu sunt considerate ore suplimentare și nici cumul de funcții. (2) Orele de gardă nu constituie vechime în muncă și în specialitate.</p>	<p>Art. 42 (1) Orele de gardă se efectuează în afara programului de la norma</p>	<p>Art. 42 (1) Orele de gardă obligatorii, așa cum sunt prevăzute la art. 4, alin. (1), au regimul juridic specific contractului individual</p>	<p>Propunerea de reformulare și completare constituie o încercare de clarificare a actului normativ și a condițiilor ce guvernează desfășurarea gardzilor suplimentare, în acord cu cele convenite cu MS:</p>	<p>Art. 42 – nu se preia –conform prevederilor OUG 20/2016;</p>	<p>Ne menținem propunerea inițială!</p>

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

<p>(3) Orele de gardă 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 lună, pe baza cărora se determină cuantumul pensiei.</p>	<p>de bază, cu excepția orelor de gardă prevăzute la art. 4, alin. (1) și se desfășoară în baza unui contract individual de muncă cu timp parțial. (2) Orele de gardă prevăzute la alin. (1) constituie vechime în muncă și în specialitate.</p>	<p>de muncă. (2) Orele de gardă suplimentare, din afara timpului de lucru aferent normei de bază, se efectuează în afara programului de la norma de bază și în baza acordului medicului. (3) Orele de gardă prevăzute la alin. (2) se desfășoară doar în baza unui contract individual de muncă cu timp parțial, fiindu-i aplicabile prevederile legale în materia contractelor individuale de muncă. (4) Orele de gardă constituie vechime în muncă și în specialitate.</p>			
<p>ART. 43 Este interzis medicilor care sunt de gardă să părăsească unitatea sanitară pe durata serviciului de gardă.</p>	<p>La art. 43 se introduce alin. (2) cu următorul cuprins: (2) Prevederile</p>	<p>ART. 43 (1) Este interzis medicilor care sunt de gardă să părăsească unitatea sanitară pe durata serviciului de gardă. (2) În cazul spitalelor pavilionare, care au pavilioane în diferite regiuni ale unei localități, această interdicție se</p>	<p>Având în vedere existența unor spitale pavilionare, cu secții aflate în diferite locuri/cartiere ale unei localități, principiul unității sanitare devine inoperant, punându-se problema deplasării medicului dintr-o zonă a alta a orașului. Din această perspectivă este necesară în mod clar definirea locului de desfășurare a gărzii.</p>	<p>Art. 43 alin. (1) a fost reformulat: „(2) Prevederile alin.(1) se aplică și spitalelor pavilionare. (3) Prevederile alin.(1) nu se aplică medicilor din UPU care desfășoară</p>	<p>Cum se aplică spitalelor pavilionare? Care este definiția unității în acest caz: ansamblul pavilioanelor?</p>

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

	alin. (1) nu se aplică medicilor din UPU care desfășoară activitatea în pre-spital, în cadrul liniilor de gardă SMURD sau în intervențiile la accidente colective cu victime multiple.	<i>aplică raportat la perimetrul în care se găsește pavilionul.</i>		<i>activitatea în pre-spital, în cadrul liniilor de gardă SMURD sau în intervențiile la accidente colective cu victime multiple.,,</i>	
ART. 44 (1) Programul gărzilor la nivelul fiecărei unități sanitare se întocmește lunar de conducerea secțiilor, laboratoarelor și a compartimentelor respective și se aprobă de conducerea unității sanitare		ART. 44 1) Programul gărzilor la nivelul fiecărei unități sanitare se întocmește lunar de conducerea secțiilor, laboratoarelor și a compartimentelor respective, <i>cu acordul medicilor incluși în grafic</i> , și se aprobă de conducerea unității sanitare	În condițiile în care gărzile au caracterul unui program atipic de muncă, depășind programul normal, raportat la prevederile art. 115 alin. 1 din Codul Muncii, este necesar acordul salariatului.	Art. 44, alin. (1) – nu se preia;	Ne menținem propunerea inițială!
(2) Schimbarea programului aprobat prin graficul de gardă se poate face numai în situații cu totul deosebite, cu avizul medicului șef de secție sau de laborator și cu aprobarea conducerii unității sanitare.		(2) Schimbarea programului aprobat prin graficul de gardă se poate face în condițiile precizate de art. 13, alin. 8, fiindu-i aplicabil regimul schimbului te tură.	În condițiile în care medicul schimbă garda cu un alt medic care efectuează gărzi este evident că nu se pune problema unei pierderi pentru unitatea sanitară, acest schimb bazându-se pe buna înțelegere reciprocă	Art. 44, alin. (2) – nu se preia;	Ne menținem propunerea inițială! Respingerea acestei propuneri contravine principiului armonizării vieții de familie cu viața profesională și unor

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

			dintre medici. Introducerea posibilității schimbului de gardă face parte din obligațiile privind flexibilizare timpului de muncă și armonizarea vieții profesionale cu viața de familie, pe care România le-a asumat, în calitate de stat membru al U.E.		prevederi legale aplicabile (a se vedea argumentația anterioară pe această temă). Mai mult decât atât, respingerea propunerii interferează negativ cu flexibilizarea programului de lucru necesară pentru asigurarea formării profesionale continue a medicului.
(3) Programul lunar al gărzilor la domiciliu se întocmește de directorul medical și se aprobă de conducerea unității sanitare.		(3) Programul lunar al gărzilor la domiciliu se întocmește de directorul medical și se aprobă de conducerea unității sanitare, în conformitate cu contractele individuale de muncă cu timp parțial încheiate, așa cum sunt prevăzute la art. 42, alin. 2-4.	Dat fiind faptul că gărzile la domiciliu au în mod clar regimul juridic al gărzilor suplimentare, programarea lor trebuie să țină cont de existența unui CIM separat și de acordul medicului pentru această programare.	Art. 44, alin. (3) – nu se preia – este redundant;	Ne menținem propunerea inițială! Redundanța poate fi eliminată prin includerea prevederii la alt aliniat/articol, unde se găsește formularea de bază. În lipsa unei prevederi exprese există riscul interpretărilor inadecvate ale prevederilor actului normativ.
ART. 46 (1) Plata orelor de gardă se face în funcție de tariful orar determinat în baza salariului de bază individual, corespunzător gradului	Art. 46 se abrogă.	ART. 46 (1) Plata orelor de gardă se face în funcție de tariful orar determinat	Pentru a înlătura orice echivoc legat de ceea ce se înțelege prin "salariu de bază individual", respectiv faptul că acesta	Art. 46 – nu se preia - modul de plată este reglementat	Ne menținem propunerea inițială! Legea 284/2010 (împreună cu

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

<p>profesional în care personalul este confirmat prin ordin al ministrului sănătății.</p> <p>(2) Pentru medicii care beneficiază de salarii de merit tariful orar se va determina luându-se în calcul și salariul de merit, întrucât face parte din salariul de bază.</p> <p>(3) Pentru medicii care ocupă o funcție de conducere și beneficiază de indemnizație de conducere, la determinarea tarifului orar pentru gărzile efectuate în afara programului normal de lucru, indemnizația de conducere nu se ia în calcul.</p>		<p>raportare la salariul de bază individual în plată, la un nivel echivalent, corespunzător gradului profesional în care personalul este confirmat prin ordin al ministrului sănătății.</p> <p>(2) Pentru medicii care beneficiază de sporul de doctorat tariful orar se va determina luându-se în calcul și sporul de doctorat, întrucât face parte din salariul de bază.</p> <p>(3) Pentru medicii care ocupă o funcție de conducere și beneficiază de indemnizație de conducere, la determinarea tarifului orar pentru gărzile efectuate în afara programului normal de lucru, indemnizația de conducere nu se ia în calcul.</p> <p>(4) Personalul sanitar cu pregătire superioară care efectuează gărzi are dreptul la toate sporurile aferente</p>	<p>cuprinde în legislația actuală și vechimea (gradația), sporul de prevenție și prima de stabilitate, este necesară completarea articolului astfel încât calculul tarifului orar să se facă la nivelul actual al salariului de bază și nu la nivelul celui din anul 2009. Astfel, calculul tarifului orar va trebui făcut începând cu luna august 2016, la nivelul salariilor de bază stabilite în baza OUG adoptată de Guvern în 08 iunie 2016.</p> <p>Întrucât, astfel cum am demonstrat, gărzile constituie timp normal de lucru, este evident că acestora le sunt aplicabile toate drepturile specifice timpului normal de lucru, inclusiv sporurile aferente condițiilor de muncă.</p>	<p>prin Legea 284/2010;</p>	<p>prevederile OUG nr. 57/2015, așa cum au fost modificate) prin OUG nr. 20/2016 stabilește doar cadrul general, fiind necesare precizări detaliate (cu caracter de norme de aplicare) la cazurile în discuție.</p>
--	--	---	--	-----------------------------	---

		<p>locului de muncă pentru toate orele de gardă efectuate, raportat la timpul astfel lucrate și la sporul de noapte pentru orele lucrate în timpul nopții.</p> <p>(5) Medicii care își desfășoară gardile suplimentare în baza CIM-ului cu contract parțial au dreptul la concediu de odihnă plătit corespunzător timpului lucrat.</p>			
<p>ART. 47</p> <p>Conform prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 561/2000, gardile efectuate pentru asigurarea continuității asistenței medicale în zilele de repaus săptămânal, zilele 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 funcției de bază. Procentul concret al sporului se aprobă de conducătorul unității.</p>	<p>Art. 47 se abrogă.</p>	<p>ART. 47</p> <p>Gărzile efectuate pentru asigurarea continuității asistenței medicale în zilele de repaus săptămânal, zilele de sărbători legale și în celelalte zile în care, potrivit dispozițiilor legale, nu se lucrează se salarizează cu un spor de 100% din tariful orar al funcției îndeplinite.</p>	<p>H.G. 561/2000 este abrogată, fiind necesară corelarea articolului cu Legea nr. 284/2010, anexa nr. III, cap. II, art. 2:</p> <p>„(1) Munca prestată de personalul din unitățile sanitare, de asistență socială și de asistență medico-socială, în vederea asigurării continuității activității, în zilele de repaus săptămânal, de sărbători legale și în celelalte zile în care, în conformitate cu reglementările în vigoare, nu se lucrează, în cadrul schimbului normal de lucru, se plătește cu un spor de 100 % din salariul de bază al funcției îndeplinite.”</p>	<p>Art. 46 – nu se preia - modul de plată este reglementat prin Legea 284/2010;</p>	<p>Ne menținem propunerea inițială! A se vedea argumentele de la art. 46.</p>

<p>ART. 48</p> <p>(1) Chemările de la domiciliu se consemnează în condica de prezență pentru activitatea de gardă, se consideră ore de gardă și se salarizează în funcție de tariful orar determinat pe baza salariului de bază individual.</p> <p>(2) Se consideră ore de gardă numai orele efectiv prestate în unitatea sanitară în care s-a efectuat chemarea de la domiciliu.</p>	<p>(1) Chemările de la domiciliu se consemnează în condica de prezență pentru activitatea de gardă, se consideră ore de gardă și se salarizează potrivit legii.</p>	<p>Art. 48</p> <p><i>Medicii care sunt nominalizați să asigure asistența medicală de urgență, prin chemări de la domiciliu, vor fi salarizați pentru perioada în care asigură garda la domiciliu cu un venit determinat în funcție de 40 % din tariful orar aferent salariului de bază și numărul de ore cât asigură garda la domiciliu.</i></p>	<p>Propunerea preia întocmai prevederile Legii nr. 284/2010, anexa nr. III, cap. II, art. 3, alin. 6: „Medicii care sunt nominalizați să asigure asistența medicală de urgență, prin chemări de la domiciliu, vor fi salarizați pentru perioada în care asigură garda la domiciliu cu un venit determinat în funcție de 40 % din tariful orar aferent salariului de bază și numărul de ore cât asigură garda la domiciliu.”</p> <p>Corelată și cu alte prevederi legale (inclusiv cu cele aplicabile altor sectoare de activitate), este evident că prevederea se referă la plata perioadei pentru care salariatul este consemnat la domiciliu, și nu pentru perioada în care s-a prezentat la caz.</p>	<p>Art. 46 – nu se preia - modul de plată este reglementat prin Legea 284/2010;</p>	<p>Ne menținem propunerea inițială!</p> <p>A se vedea argumentele de la art. 46.</p>
<p>(2) Cadrele didactice care ocupă funcția de profesor sau conferențiar nu au obligația de a efectua gărzi. În această situație, cadrele didactice vor presta activitate de 7 ore zilnic în cursul dimineții.</p>		<p>(2) Cadrele didactice care ocupă funcția de profesor sau conferențiar nu au obligația de a efectua gărzi. În această situație, cadrele didactice vor presta activitate de 6 sau 7 ore zilnic în cursul dimineții, în funcție de</p>	<p>În specialitățile anatomie patologică, medicină legală, radiologie imagistică medicală, radioterapie, medicină nucleară, igiena radiațiilor, angiografie și cateterism cardiac programul normal de lucru este de 6 ore în medie pe zi.</p>	<p>Art. 49, alin. (2) – se preia;</p>	<p>Completăm propunerea inițială cu formula:</p> <p><i>(2) Cadrele didactice care ocupă funcția de profesor sau conferențiar nu au obligația de a efectua gărzi. În această situație, cadrele didactice vor presta activitate de 6 sau 7 ore zilnic, pentru o normă întreagă, în cursul</i></p>

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

		specialitate.			<i>dimineții, în funcție de specialitate.</i> Prevederea constituie doar punct de raportare privind calculul timpului de lucru. Dacă au CIM cu normă parțială obligațiile privind timpul de lucru trebuie să fie proporționale cu norma.
ART. 50 Pentru medicii din afara unității, care efectuează gardi, salariul de bază individual pe baza căruia se determină tariful orar se stabilește potrivit fișei de evaluare prevăzute în anexa nr. 1 care face parte integrantă din prezentul regulament.	Art. 50 se abrogă.	ART. 50 Pentru medicii din afara unității, care efectuează gardi, salariul de bază individual pe baza căruia se determină tariful orar se stabilește prin raportare la salariul de bază individual în plată, al unei funcții similare din unitate, la un nivel echivalent, corespunzător gradului profesional în care personalul este confirmat prin ordin al ministrului sănătății.	Stabilirea tarifului orar trebuie să fie identică, indiferent de locul de muncă de bază al celui care desfășoară garda, evitând astfel o discriminare evidentă.	Art. 50 – nu se preia – de la 01.08.2016 salariul se stabilește la limita maximă al gradului profesional avut în decembrie 2009; de la 01.10.2016, conform gradului profesional și gradația din Anexa nr.1 la OUG nr.20/2016;	Ne menținem propunerea inițială!
CAP. 3 Dispoziții finale ART. 51 În cazuri deosebite programul de muncă și organizarea		ART. 51 <i>(1) Organizarea gardzilor în alte condiții decât cele prevăzute în prezentul regulament se pot face numai cu</i>	Propunerea constituie o aplicare a principiului flexibilizării organizării muncii, asupra căruia au căzut de acord reprezentanții MS împreună cu cei ai Federația „Solidaritatea Sanitară”.	Art. 51 – nu se preia – excede principiul flexibilizării muncii;	Ne menținem propunerea inițială! Reamintim că ea transpune rezultatele negocierilor, principiul

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

<p>gărzilor în alte condiții decât cele prevăzute în prezentul regulament se pot face numai cu aprobarea Ministerului Sănătății.</p>		<p><i>aprobarea Ministerului Sănătății.</i> <i>(2) Unitățile pot să-și adapteze programul de muncă la nevoile locale, respectând prevederile legale și contractuale aplicabile.</i></p>			<p>unei mai mari libertăți de mișcare a unităților sanitare în organizarea programului de lucru fiind agreat în comun, ca parte a înțelegerii privind suspendarea protestelor.</p>
<p>ART. 54</p> <p>(1) În unitățile sanitare cu paturi pentru care este organizată o singură linie de gardă pe unitate, în această linie de gardă pot fi incluși și medicii de medicină generală, în situația în care numărul medicilor încadrați în unitatea sanitară, inclusiv în ambulatoriul de specialitate al spitalului, în specialitățile medicale și chirurgicale, este mai mic de 4.</p> <p>(2) În linia de gardă organizată la nivelul sanatoriilor pot fi incluși și medicii de medicină generală în situația în care numărul medicilor de specialitate încadrați în această unitate sanitară este mai mic de 4.</p> <p>(3) În linia de gardă unică pe unitate nu pot fi incluși medicii de medicină generală sau medicii de familie care își desfășoară activitatea în cabinete medicale organizate în conformitate cu prevederile Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată.</p>	<p>(1) În unitățile sanitare cu paturi pentru care este organizată o singură linie de gardă pe unitate, în această linie de gardă pot fi incluși și medicii de medicină generală/medicină de familie, în situația în care numărul medicilor încadrați în unitatea sanitară, inclusiv în ambulatoriul integrat/ambulatoriul de specialitate al spitalului, în specialitățile medicale și</p>				

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

	<p>chirurgicale, este mai mic de 4.</p> <p>(2) În linia de gardă organizată la nivelul sanatoriilor pot fi incluși și medicii de medicină generală/medicină de familie în situația în care numărul medicilor de specialitate încadrați în această unitate sanitară este mai mic de 4.</p>				
<p>ART. 57</p> <p>Personalul încadrat la direcția de sănătate publică în funcții publice generale și în funcții publice specifice de execuție și de conducere au program de 8 ore zilnic.</p>	<p>Art. 57 se abrogă.</p>				
<p>ART. 58</p> <p>(1) Pentru prestarea activității în unitățile publice din sectorul sanitar, întreg personalul, inclusiv cel încadrat în funcții de conducere, este obligat să semneze condica de prezență.</p> <p>(2) Pentru personalul</p>	<p>(2) Pentru personalul</p>				<p>Trebuie corelată cu abrogarea alin. 2-4 ale art. 4 (eliminarea contravizitei).</p>

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

medical care prestează contravizite și gărzi, în condica de prezență se vor consemna în mod distinct orele efectuate în aceste activități.	medical care prestează gărzi, în condica de prezență se vor consemna în mod distinct orele efectuate în aceste activități.				
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, laboratoarelor și a compartimentelor și aprobate de conducerea unității sanitare constituie abatere disciplinară.		<i>ART. 58¹ (1) Refuzul medicilor de a respecta programul de lucru, de a acorda consultații interdisciplinare și de a respecta efectuarea numărului de ore de gardă prevăzut în contractul individual de muncă de bază și în contractul cu timp parțial, acolo unde cazul, constituie abatere disciplinară</i>	Forma inițială constituie un abuz, ce are drept consecință instituirea muncii forțate.	Art. 58 ¹ , alin. (1) – se preia;	
		<i>(2) Cercetarea disciplinară și eventualele sancțiuni sunt aferente fiecărui contract individual de muncă în parte.</i>	Abaterile, cercetarea și sancțiunile sunt abordate per contract și nu per persoană. Respectarea graficului de gărzi este condiționată de existența fiecărui contract în parte.	Art.58 ¹ , alin. (2) nu se preia – este reglementat de Codul Muncii.	Ne menținem propunerea inițială! Ea are un caracter imperativ, clarificând situația juridică a celor două CIM-uri.

Analiză asupra consultărilor privind modificarea Ordinului Ministerului Sănătății nr. 870/2004

Studiul de față reprezintă impactul prevederilor legale prevăzute în Ordinul Ministerului Sănătății nr. 870/2004 în ceea ce privește tendința de interpretare discreționară a acesteia, această analiză fiind de fapt o prezentare a pulsului celor afectați de această îngrijire a libertății medicului.

Astfel, prevederea de la art. 5[^]1 (acordarea liberului după gardă – n.n.) nu se aplică în cazul spitalelor cu un număr insuficient de medici, pe specialități, care ar face imposibilă organizarea activității în condiții corespunzătoare, în cursul dimineții.

În acest sens acest articol tinde să anuleze libertatea medicului de a-și lua liberul după gardă, Ministerul Sănătății (în continuare MS) nefiind de acord cu eliminarea lui. În cadrul negocierilor reprezentanții au sugerat că ar putea fi de acord să limiteze posibilitatea abuzurilor managerilor prin introducerea obligativității unităților de solicitat acordul MS pentru o astfel de derogare și cu limitarea perioadei pentru care un manager poate să solicite medicului să lucreze obligatoriu după gardă (exemplul dat în cursul negocierilor: pentru o perioadă de maxim 3 luni).

OMS 870/2004 a suferit mai multe modificări implicite datorită legislației în vigoare, inclusiv în privința modalității de organizare a gărzilor suplimentare. Invocarea prevederilor OMS 870/2004 pentru a obliga în continuare medicii să efectueze gărzile suplimentare este ilegală, aceste prevederi fiind abrogate în mod implicit.

La studiul privind consultarea referitoare la modificarea OMS 870/2004 care a fost desfășurat pe parcursul lunii septembrie 2016 au participat 1042 de medici, aplicarea chestionarului fiind realizată prin intermediul canalelor electronice de comunicare în masă.

Din analiza datelor factuale se observă că cea mai mare pondere a respondenților, respectiv 31,42% o reprezintă medicii angajați la Spital universitar, urmați de angajați ai spitalelor clinice județene de urgență (20%) și 13% angajații spitalelor județene de urgență.

În ceea ce privește forma de proprietate a unităților în care respondenții acestui studiu sunt angajați, distribuția acesteia indică un procent majoritar de 97% proprietate publică, 2% proprietate mixtă și 1% proprietate privată.

Distribuția respondenților în funcție de numărul de angajați ai unității sanitare angajatoare, păstrează caracteristicile înregistrate de statisticile existente la nivel național, astfel încât 39% sunt angajați ai unităților cu peste 100 de angajați (353 de medici), 24% reprezintă personalul angajat în unități cu un număr de salariați între 500-999, respectiv 200-499, urmat de unitățile cu angajați între 49-199 (12%, respectiv 106 respondenți) și 1% personal ai unităților cu până în 50 de salariați.

Având în vedere aceste distribuții care, în linii mari, au caracteristicile tipologiilor unităților sanitare la nivel național, putem spune că aceasta cercetare are un caracter aplicativ, reprezentând o premisă pentru rezolvarea problemelor sociale cu care se confruntă medicii.

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

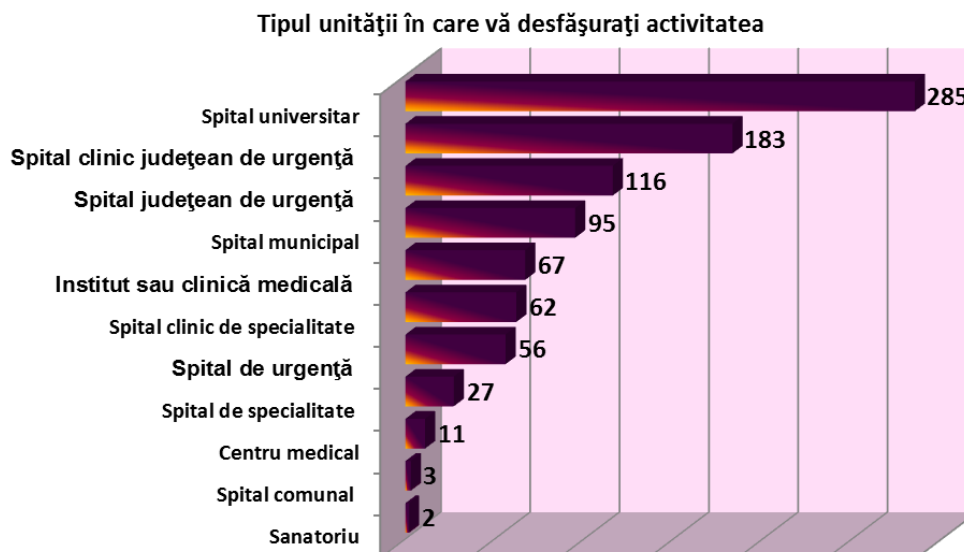


Figura nr. 1

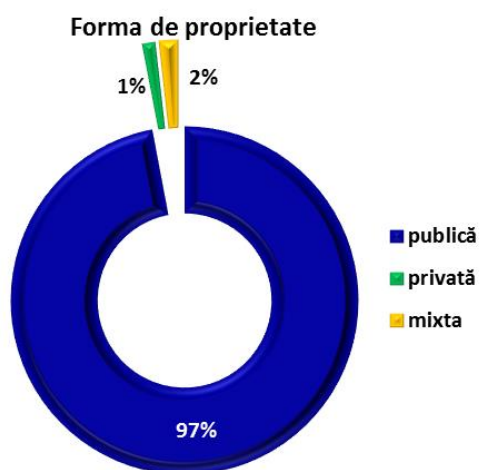


Figura nr. 2

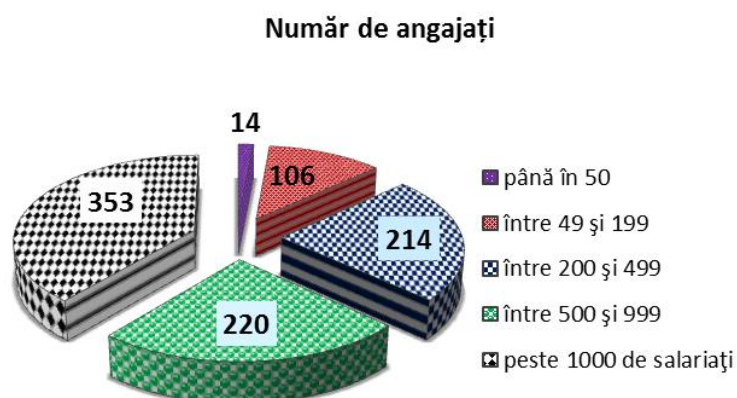


Figura nr. 3

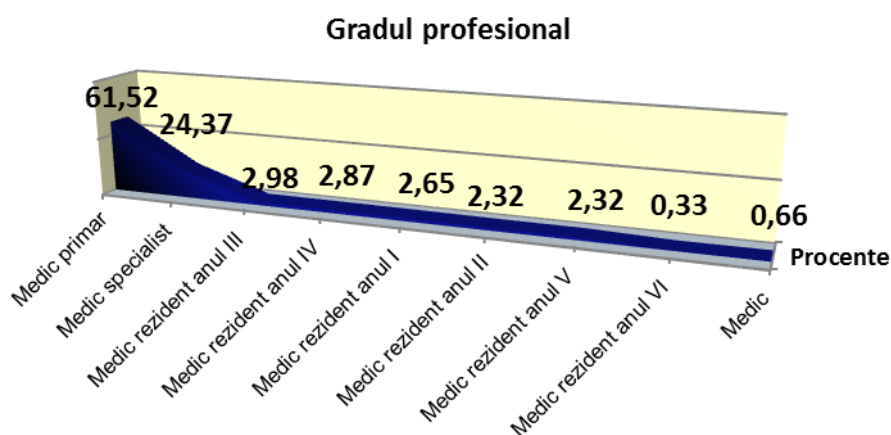


Figura nr. 4

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Din cei 1042 de respondenți la această consultare privind OMS 870/2004, 907 efectuează ore de gardă, respectiv un procent majoritar de 87%, ceea ce corelează puternic cu orele de gardă efectuate, acestea având o medie de 93 de ore/lună.

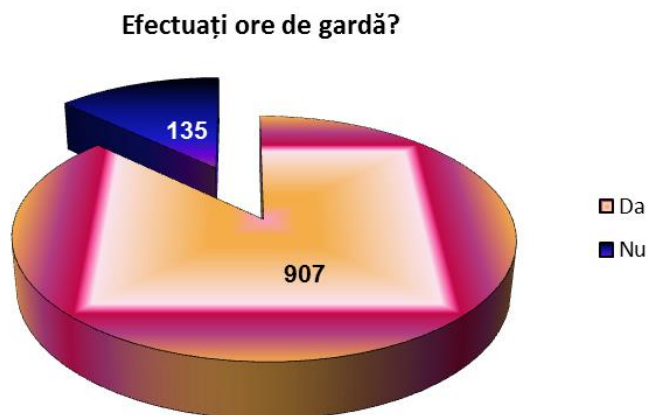


Figura nr. 5

În ceea ce privește art. 5³ din OMS 870/2004,

Art. 5³ (1) Prevederea de la art. 5¹ (n.n. - După activitatea continuă aferentă activității curente și activității într-o linie de gardă medicul beneficiază de o perioadă de repaus de 24 de ore) nu se aplică în cazul spitalelor cu un număr insuficient de medici, pe specialități, care ar face imposibilă organizarea activității în condiții corespunzătoare, în cursul dimineții.

45% dintre participanții la consultări *nu sunt de acord cu menținerea acestuia* (407 respondenți), 29%, respectiv 267 de respondenți *doresc menținerea articolului condiția fiind solicitării MS pentru constatarea deficitului de personal și a limitării obligației medicului de a rămâne după gardă maxim 3 luni*, 14% optează pentru *menținerea articolului condiția fiind solicitarea MS pentru constatarea deficitului de personal*, iar 6% doresc păstrarea articolului și *limitarea obligației medicului de a rămâne după gardă maxim 3 luni*.

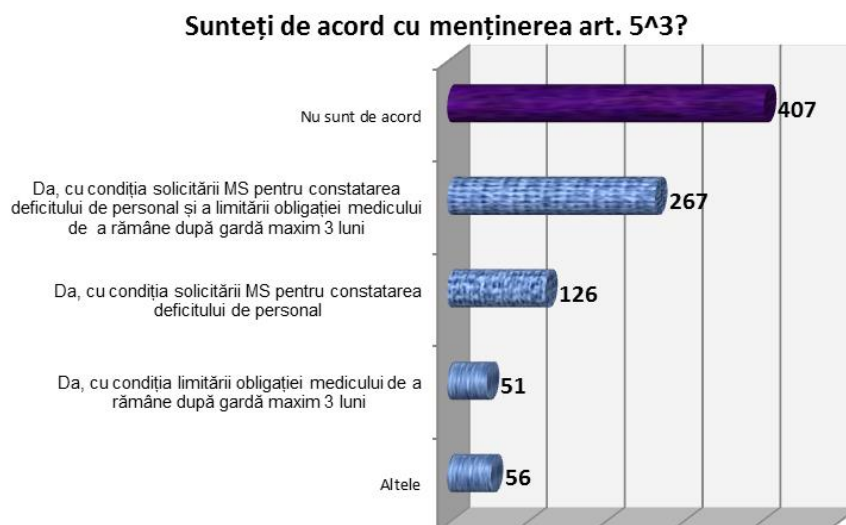


Figura nr. 6

În condițiile păstrării acestui articol, 67% opinează că *decizia privind aprobarea/respingerea proiectului de modificare a OMS 870/2004 trebuie luată în funcție de conținutul final al întregului proiect*, în timp ce 31% consideră că *întregul proiect de modificare a OMS 870/2004 trebuie respins*.

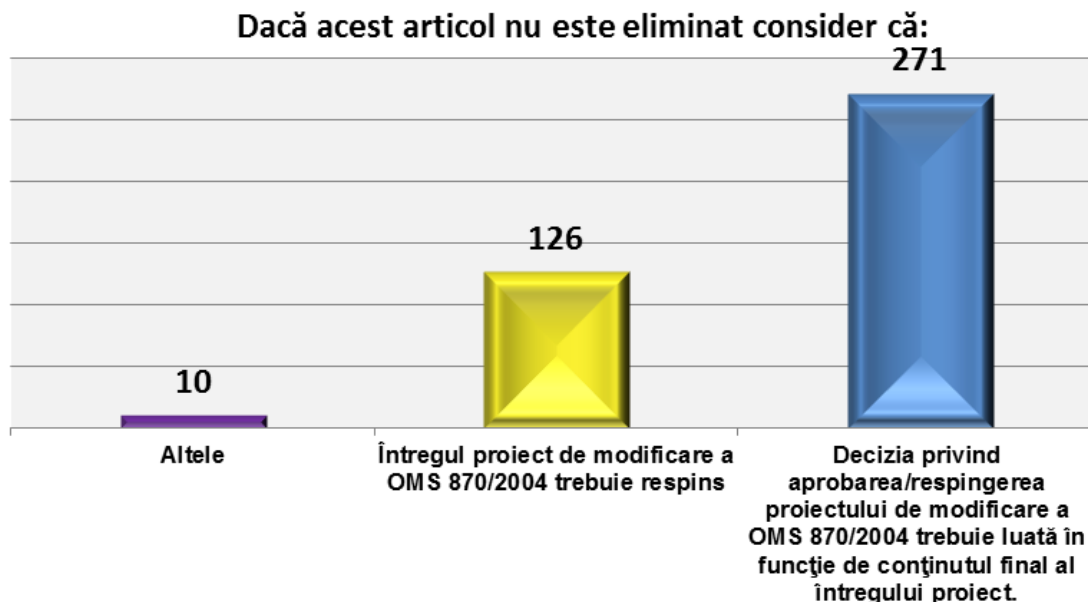


Figura nr. 7

În ceea ce privește liberul după gardă (după cele 24 de ore de lucru aferente gărzii sau programului normal de lucru+gărzii), 61% dintre respondenți consideră că ar trebui să fie facultativ, medicul având dreptul să rămână după gardă dacă se simte capabil să lucreze, în timp ce 36% apreciază că ar trebui să fie obligatoriu.

Din punctul de vedere al medicului, considerați că liberul după gardă (după cele 24 de ore de lucru aferente gărzii sau programului normal de lucru+gărzii) ar trebui:

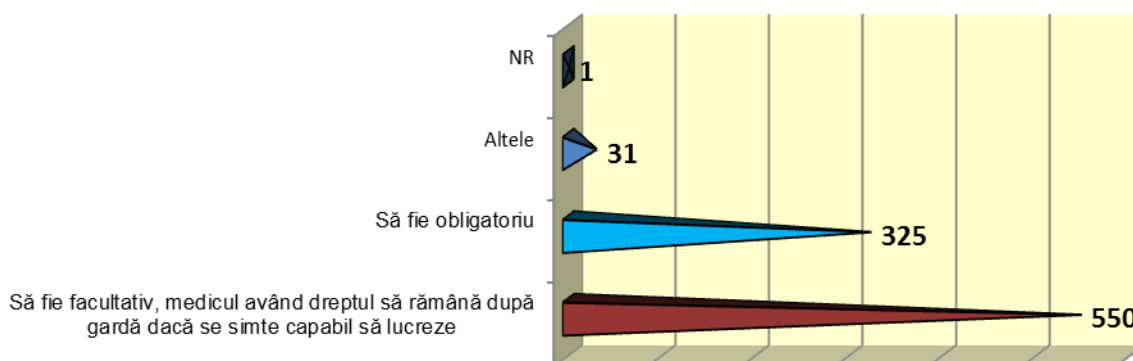


Figura nr. 8

Referitor la art. 5⁴ "Medicii care nu doresc să beneficieze de perioada de repaus de 24 ore prevăzută la art. 5¹ vor solicita acest lucru în mod individual în baza unei cereri adresate conducerii unității sanitare cu personalitate juridică", 47% (422 de respondenți) au optat pentru reintroducerea acestuia, 30% (275 de persoane) consideră că ar fi bine să fie reintrodus, în timp ce 18% consideră că nu este o pierdere dacă nu va fi introdus.

Considerați că art. 5⁴, în forma amintită:

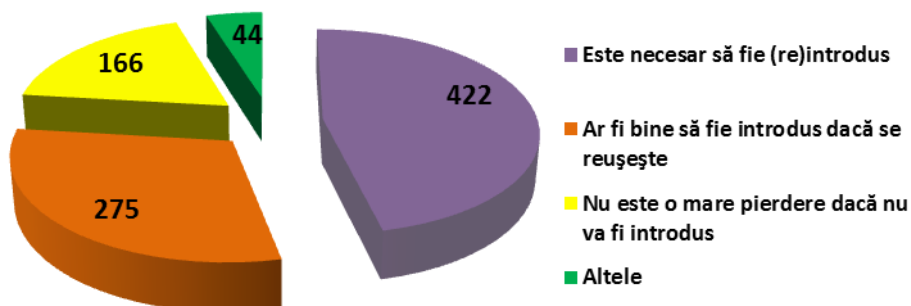


Figura nr. 9

În ceea ce privește art. 5⁶ "În perioada de repaus de 24 ore medicii nu pot desfășura activitate în domeniul sănătății", majoritatea răspunsurilor au fost pentru eliminarea acestuia cu 38% care consideră că este obligatorie eliminarea acestuia și 31% pentru care ar fi bine să fie eliminat, în timp ce 27% consideră că poate să fie menținut.

Din punctul dvs. de vedere art. 5⁶:

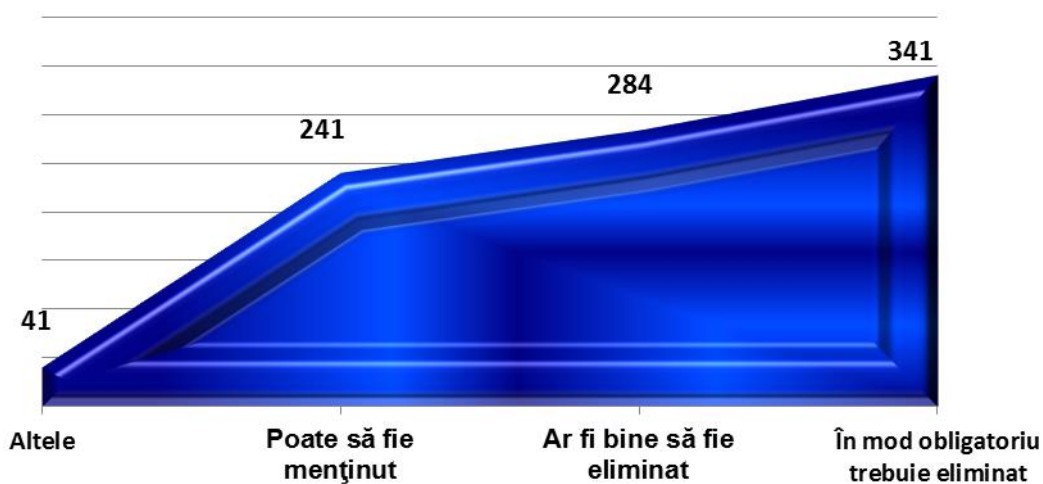


Figura nr. 10

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

Rotilă Viorel (coord.)

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

viorelrotila@yahoo.com

Ciobanu Georgiana

Sociolog, M.Phil.,

*Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, România,
georgianailcu@yahoo.com*

Lungu Laurențiu

Expert sociologie online

*Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, România,
l.laurentiu.gl@gmail.com*

Introducere

Despre veniturile angajaților din sectorul public de sănătate s-a vorbit în variate moduri. Acest studiu își propune identificarea soluțiilor raționale pentru o creștere salarială, bazată pe anticipări realiste, în total antagonism cu tradiționalele abordări „lăutărești”, care recurg la creșteri salariale făcute „după ureche”.

Tema abordată nu are echivalent în literatura de specialitate. Ea investighează atât salarizarea suplimentară în funcție de performanță, respectiv introducerea unei noi dimensiuni a salarizării, capabilă să stimuleze performanța, cât și modelul ierarhic al salarizării de bază, aplicabil oricărei legi a salarizării.⁵⁴

Sistemul de salarizare din Sănătate constituie o temă de interes public, având în vedere influența acestuia asupra calității serviciilor medicale. Faptul că salarizarea în sistemul sanitar constituie una din cele mai grave probleme ale acestuia tinde să fie unanim acceptat, fără însă a exista abordări serioase ale acestei probleme, determinate de interesul pentru identificarea

⁵⁴ Raportat la Legea 284/2010 datele din studiu oferă informații de verificare pentru ierarhia prevăzută de lege, deschizând posibilitatea modificării ei, acolo unde este cazul.

unor soluții satisfăcătoare pentru cea mai mare parte a salariaților și care să aibă drept efect creșterea calității serviciilor medicale.

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.

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).

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.

Anticipând un nivel redus al informării salariaților în privința dezbaterilor pe tema proiectului legii salarizării în funcție de performanță, pentru a creșterea 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”.⁵⁵ Dezvoltarea chestionarului în 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 duplicate 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.

⁵⁵ 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 organizației. Procedura face parte, la rândul său, din programul de cercetare privind identificarea unor noi metode de investigare sociologică prin intermediul Internet.

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.

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 integral⁵⁶ chestionarul un număr de 793 de salariați, din toate categoriile profesionale, aceștia constituind eșantionul final.

Eșantionul are următorul structură pe categorii profesionale:

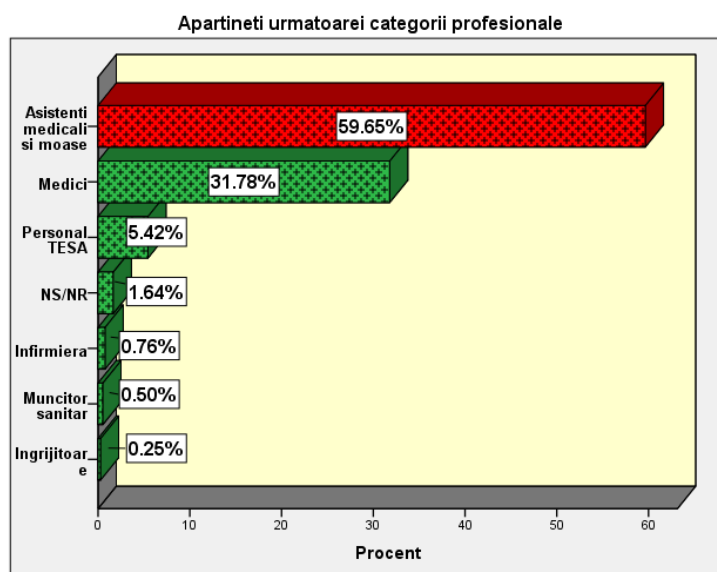


Figura 1-2015

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

⁵⁶ 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, răspunsurile acestora fiind luate în considerare la prelucrarea datelor.

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Spital comunal	1,4
Centru medical	10,8
Directie de Sanatate Publica	4
Total	100,0

Distribuția respondeților pe județe:

JUDEȚUL	Procent	JUDEȚUL	Procent	JUDEȚUL	Procent	JUDEȚUL	Procent
Covasna	0,1	Ilfov	0,8	Arges	1,5	Sibiu	3,1
Harghita	0,1	Tulcea	0,9	Bihor	1,5	Botosani	3,8
Giurgiu	0,3	Vaslui	0,9	Dambovita	1,5	Timis	4,8
Mehedinti	0,4	Maramures	1,0	Mures	1,5	Constanta	4,9
Salaj	0,4	Vrancea	1,0	Arad	1,6	Prahova	4,9
Teleorman	0,4	Hunedoara	1,1	Buzau	1,6	Galati	6,5
Caras-Severin	0,5	Ialomita	1,1	Valcea	1,9	Cluj	6,6
Olt	0,5	Calarasi	1,3	Suceava	2,3	Iasi	8,5
Bistrita-Nasaud	0,6	Alba	1,4	Brasov	2,4	Municipiul Bucuresti	19,3
Satu Mare	0,6	Braila	1,4	Dolj	2,5	Total	100,0
Gorj	0,8	Neamt	1,4	Bacau	2,8		

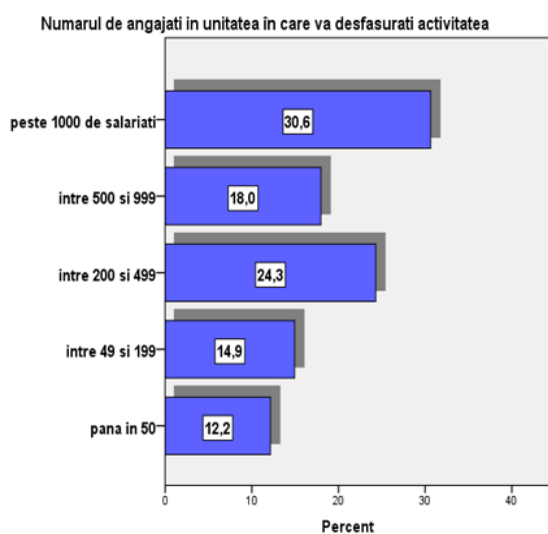


Figura 2-2015

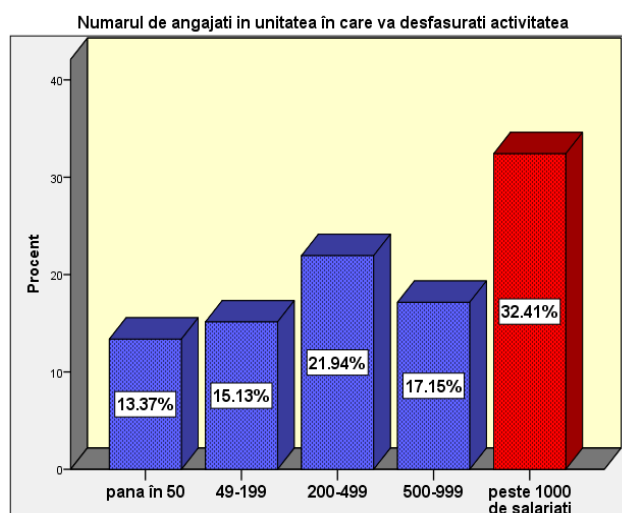


Figura 3 -2013

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

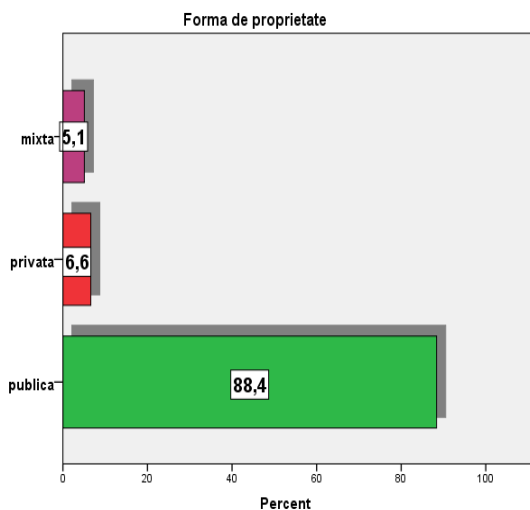


Figura 4-2013

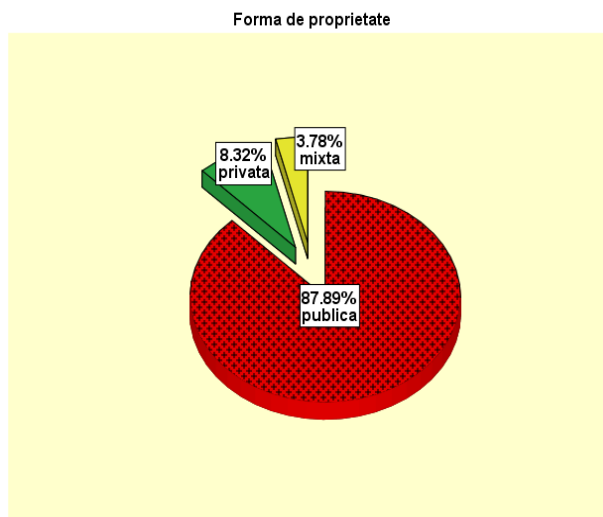


Figura 5-2015

Analiza datelor

Gradul de informare

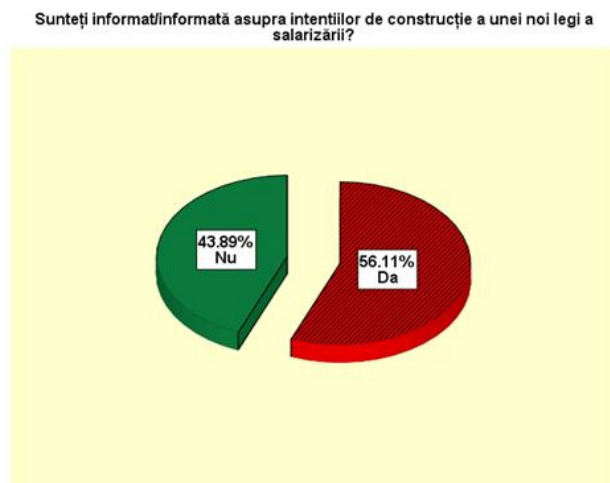


Figura nr. 6- 2015

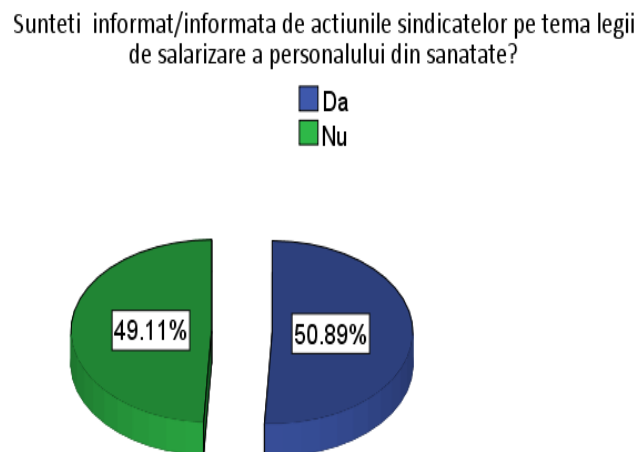


Figura 7-2013

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

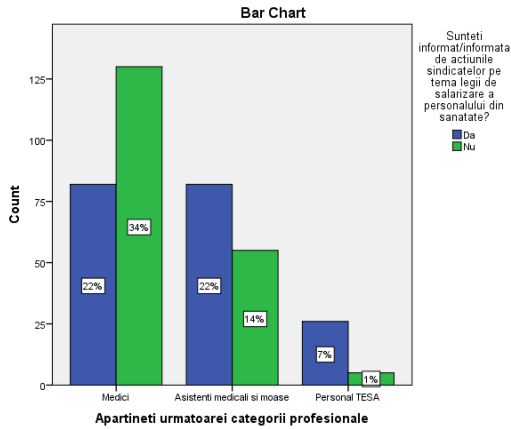


Figura 8-2013

Cunoașteți stadiul negocierilor și principalele puncte aflate în discuție?

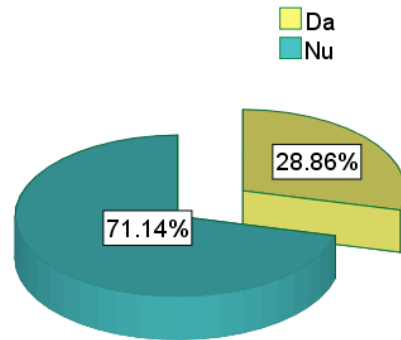


Figura 9-2013

Inechități ale sistemului actual de salarizare

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

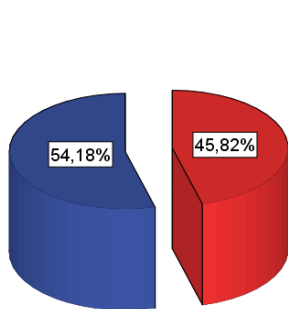


Figura 10-2013

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

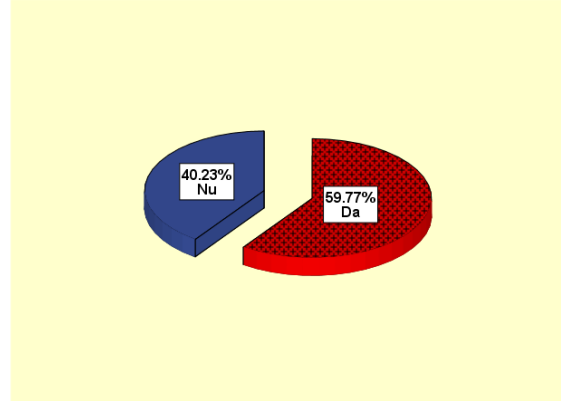


Figura 11-2015

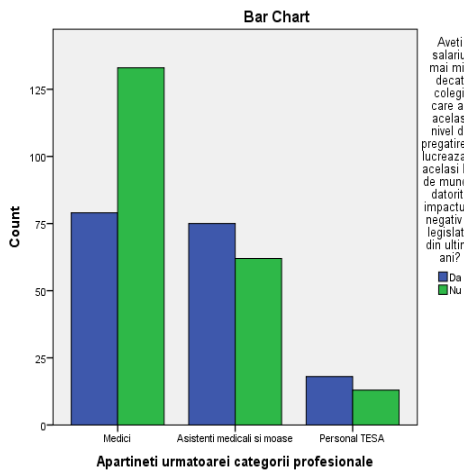


Figura 12-2013

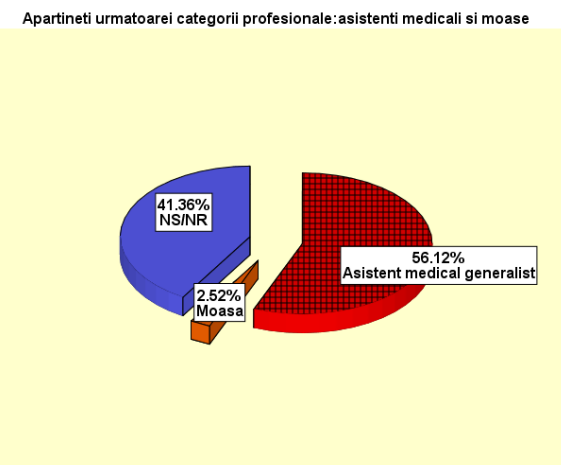


Figura 13-2015

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Din analiza datelor se poate observa că în anul 2015 ponderea respondenților care resimt impactul legislativ negativ asupra nivelului salariilor a crescut până la nivelul de 59,77% față de anul 2013, astfel devenind majoritari, fapt ce conduce implicit la resimțirea unei nedreptăți în continuă creștere la care sunt supuși. În privința distribuției pe categorii profesionale, asistenții medicali și moașele sunt cele mai afectate de impactul legislativ negativ asupra nivelului salariilor.

Salarizarea în funcție de performanță

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

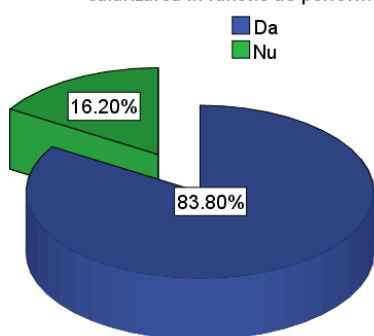


Figura 14-2013

Considerați că creșterea nivelului de salarizare va avea ca efect creșterea calității serviciilor medicale prestate pacienților?

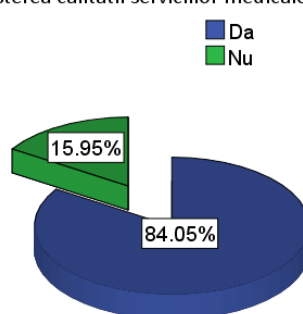
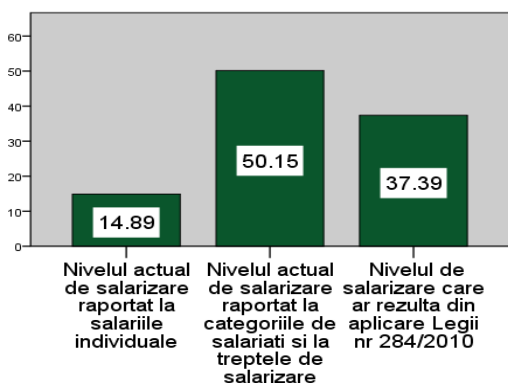


Figura 15-2013



In ceea ce privește partea fixă/salariul minim din punctul dvs. de vedere aceasta ar trebui să fie?

Figura 16-2013

In ceea ce privește partea fixă/salariul minim din punctul dvs. de vedere aceasta ar trebui să fie:

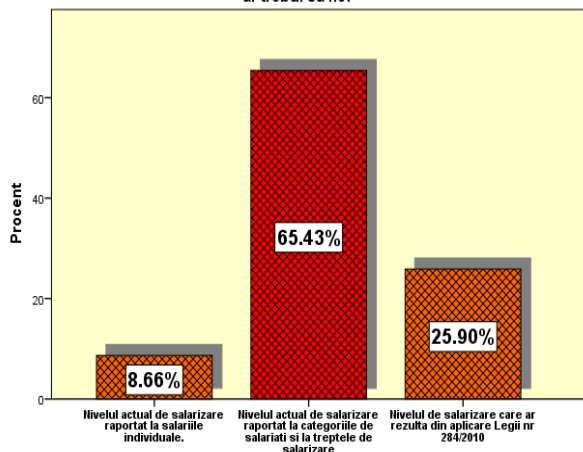


Figura 17-2015

În privința salarizării în funcție de performanță majoritatea respondenților sunt de acord cu acest sistem de recompensare a muncii, opinând totodată că va conduce implicit și la creșterea calității serviciilor medicale prestate pacienților. În privința cuantumului părții fixe a salariului minim se menține preferința pentru nivelul actual al salariului, raportat la categoriile de salariați și treptele de salarizare, înregistrându-se o creștere de 15,28 % în anul

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

2015 față de anul 2013, pentru această opțiune. Se constată indirect scăderea încrederii respondenților atât în privința echității și adecvării ierarhiilor salariale din Legea 284/2010, acest lucru fiind în acord cu impactul legislativ negativ resimțit în privința salariului individual.

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

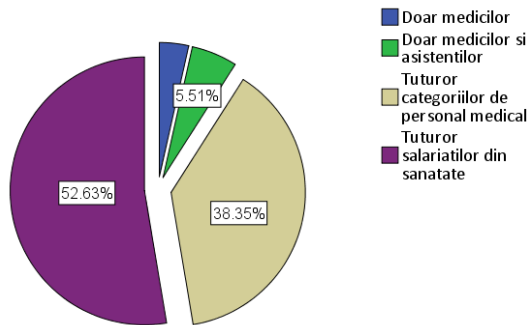


Figura 18-2013

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

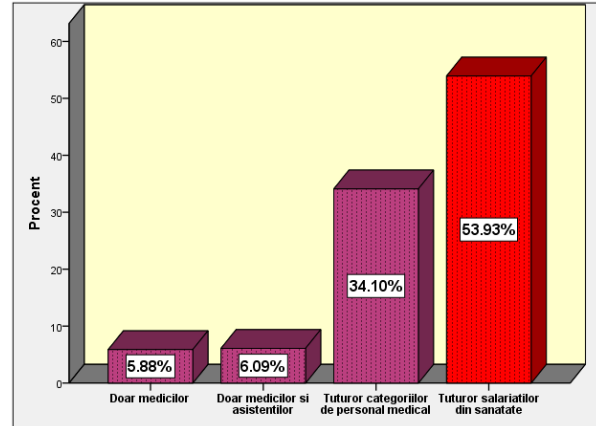


Figura 19-2015

Se menține preferința majorității pentru aplicarea salarizării în funcție de performanță la nivelul tuturor salariaților din sănătate, deși procentul de doar 53,93% în anul 2015 indică faptul că opiniile sunt împărțite, neexistând o majoritate clară care să încline în mod decisiv asupra căreia categorii de personal să fie aplicată salarizarea în funcție de performanță.

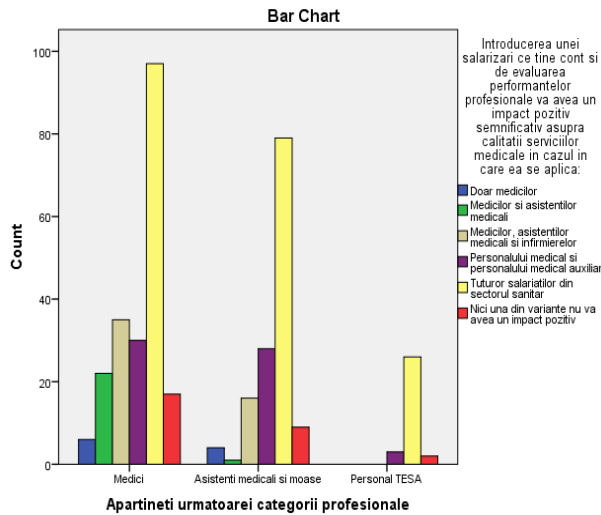


Figura 20-2013

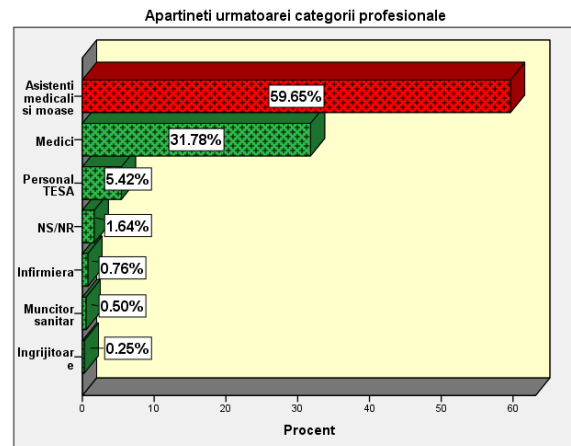


Figura 21-2015

Criteriile salarizării în funcție de performanță

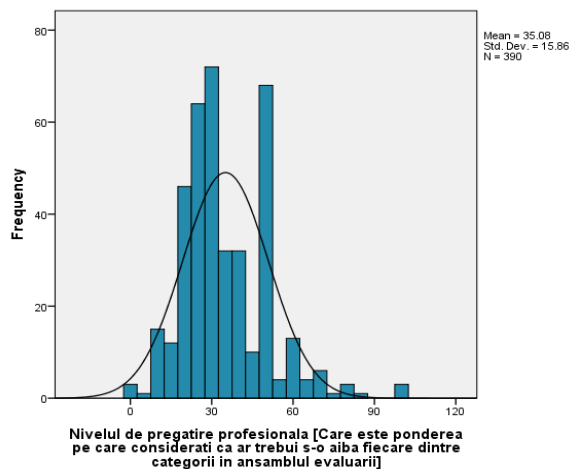


Figura 22-2013

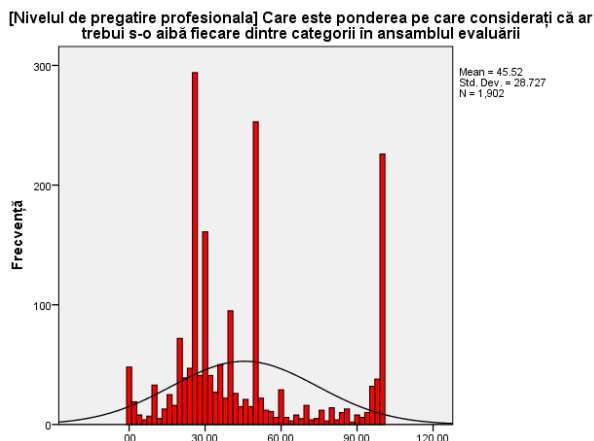


Figura 23-201

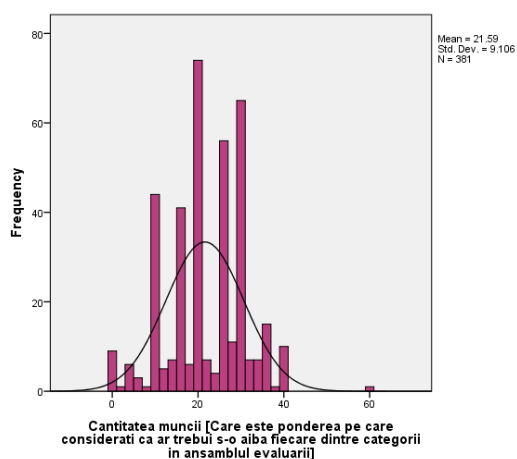


Figura 24-2013

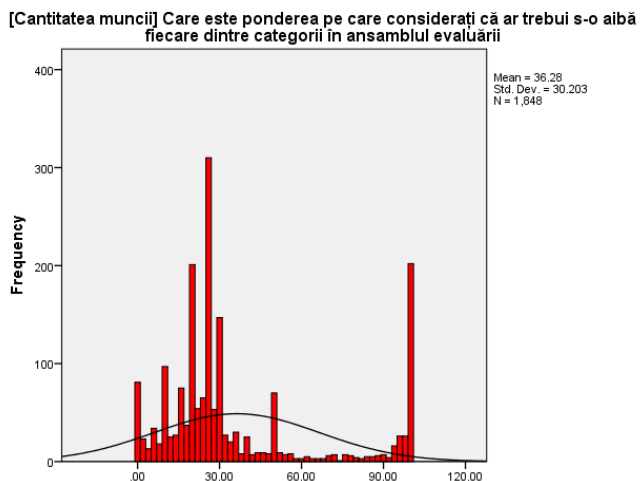


Figura 25-2015

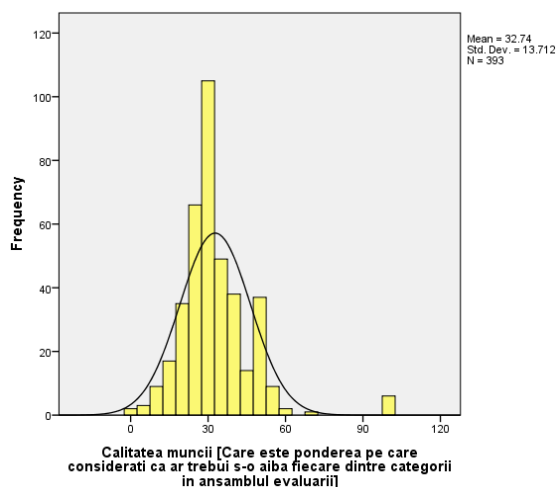


Figura 26-2013

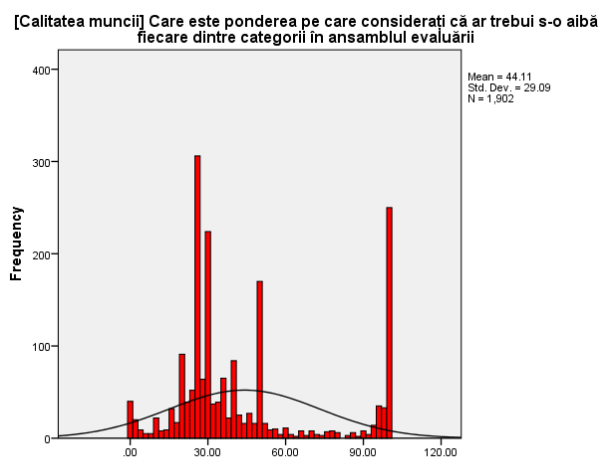


Figura 27-2015

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

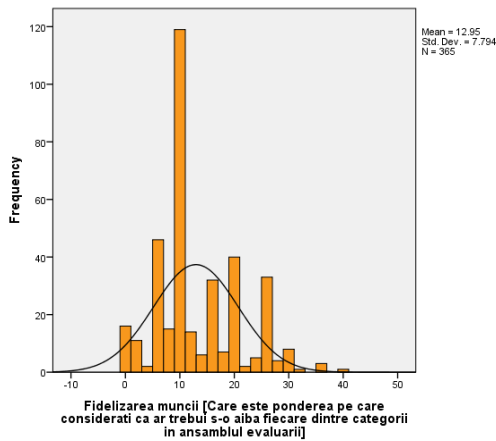


Figura 28-2013

[Fidelizarea muncii] Care este ponderea pe care considerați că ar trebui s-o aibă fiecare dintre categorii în ansamblul evaluării

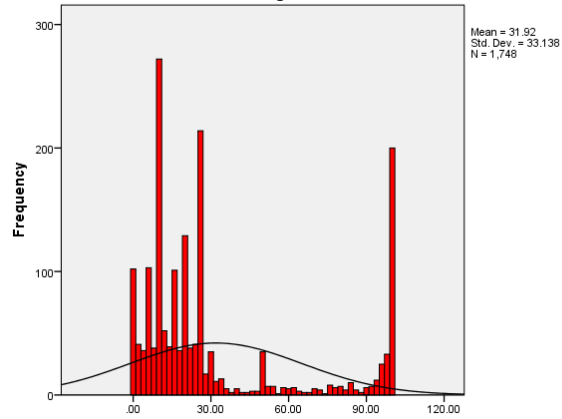
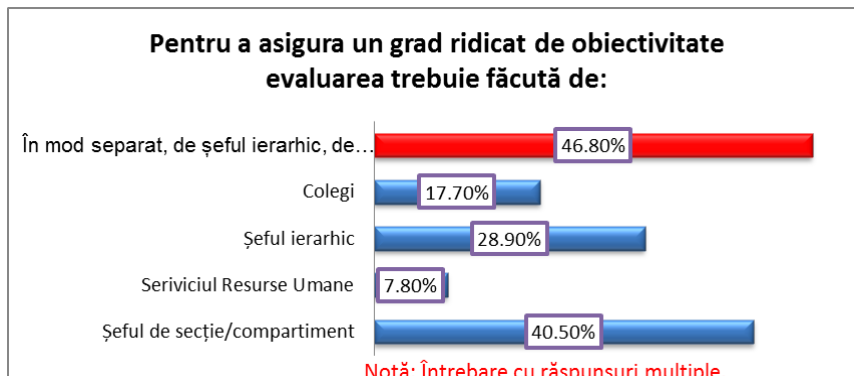


Figura 29-2015

Cu privire la criteriile ce ar trebui să stea la baza salarizării în funcție de performanță, se observă o creștere a ponderii indicatorilor în anul 2015 față de anul 2013, cea mai mare creștere fiind înregistrată în privința criteriului “fidelizarea muncii”, de 18,97 %, apoi în privința criteriului “cantitatea muncii”, de 14,69%. Se menține opinia potrivit căreia nivelul de pregătire profesională ar trebui să fie criteriul cu cea mai mare pondere în stabilirea performanței, acestuia urmându-i criteriul cantitatea muncii.

Metodologia de evaluare



Figură 30-2013

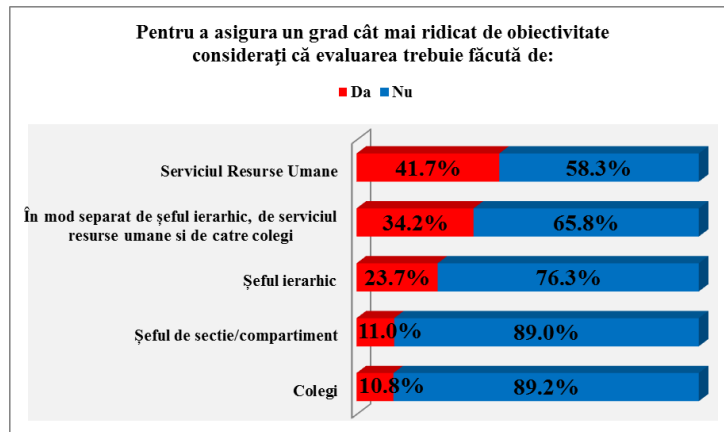


Figura 31-2015

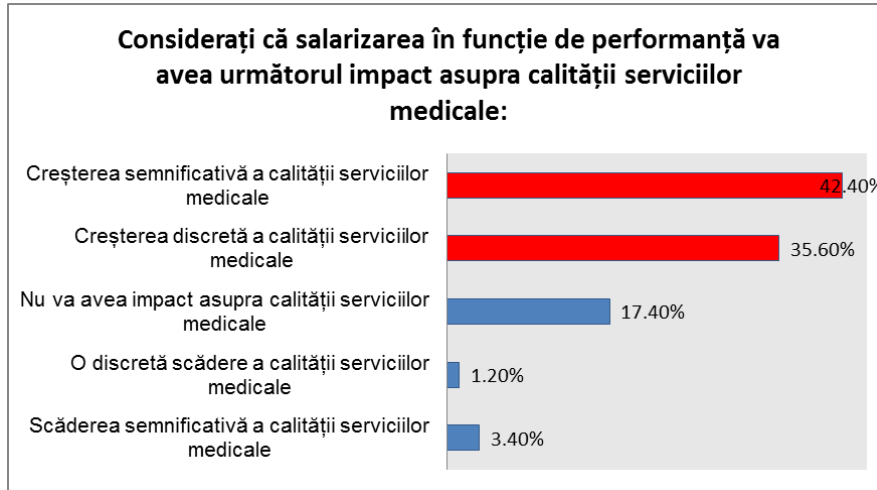


Figura 32--2013

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

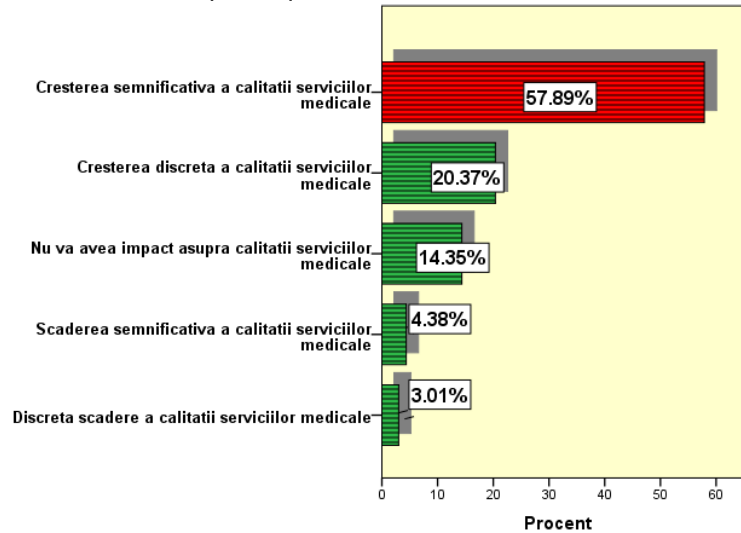


Figura 33-2015

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

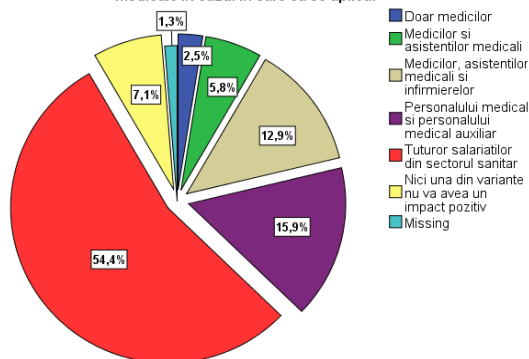


Figura 34-2013

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

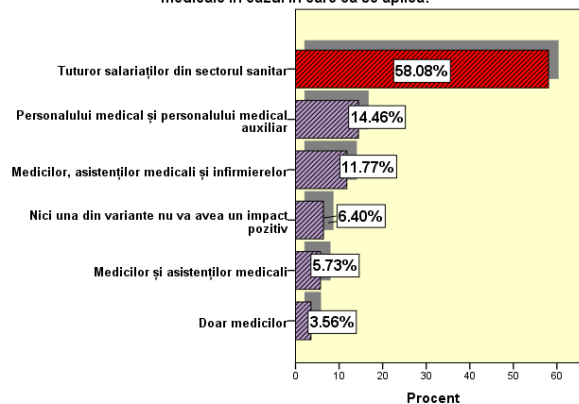


Figura 35-2015

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Se observă o creștere de 15,49 % a ponderii respondenților care consideră că salarizarea în funcție de performanță va conduce la un impact pozitiv semnificativ asupra calității serviciilor medicale, în anul 2015 față de anul 2013. De asemenea este în ușoară creștere ponderea respondenților care sunt de acord că acest impact pozitiv va rezulta dacă salarizarea în funcție de performanță se va aplica tuturor salariaților din sectorul sanitar.

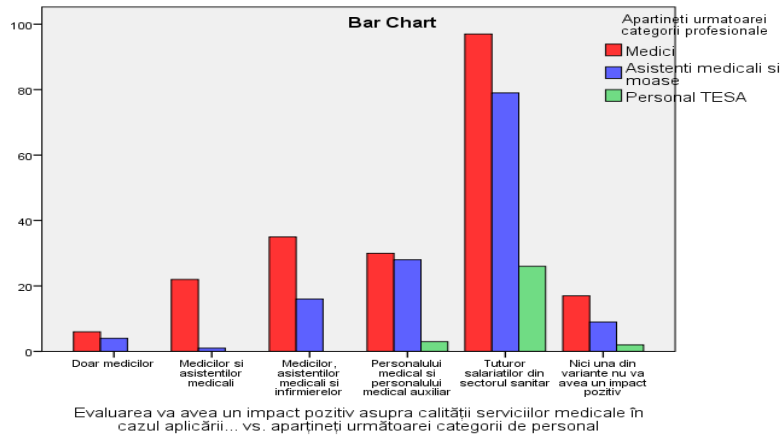


Figura 36-2013

Ierarhia salariilor⁵⁷

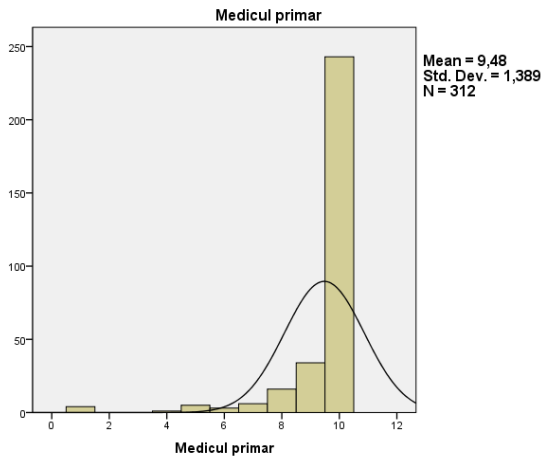


Figura 37-2013

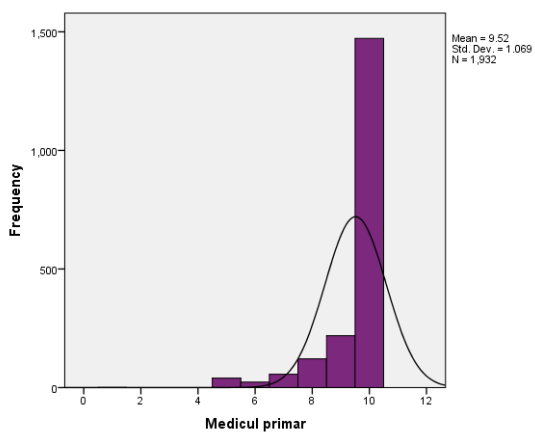


Figura 38-2015

⁵⁷ 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.

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

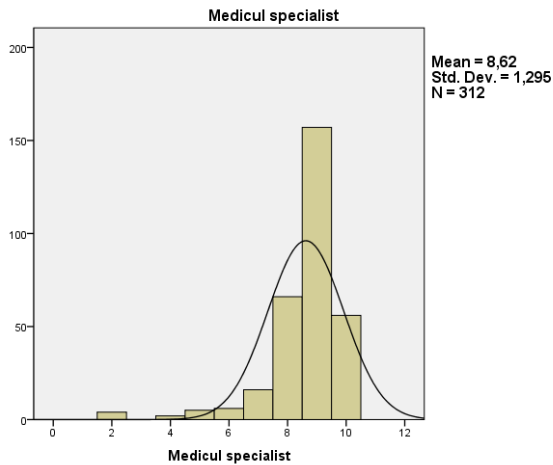


Figura 39-2013

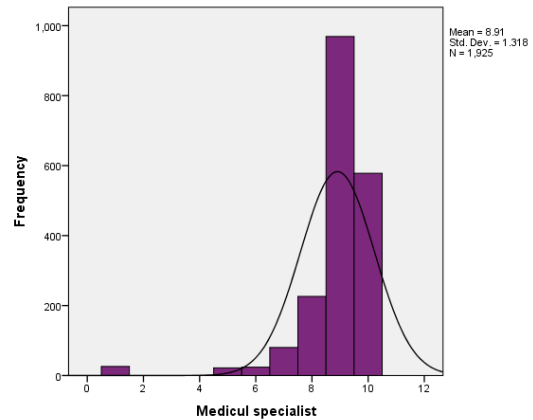


Figura 40-2015

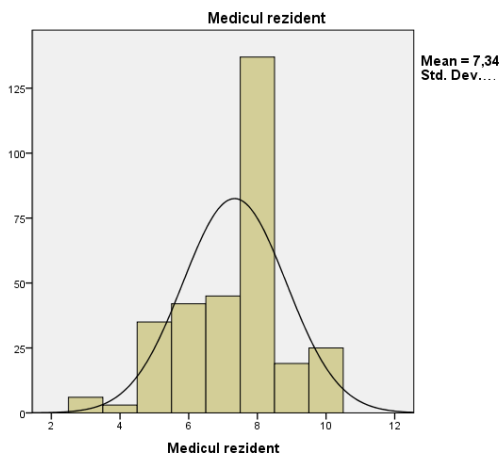


Figura 41-2013

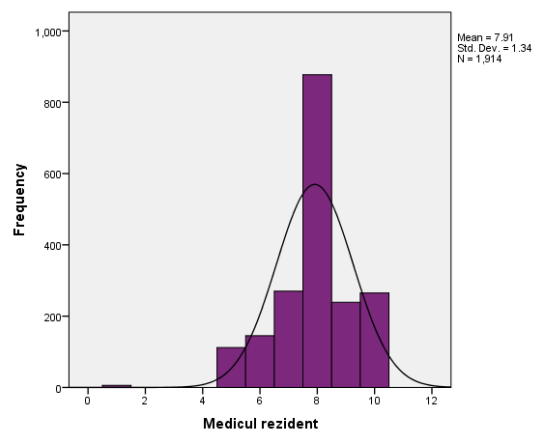


Figura 42-2015

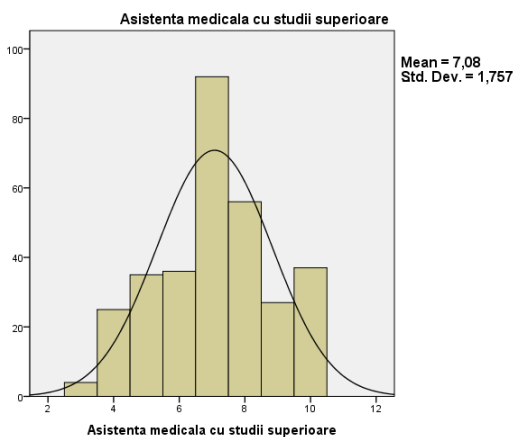


Figura 43-2013

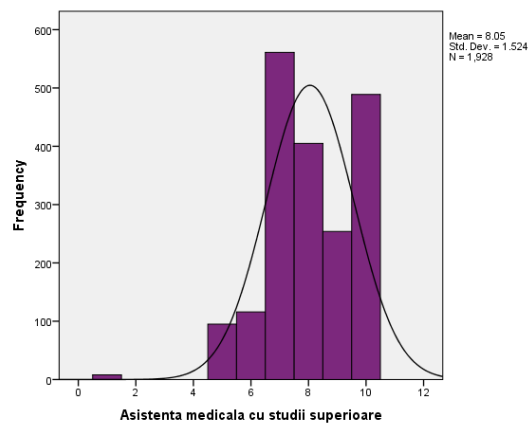


Figura 44-2015

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

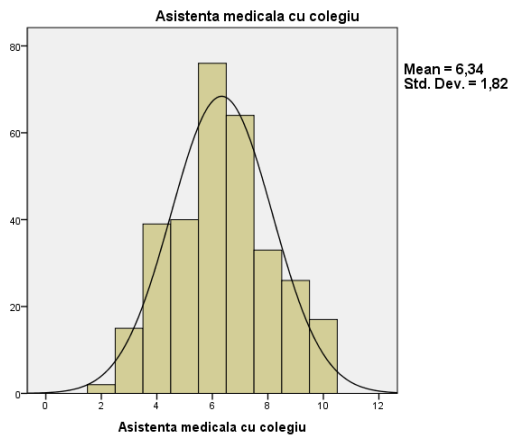


Figura 45-2013

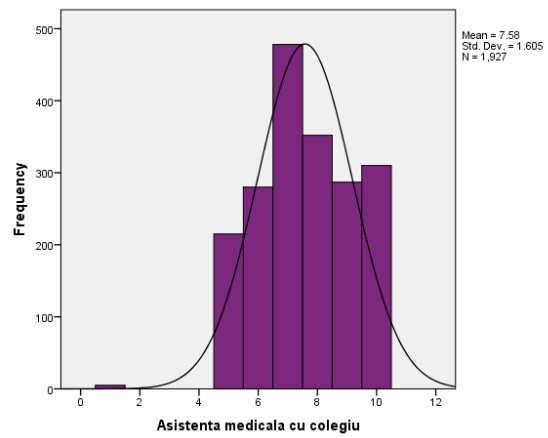


Figura 46-2015

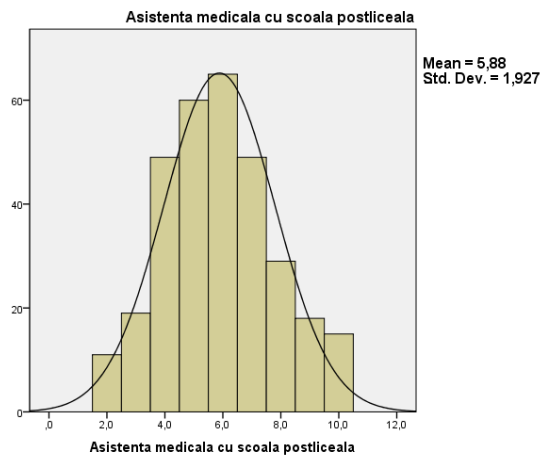


Figura 47-2013

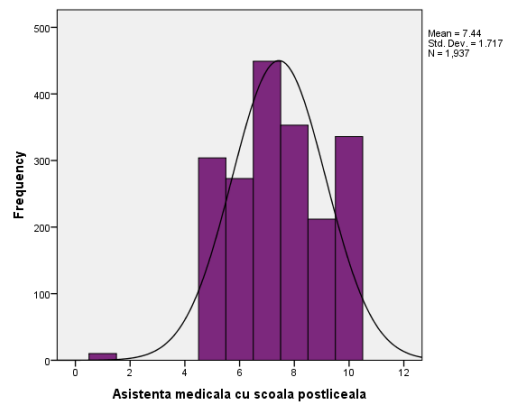


Figura 48-2015

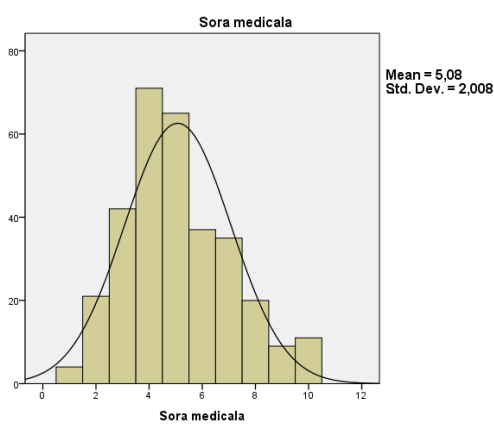


Figura 49-2013

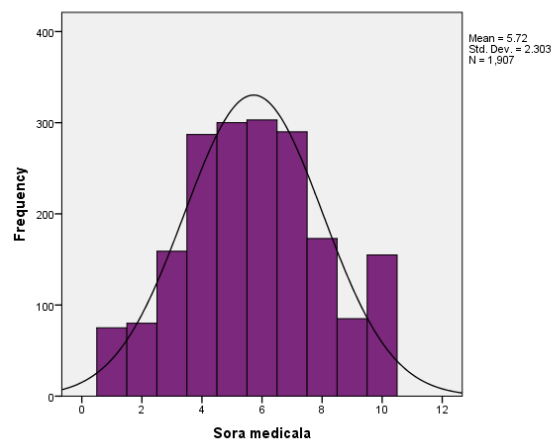


Figura 50-2015

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

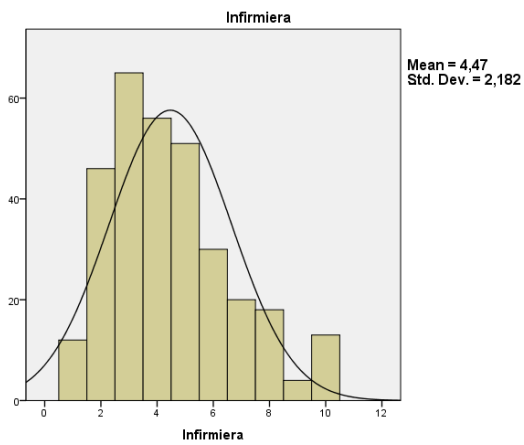


Figura 51-2013

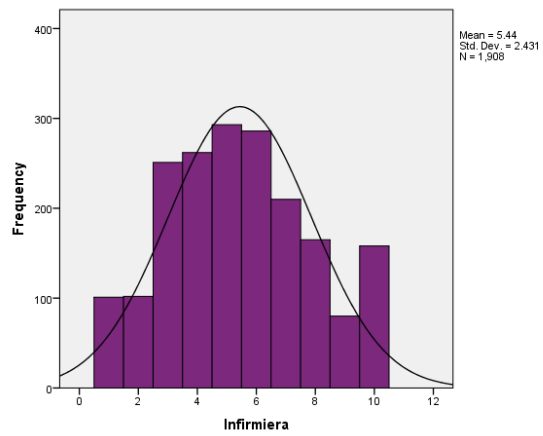


Figura 52-2015

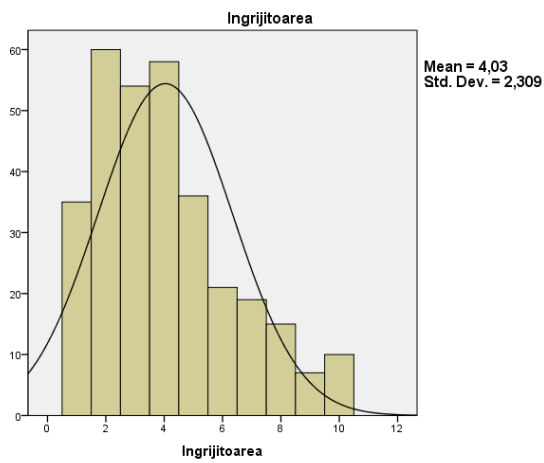


Figura 53-2013

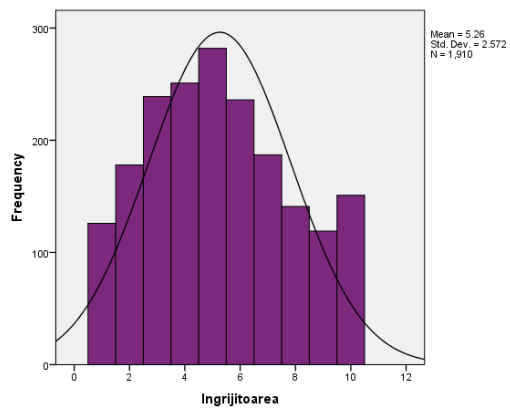


Figura 54-2015

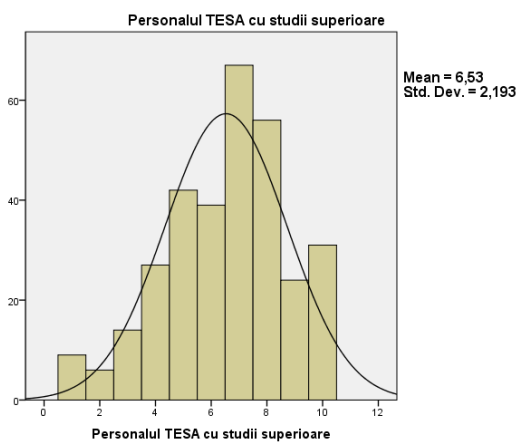


Figura 55-2013

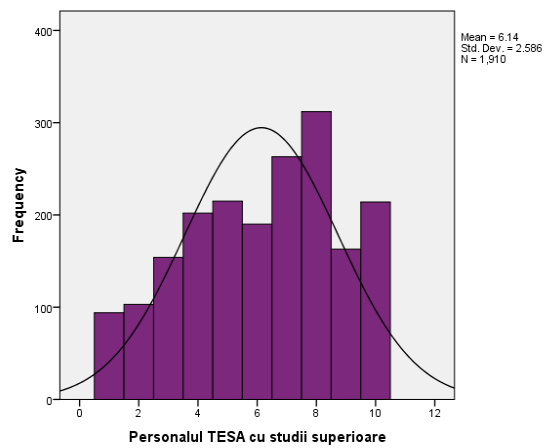


Figura 56-2015

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

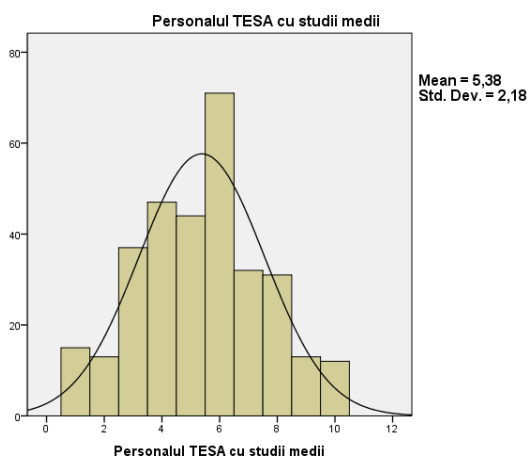


Figura 57-2013

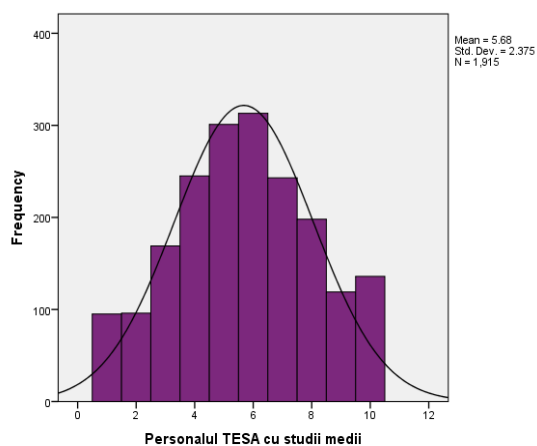


Figura 58-2015

Muncitorii [Pe o scala de la 1 la 10 va rog sa bifati locul pe care ar trebui sa-l ocupe salariul urmatoarelor categorii de salariati:]

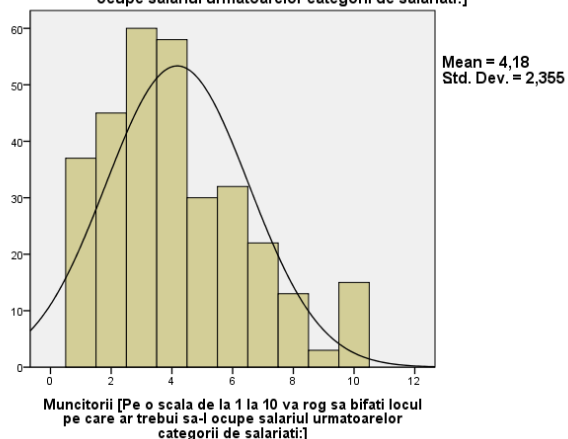


Figura 59-2013

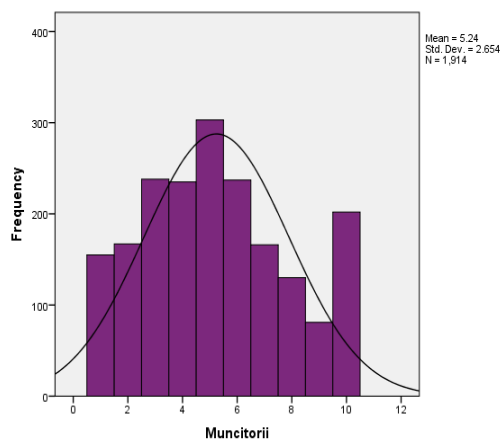


Figura 60-2013

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

Categoria	Valoarea medie 2013	Valoarea medie 2015
Medicul primar	9,48	9,52
Medicul specialist	8,62	8,91
Medicul rezident	7,34	7,91
Asistenta medicală cu studii superioare	7,08	8,05
Personalul TESA cu studii superioare	6,53	7,58
Asistenta medicală cu colegiu	6,34	7,44
Asistenta medicală cu postliceală	5,88	5,72

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Personalul TESA cu studii medii	5,38	5,44
Sora medicală	5,08	5,26
Infirmiera	4,47	6,14
Muncitorii	4,18	5,68
Îngrijitoarea	4,03	5,24

Tabel 5-2013-2015

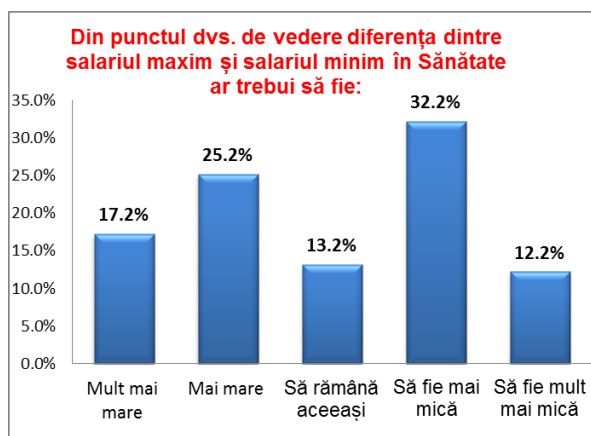


Figura 61-2013

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

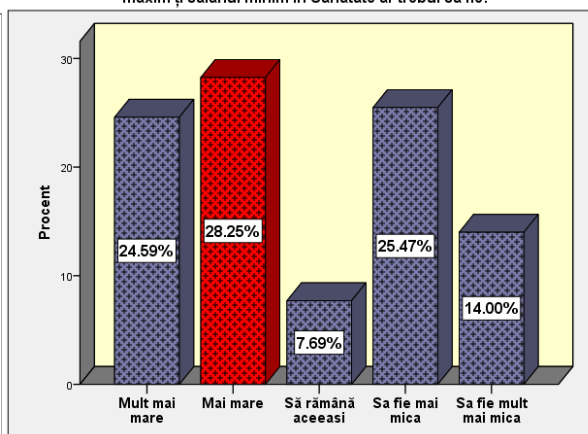


Figura 62-2013

Soluții de finanțare a unui 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

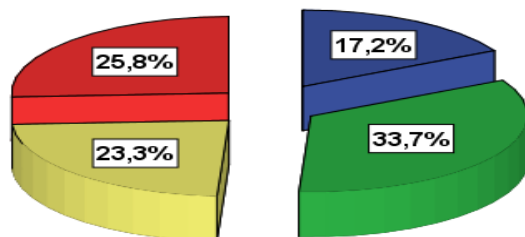


Figura 63-2013

- O salarizare mai bună poate fi făcută prin creșterea nivelului de colectare la bugetul asigurărilor sociale de sănătate
- Prin creșterea nivelului de colectare la bugetul asigurărilor sociale de sănătate și introducerea asigurărilor complementare
- O salarizare mai bună poate fi făcută prin plata suplimentară de la bugetul de stat
- Prin combinarea sist. actual, def. corectă a pachetului de baza, dif. suplim. de cost să fie suportate direct de pacienți

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

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

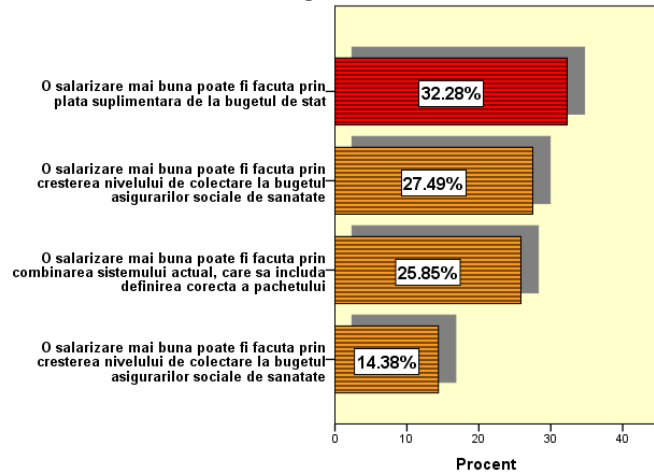


Figura 64-2015

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

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

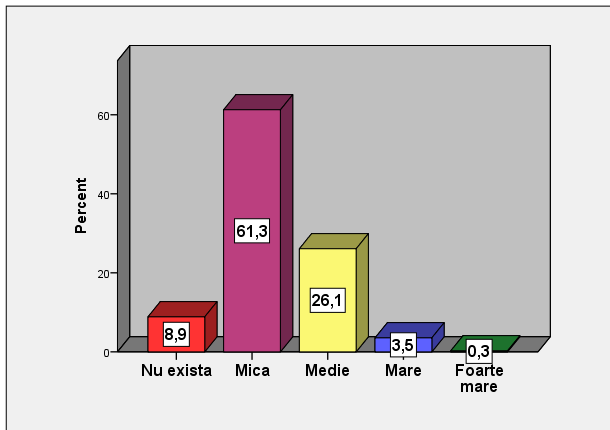


Figura 65-2013

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:

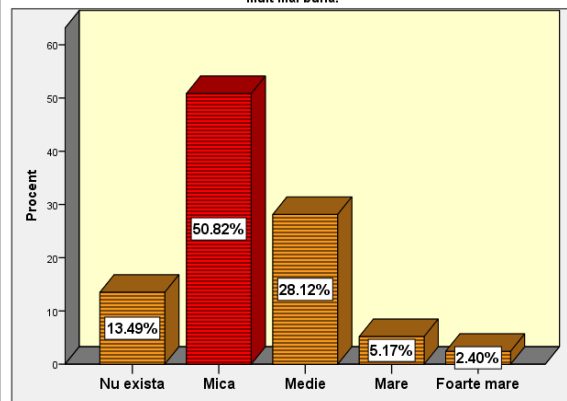


Figura 66-2013

Potrivit răspunsurilor înregistrate, majoritatea respondenților apreciază și în anul 2015 o disponibilitate mică a pacienților de a plăti suplimentar pentru serviciile nedecontate de Casa de Asigurări sau pentru servicii medicale de calitate mult mai bună.

Distribuția veniturilor suplimentare

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:

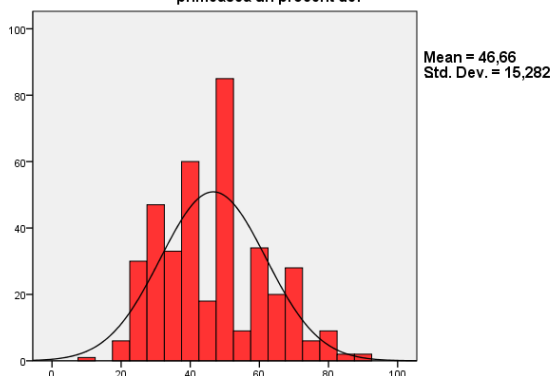


Figura 67-2013

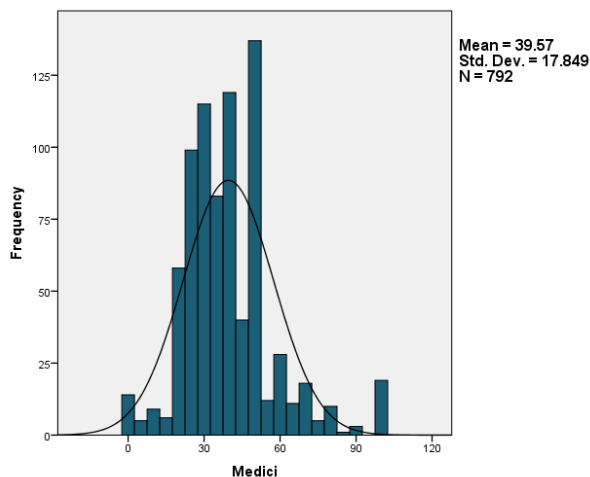


Figura 68-2015

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:

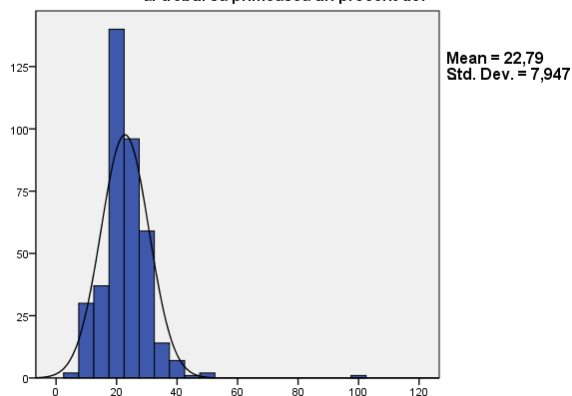


Figura 69-2013

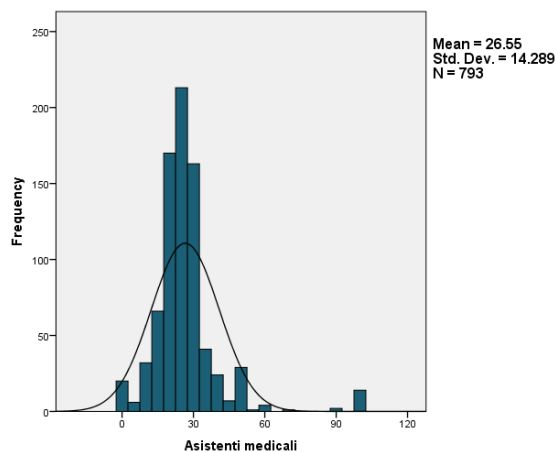


Figura 70-2015

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

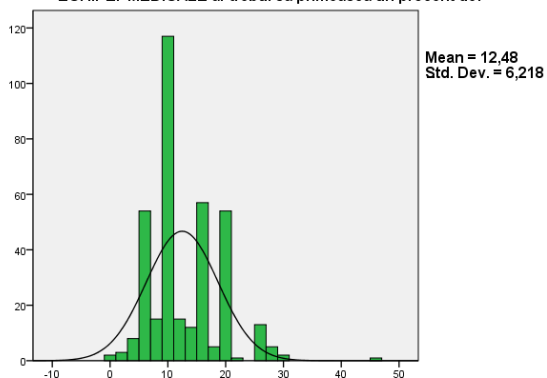


Figura 71-2013

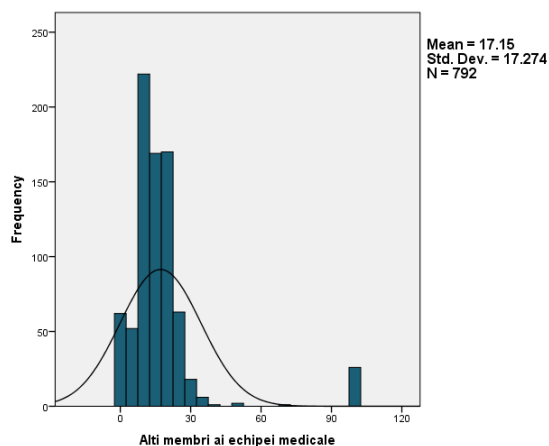


Figura 72-2015

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

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

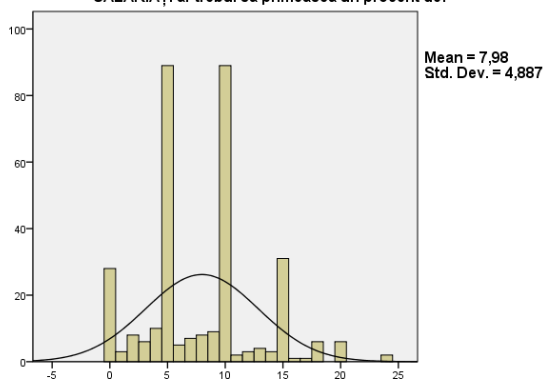


Figura 73-2013

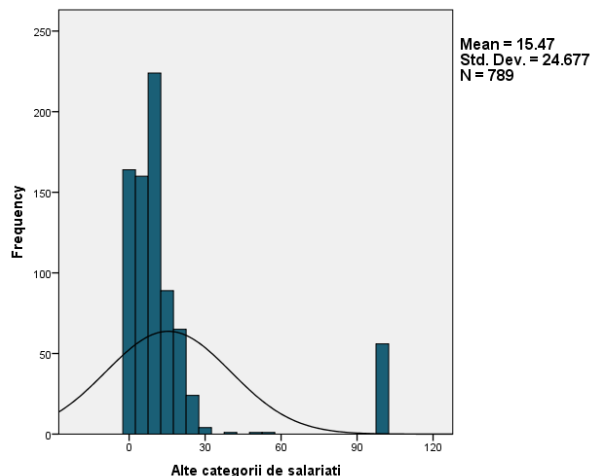


Figura 74-2015

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

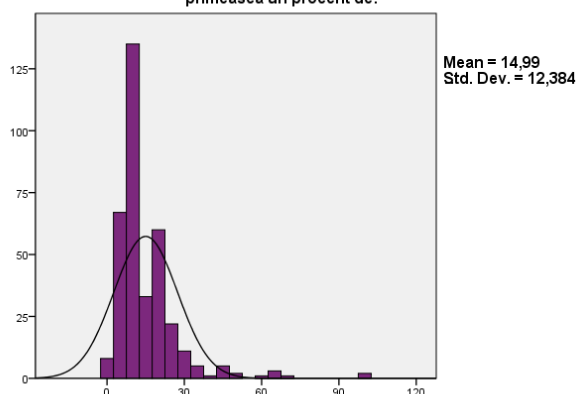


Figura 75-2013

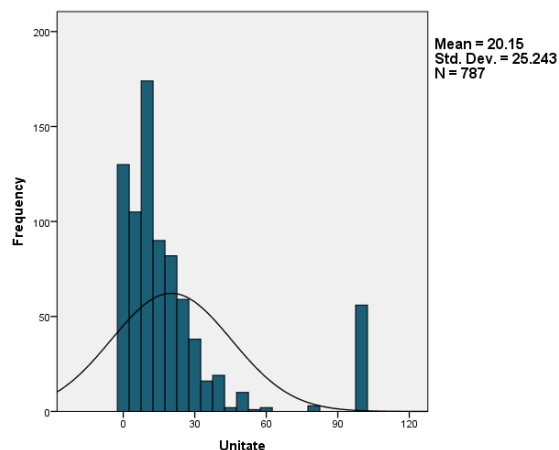


Figura 76-2013

Sintetizând, distribuția rezultată este următoarea:

Categoria profesională	Procentul ce ar trebui alocat 2013 ⁵⁸	Procentul ce ar trebui alocat 2015	Deviația standard 2013 ⁵⁹	Deviația standard 2015
Medici	46%	39.57%	15,28	17,84
Asistenți medicali	22%	26.55%	7,94	14,28
Alți membri ai echipei medicale	12%	17.5%	6,21	17,27
Alte categorii de salariați	8%	15.47%	4,88	24,67
Unitatea	13%	20.15%	12,38	25,24

Tabel 6-2013-2015

⁵⁸ Calculat după ponderare.

⁵⁹ 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

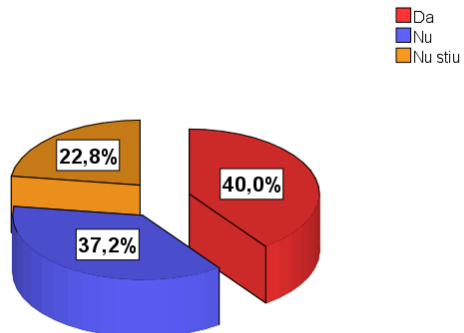


Figura 77-2013

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

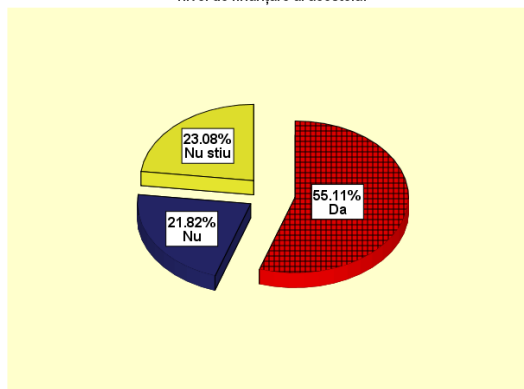


Figura 78-2015

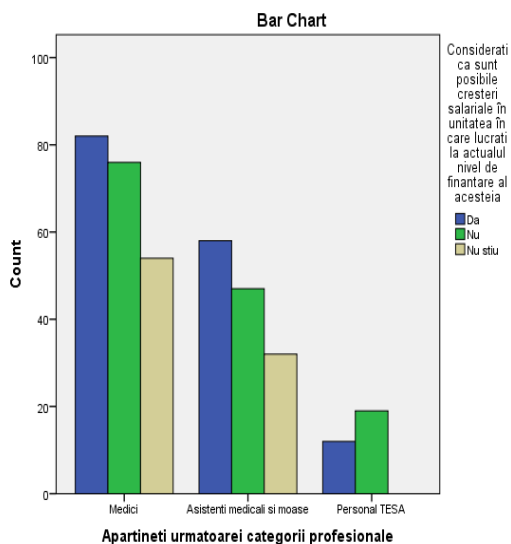


Figura 79-2013

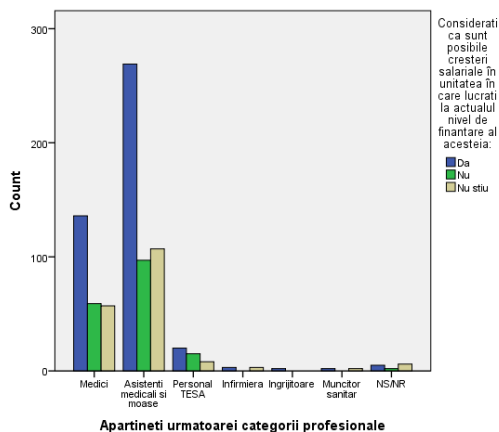


Figura 80-2015

Gradul de satisfacție

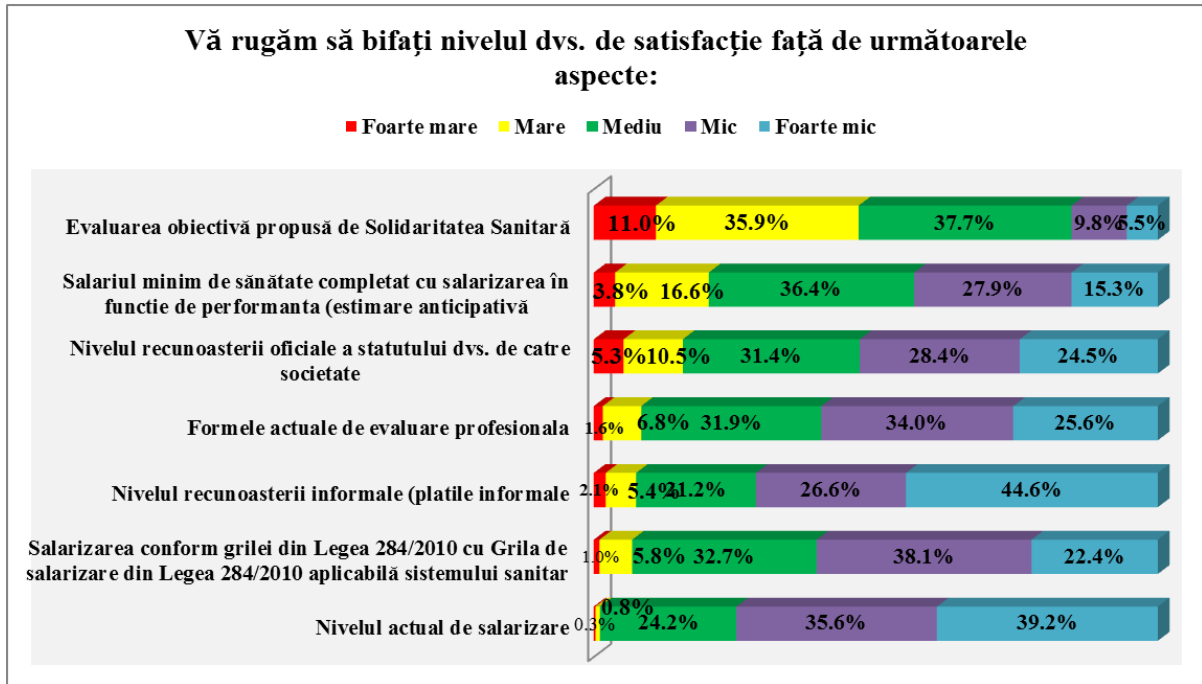


Figura 81-2015

Va rugam sa ne bifați nivelul dvs. de satisfacție fata de următoarele aspecte:
NIVELUL DE SALARIZARE

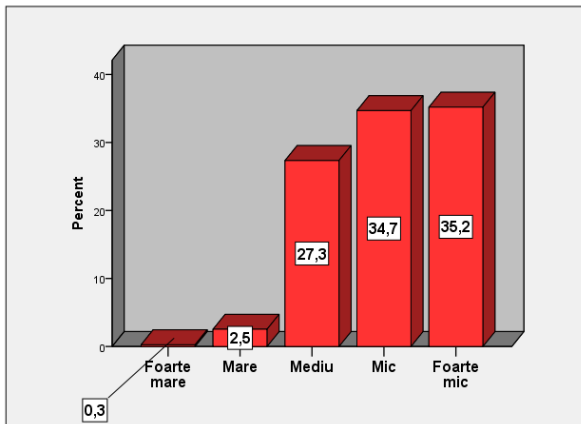


Figura 82-2013

Nivelul actual de salarizare

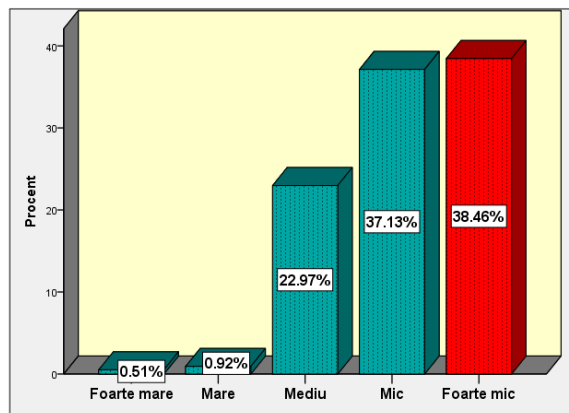


Figura 83-2015

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Va rugam sa ne bifati nivelul dvs. de satisfactie fata de urmatoarele aspecte: Grila de salarizare din Legea 284/2010 aplicabila sistemului sanitar

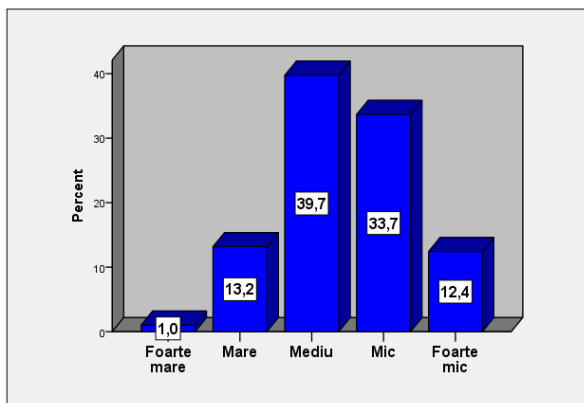


Figura 84-2013

Salarizarea conform grilei din Legea 284/2010 cu Grila de salarizare din Legea 284/2010 aplicabilă sistemului sanitar

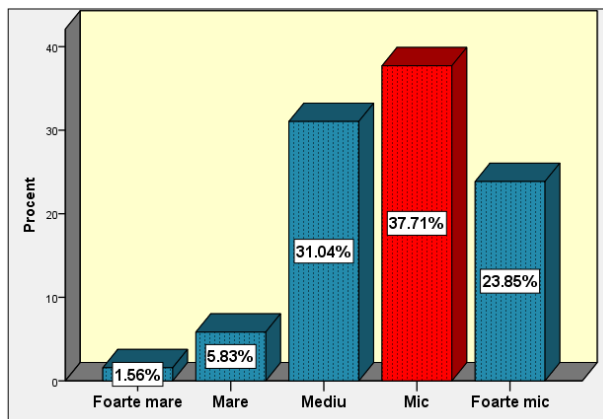


Figura 85-2015

Va rugam sa ne bifati nivelul dvs. de satisfactie fata de urmatoarele aspecte: SALARIZAREA ÎN FUNCȚIE DE PERFORMANȚĂ

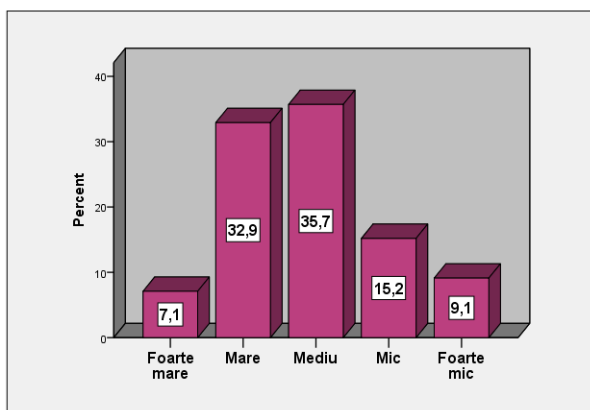


Figura 86-2013

Salariul minim de sănătate completat cu salarizarea în funcție de performanța

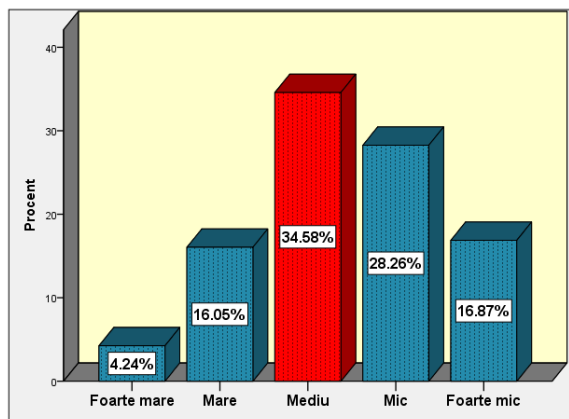


Figura 87-2015

Va rugam sa ne bifati nivelul dvs. de satisfactie fata de urmatoarele aspecte: FORMELE ACTUALE DE FORMARE PROFESIONALĂ

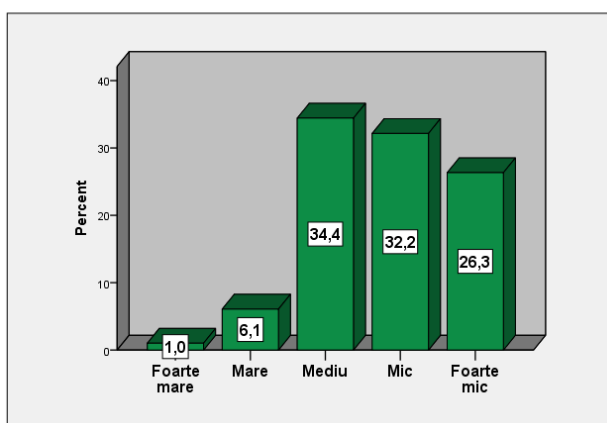


Figura 88-2013

Formele actuale de evaluare profesională

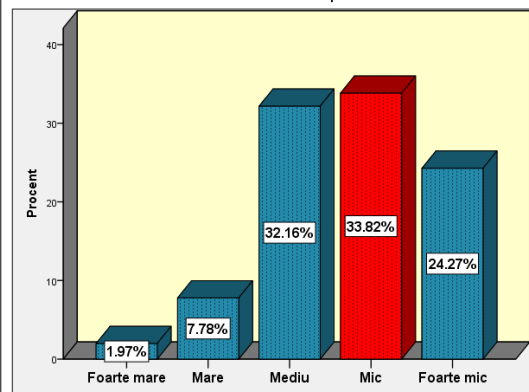


Figura 89-2015

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

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

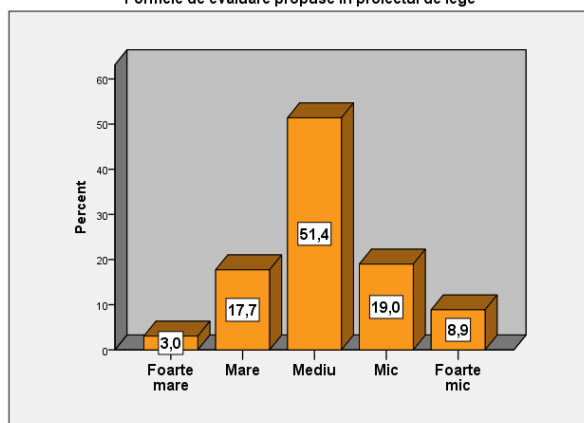


Figura 90-2013

Evaluarea obiectivă propusă de Solidaritatea Sanitară

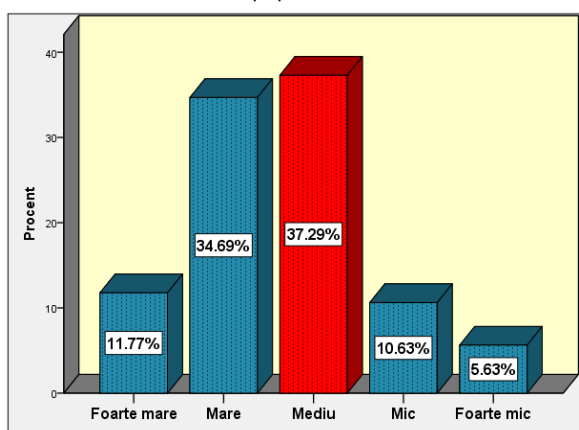


Figura 91-2015

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

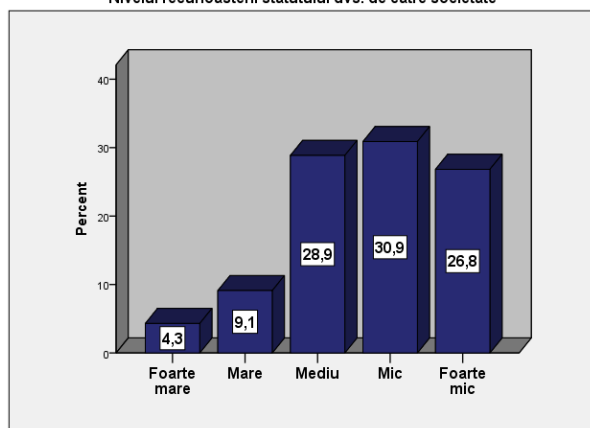


Figura 92-2013

Nivelul recunoașterii oficiale a statutului dvs. de către societate

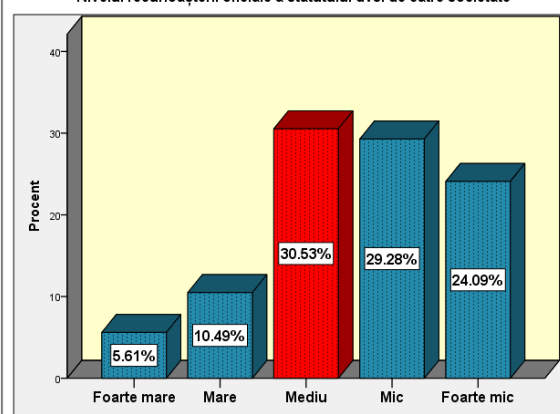


Figura 93-2015

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

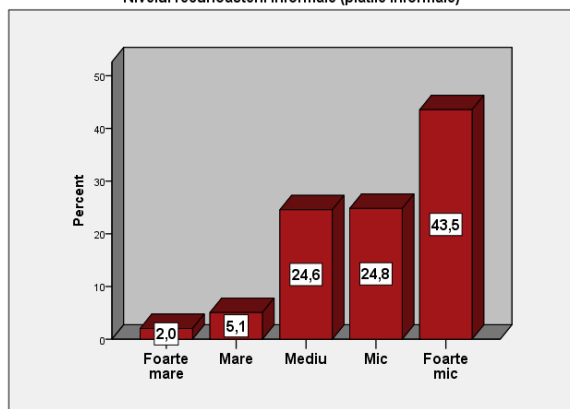


Figura 94-2013

Nivelul recunoașterii informale (platile informale)

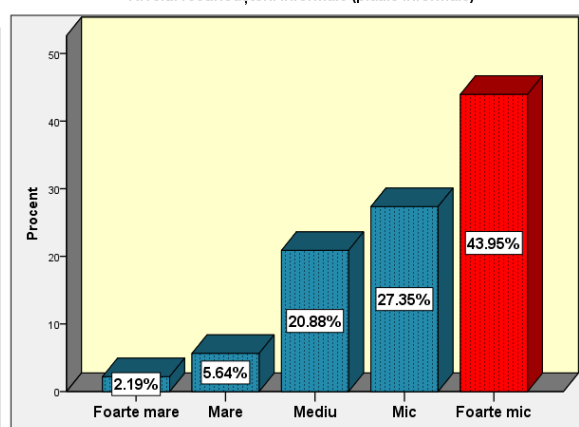


Figura 95-2015

Plățile informale

Condiționarea actului medical

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

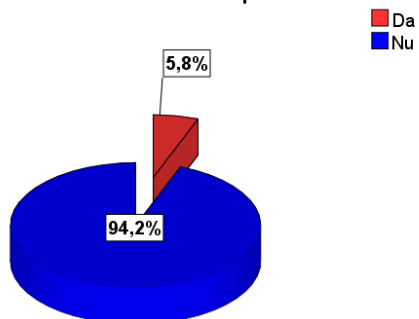


Figura 96-2013

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

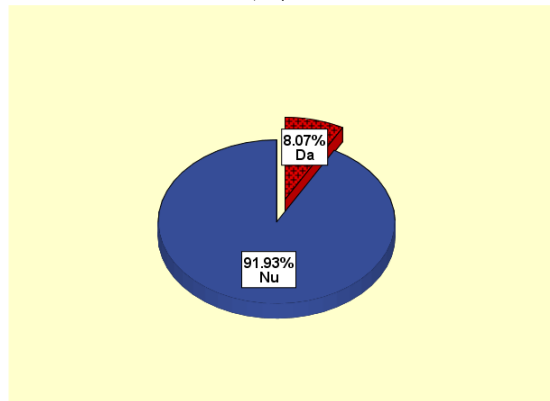


Figura 97-2015

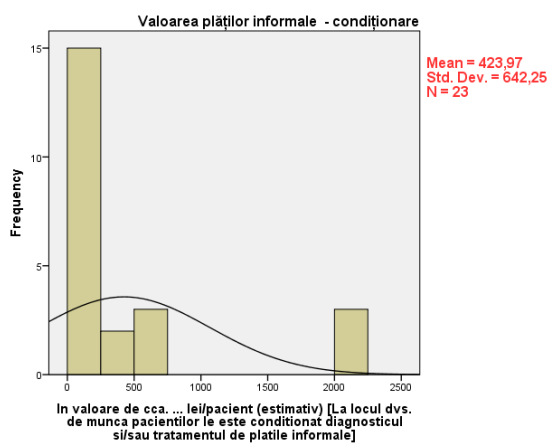


Figura 98-2013

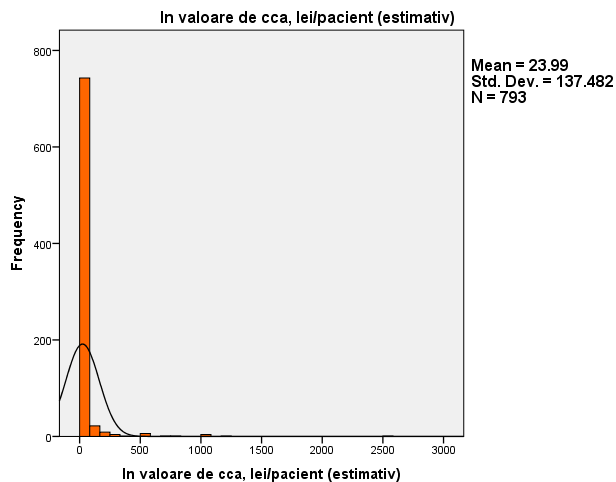


Figura 99-2015

Plățile voluntare

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

Da
Nu

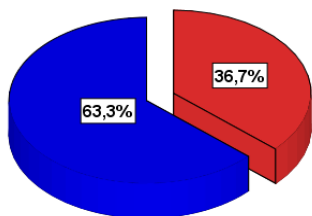


Figura 100-2013

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

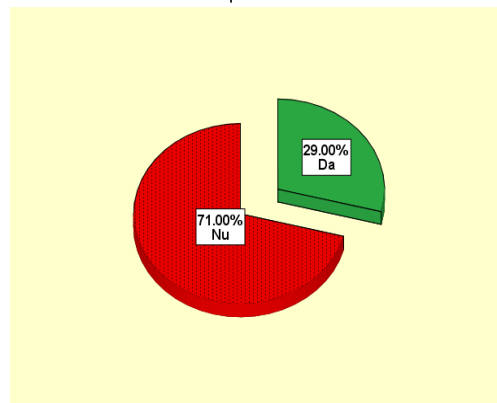


Figura 101-2015

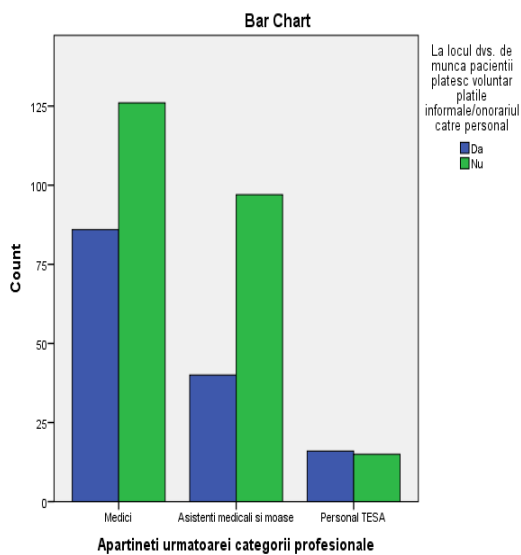


Figura 102-2013

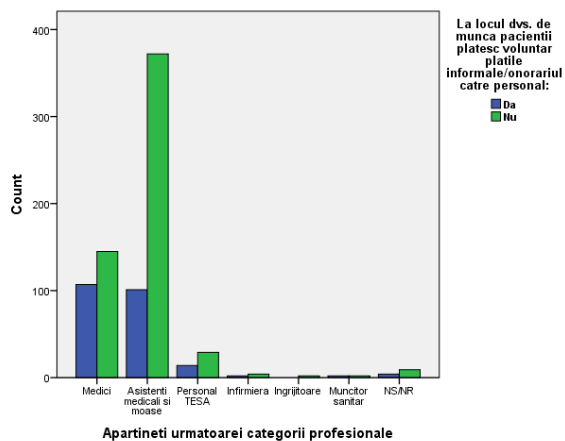


Figura 103-2015

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

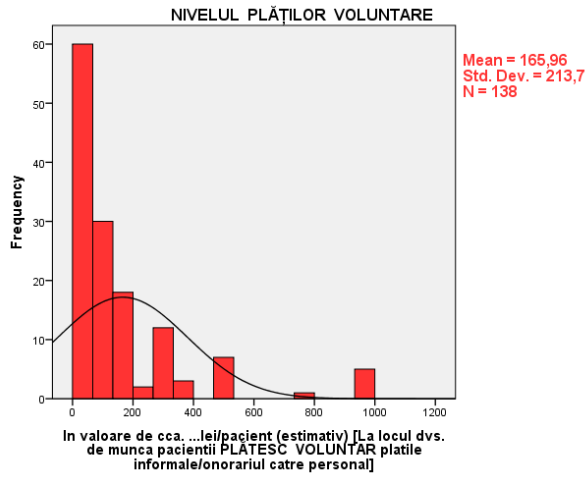


Figura 104-2013

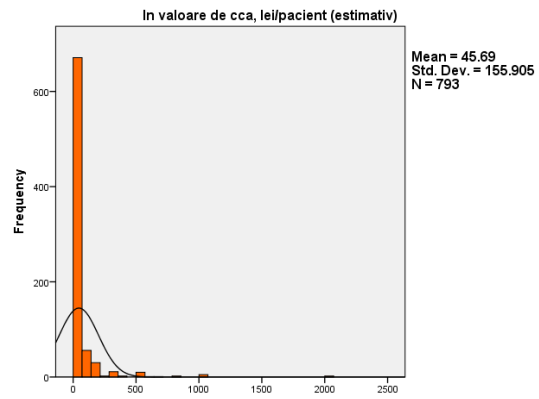


Figura 105-2015

Distribuția plăților informale

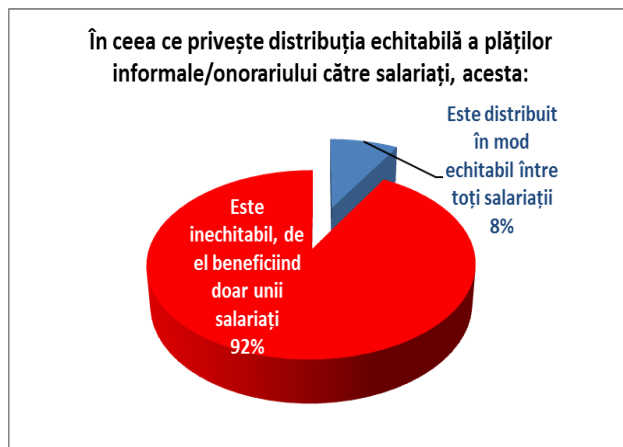


Figura 106-2013

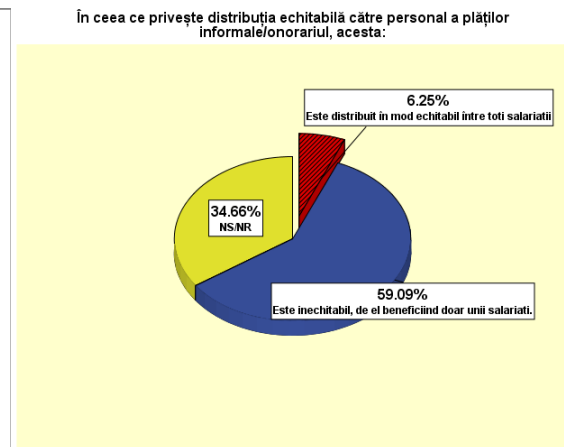


Figura 107-2015

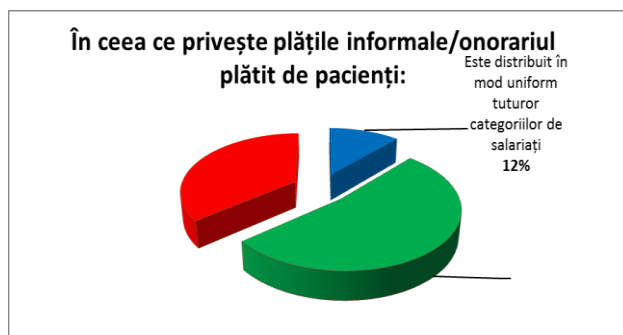


Figura 108-2013

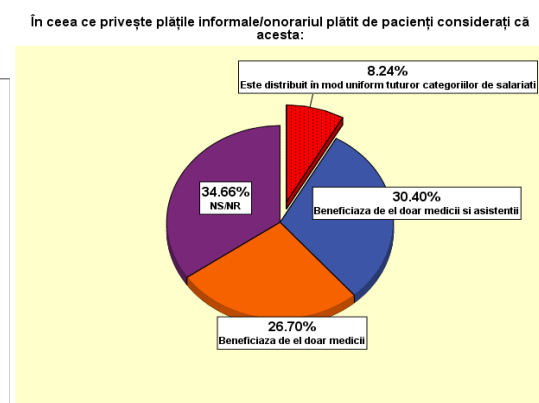


Figura 109-2015

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

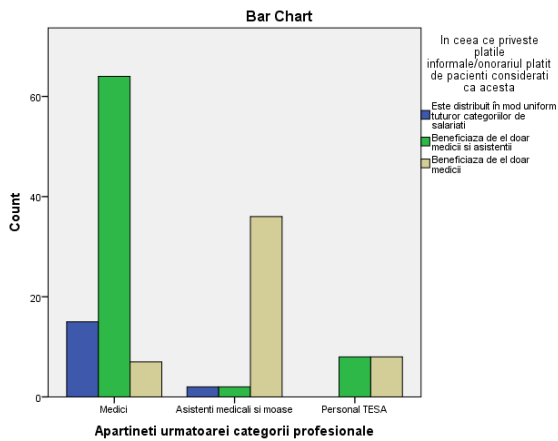


Figura 110-2013

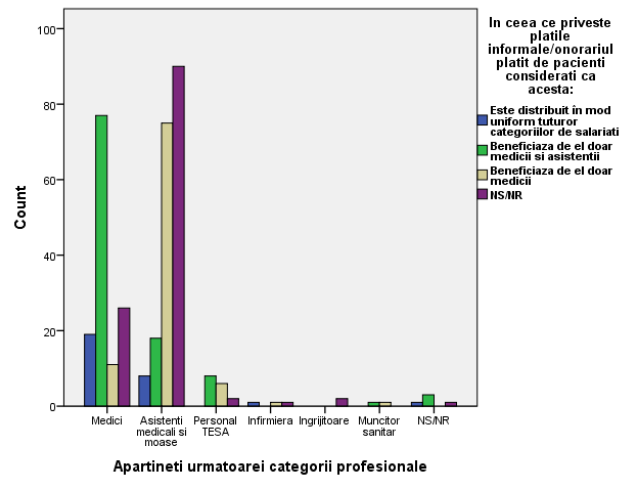


Figura 111-2015

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

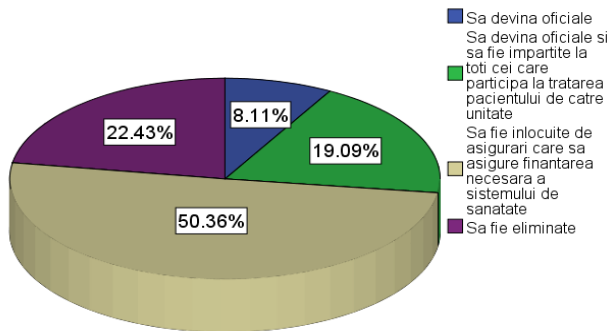


Figura 112-2013

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

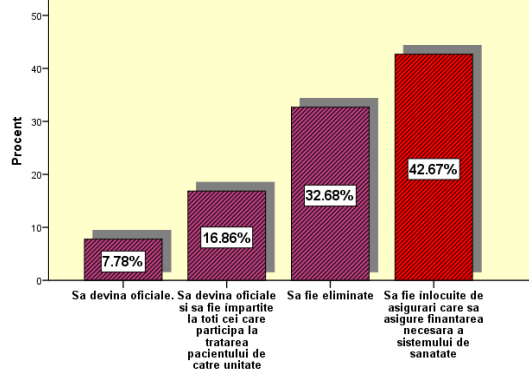


Figura 113-2015

Cumpărarea medicamentelor și a materialelor sanitare de către pacienți

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

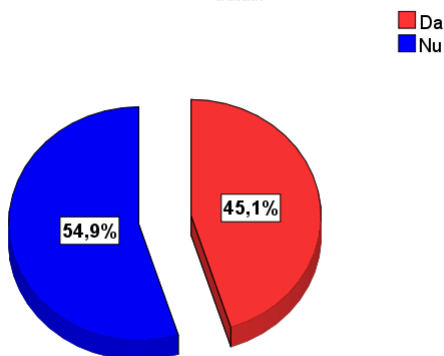


Figura 114-2013

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

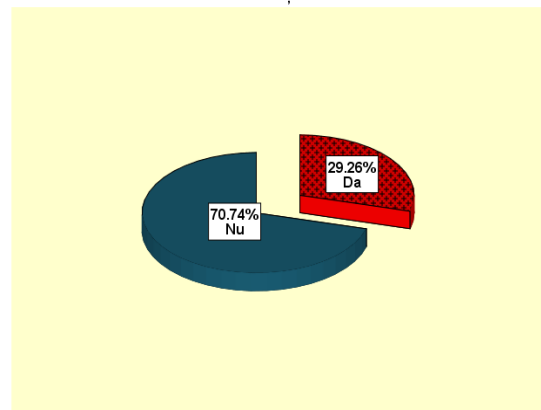


Figura 115-2013

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

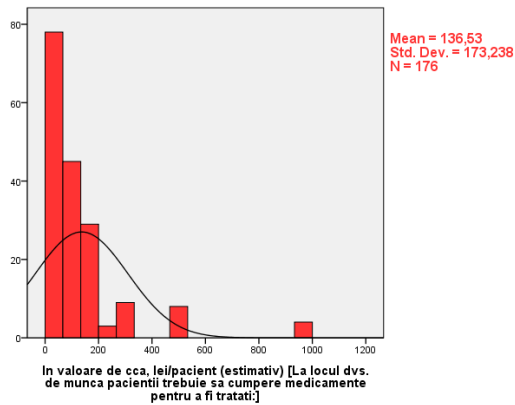


Figura 116-2013

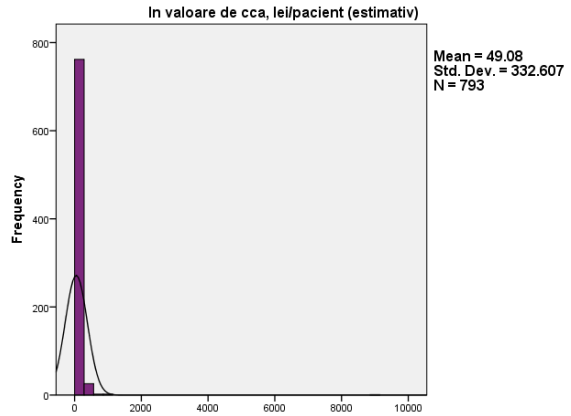


Figura 117-2015

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

Da
Nu

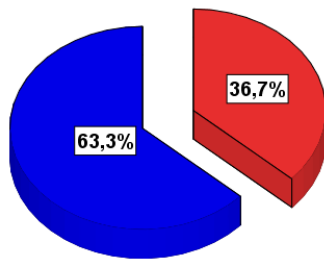


Figura 118-2013

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

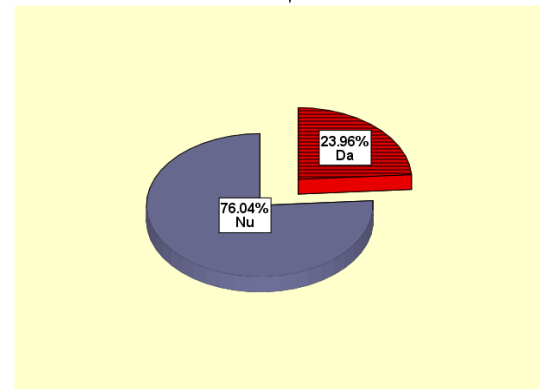


Figura 119-2015

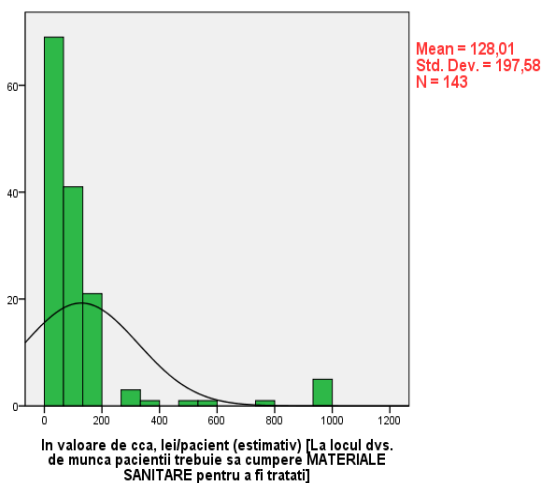


Figura 120-2013

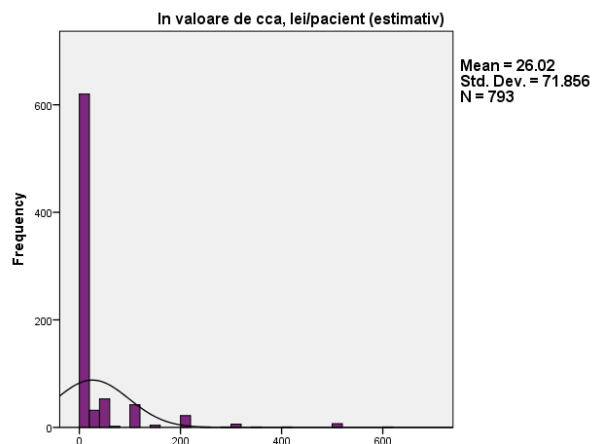


Figura 121-2015

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

În situația în care Guvernul nu este de acord cu solicitările privind creșterile salariale sunteți dispus/dispusă să participați la măsuri de protest:

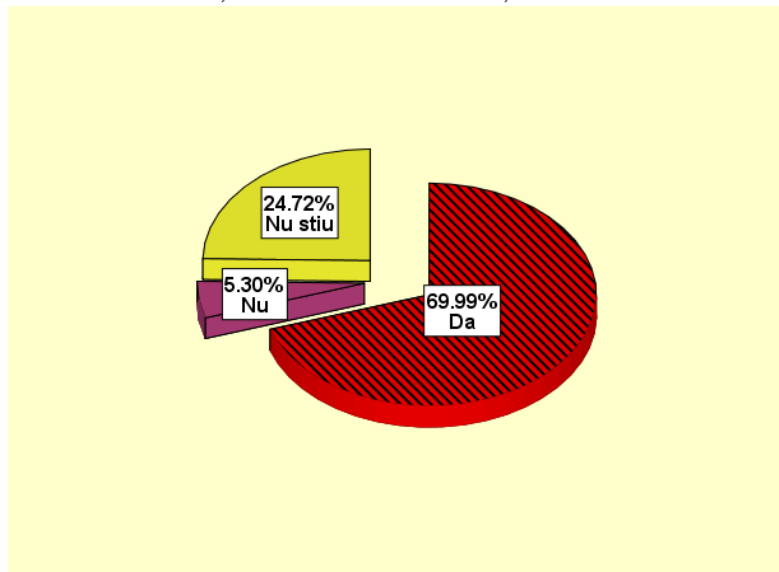


Figura 122-2015

La ce tip de proteste sunteți dispus/dispusă să participați:

La ce tip de proteste sunteți dispus/dispusă să participați:

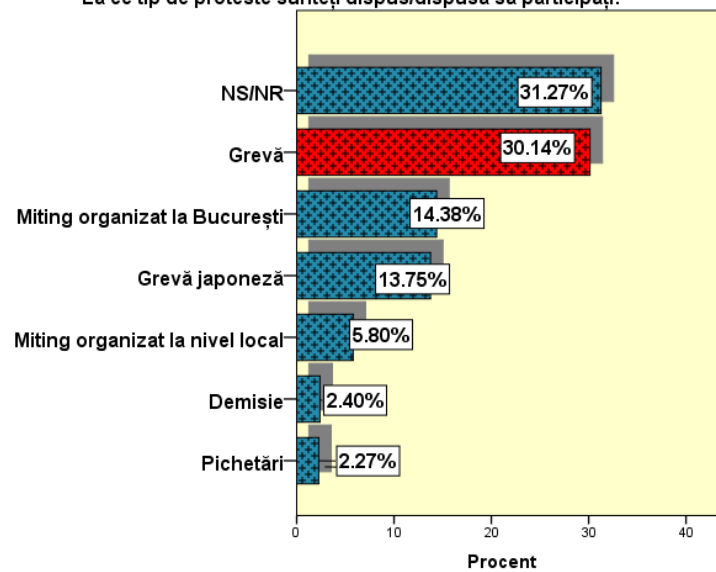


Figura 123-2015

Evaluarea discriminărilor salariale ale personalului nemedical (TESA) care lucrează în unitățile sanitare publice (2016)

Rotilă Viorel (coord.)

*Conferențiar univ. dr., Universitatea „Dunărea de Jos” Galați, Romania,
Jurist
viorelrotila@yahoo.com*

Ciobanu Georgiana

*Sociolog, M.Phil.,
Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, România,
georgianailcu@yahoo.com*

Lungu Laurențiu

*Expert sociologie online
Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, România,
l.laurentiu.gl@gmail.com*

Metodologie

Pentru buna desfășurare a cercetării și pentru asigurarea unui grad de control optim în ceea ce privește reprezentativitatea răspunsurilor oferite de cei cuprinși în eșantion, am utilizat două canale de comunicare, diseminare și aplicare a instrumentelor de cercetare, respectiv pe e-mail și facebook, asigurând accesul la informație cât mai multor angajați ai sistemului sanitar eligibili pentru a participa la cercetare, respectiv aparținând categoriei nemedicale de personal sanitar.

Astfel, subiecții cercetării fac parte din categoria nemedical (impropriu numit TESA) din unitățile sanitare publice din România, cercetarea având caracter exploratoriu, încercând să stabilească un punct de plecare pentru investigarea mai amplă a efectelor și impactului produs de aplicarea OUG 20/2016 și sesizarea cazurilor de discriminare salarială existente la nivel de unitate.

Aplicarea chestionarelor s-a făcut în perioada 07.07.2016-01.09.2016, prin intermediul canalelor electronice de comunicare, invitația de completare fiind transmisă pe e-mail la un număr de peste 2000 de apartenenți ai categoriei nemedicale de personal din toate regiunile țării și la cei activi în mediul on-line, vizați prin intermediul aplicațiilor specifice dezvoltate în cadrul Facebook.

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Selecția respondenților este una aleatorie, în funcție de dorința subiecților de a participa la această cercetare. Au completat chestionarul un număr de 345 angajați personal nemedical, fiind totodată 4879 de chestionare completate parțial, analiza fiind însă făcută exclusiv pe baza datelor complete. Astfel, eșantionul are următorul profil, în funcție de județul respondenților:

Județ	Procent	Județ	Procent
București	34.8%	Călărași	1.7%
Cluj	7.0%	Argeș	1.4%
Vâlcea	6.7%	Covasna	1.4%
Sibiu	5.5%	Giurgiu	1.4%
Constanța	4.1%	Mureș	1.4%
Galați	3.5%	Suceava	0.9%
Iași	3.2%	Tulcea	0.9%
Timiș	3.2%	Alba	0.6%
Brașov	2.6%	Botoșani	0.6%
Buzău	2.3%	Brăila	0.6%
Hunedoara	2.3%	Vaslui	0.6%
Bistrița-Năsăud	2.0%	Bihor	0.3%
Dâmbovița	2.0%	Dolj	0.3%
Harghita	2.0%	Gorj	0.3%
Maramureș	2.0%	Olt	0.3%
Neamț	2.0%	Teleorman	0.3%
Caraș-Severin	1.7%	Total	100%

Tabel 7-Județ respondenți

Q1. Sunteți informat(ă) asupra proiectului de Ordonanță de Urgență a Guvernului nr. 20/2016 privind corecțiile la legea unitară de salarizare?

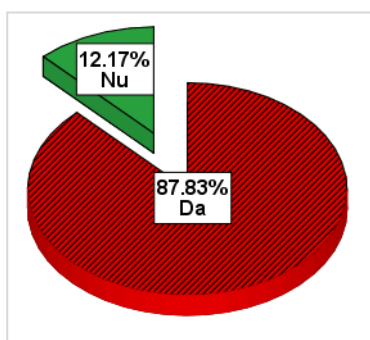


Figura 1

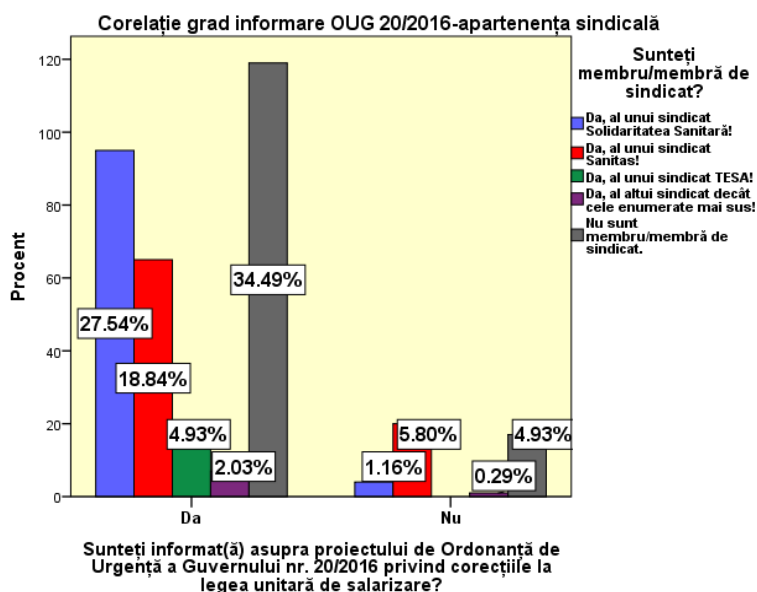


Figura 28

Gradul de informare asupra OUG 20/2016 este destul de mare, 87.83% dintre respondenți cunoscându-i modificările aduse legii unitare de salarizare, interesant însă fiind și influența apartenenței sindicale la accesul informațional. Astfel, 27.54% dintre cei care cunosc corecțiile aduse de OUG 20/2016 sunt membri de sindicat Solidaritatea Sanitară, ceea ce poate semnala influența sindicatelor la creșterea nivelului de informare cu privire la modificările legislative al angajaților din sistemul sanitar.

Q2. Sunteți mulțumit(ă) de salariul pe care l-ați avea în urma aplicării acestui act normativ?

Sunteți mulțumit(ă) de salariul pe care l-ați avea în urma aplicării acestui act normativ?

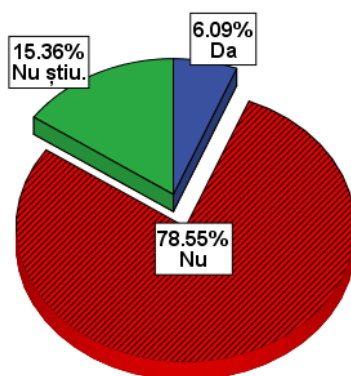


Figura 29

Nemulțumirea celor 78.55% dintre respondenți față de aplicarea actului normativ este pusă pe fondul lipsei creșterii salariale pentru categoria de personal investigată (confirmată de cei 72.75% care apreciază faptul că propriile salarii vor rămâne neschimbate prin aplicarea OUG 20/2016).

Q3. În urma aplicării acestui act normativ salariul dvs.:

În urma aplicării acestui act normativ salariul dvs.:

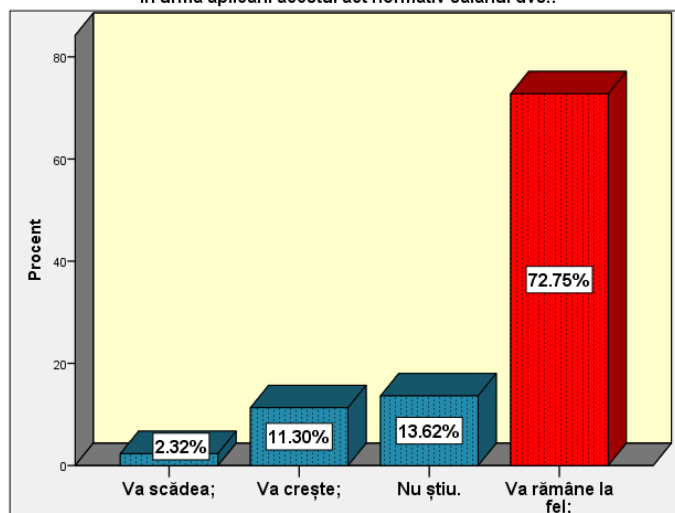


Figura 30

Q4. Considerați că în urma aplicării acestui act normativ discriminările salariale pentru personalul nemedical (TESA):

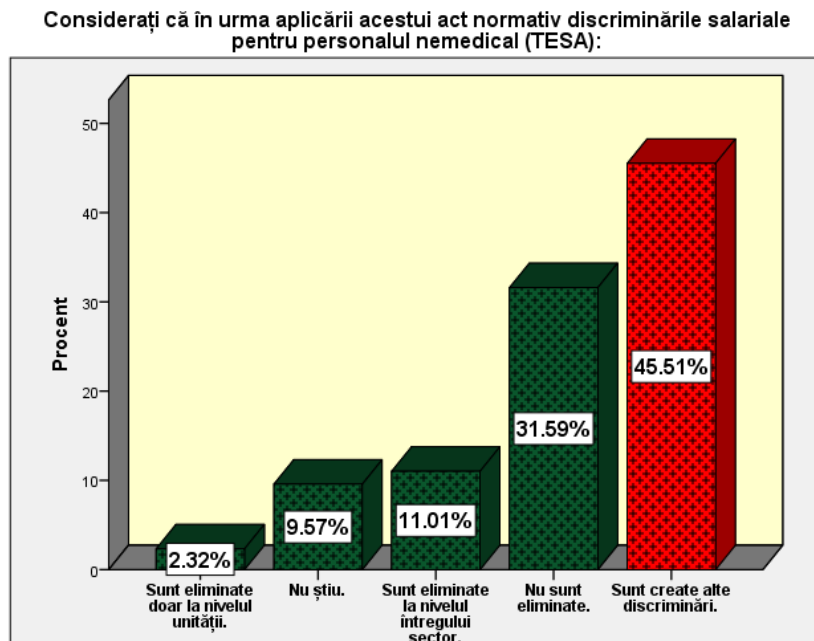


Figura 31

Odată cu aplicarea actului normativ, efectele pentru personalul TESA sunt considerate discriminatorii, atât prin crearea unor situații noi de potențare a inegalităților (45.51%), cât și prin lipsa soluționării celor existente deja în sistem pentru această categorie de personal sanitar.

Q5. Sunteți informat(ă) asupra negocierilor din cadrul Grupului de lucru privind corecțiile la legea de salarizare unitară a angajaților bugetari și asupra celor susținute de Federația „Solidaritatea Sanitară” din România în cadrul acestor negocieri pentru personalul nemedical (TESA)?

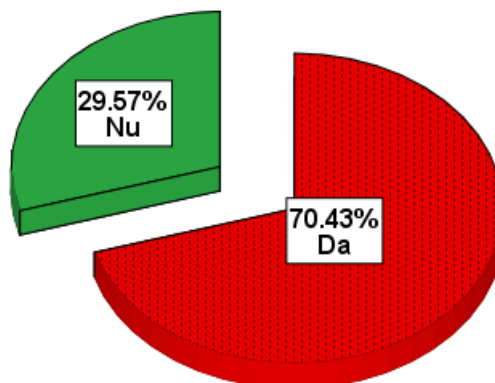


Figura 32

Q6. Considerați oportună inițiativa Federației „Solidaritatea Sanitară” din România de a include personalul nemedical în anexa de salarizare privitoare la Sănătate?

Considerați oportună inițiativa Federației „Solidaritatea Sanitară” din România de a include personalul nemedical în anexa de salarizare privitoare la Sănătate?

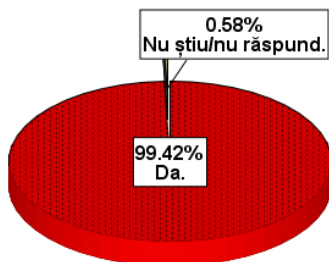


Figura 33

Cu un procent aproape integral, de 99.42%, salariații TESA consideră inițiativa Federației „Solidaritatea Sanitară” de includere în anexa de salarizare a OUG 20/2016 ca fiind benefică și o bună soluție pentru eliminarea discriminărilor prezente în sistem momentan în ceea ce privește această categorie profesională.

Q7. Sunteți de acord cu salarizarea diferențiată a personalului nemedical (TESA) pe categorii de spitale?

Sunteți de acord cu salarizarea diferențiată a personalului nemedical (TESA) pe categorii de spitale?

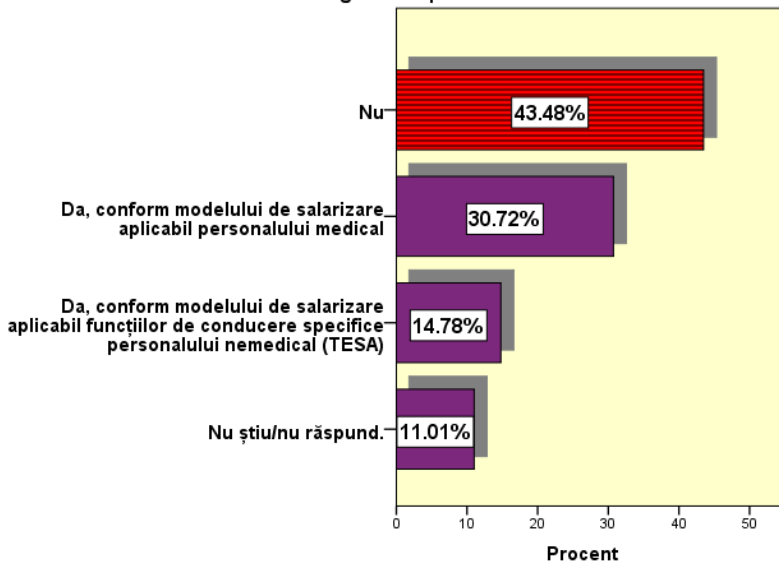


Figura 34

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

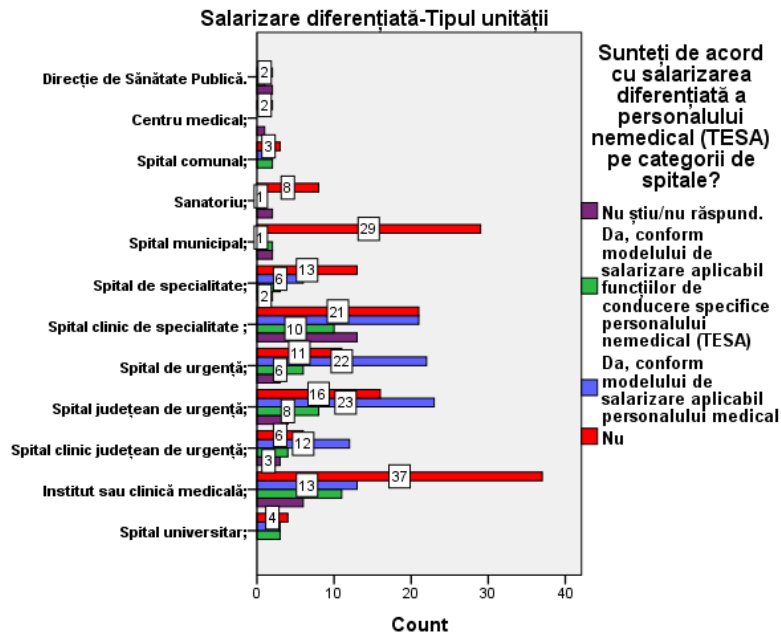


Figura 35-Corelație Saraizare diferențiată-Unitatea de lucru

Analizând dezacordul respondenților față de aplicarea salarizării diferite a personalului nemedical pe categorii de unități sanitare, observăm faptul că majoritatea lucrează în institute sau clinici medicale sau spitale municipale.

Q8. Considerați oportună constituirea unui organism profesional/asociație profesională pentru profesia dvs. care să promoveze imaginea acesteia și să-i apere interesele?

Considerați oportună constituirea unui organism profesional/asociație profesională pentru profesia dvs. care să promoveze imaginea acesteia și să-i apere interesele?

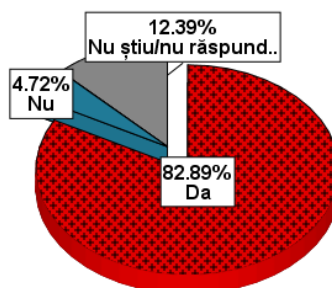


Figura 36

Lipsa sentimentului de reprezentare sindicală adecvată la nivelul categoriei profesionale a personalului nemedical (TESA) este confirmată de procentul de 82.89% a celor

care consideră oportună înființarea unui organism profesional specific categoriei profesionale în care se încadrează, organism specializat pe problematicile specifice TESA.

Q9. Știți care este salariul la care aveți dreptul în urma aplicării OUG 20/2016?

Știți care este salariul la care aveți dreptul în urma aplicării OUG 20/2016?

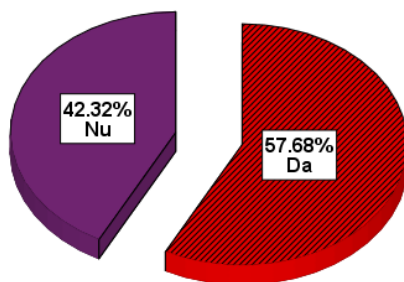


Figura 37

Q10. La nivelul unității dvs. există colegi care au aceeași funcție, același nivel de studii, aceeași vechime, respectiv aceeași clasă de salarizare, dar au salarii:

La nivelul unității dvs. există colegi care au aceeași funcție, același nivel de studii, aceeași vechime, respectiv aceeași clasă de salarizare, dar au salarii:

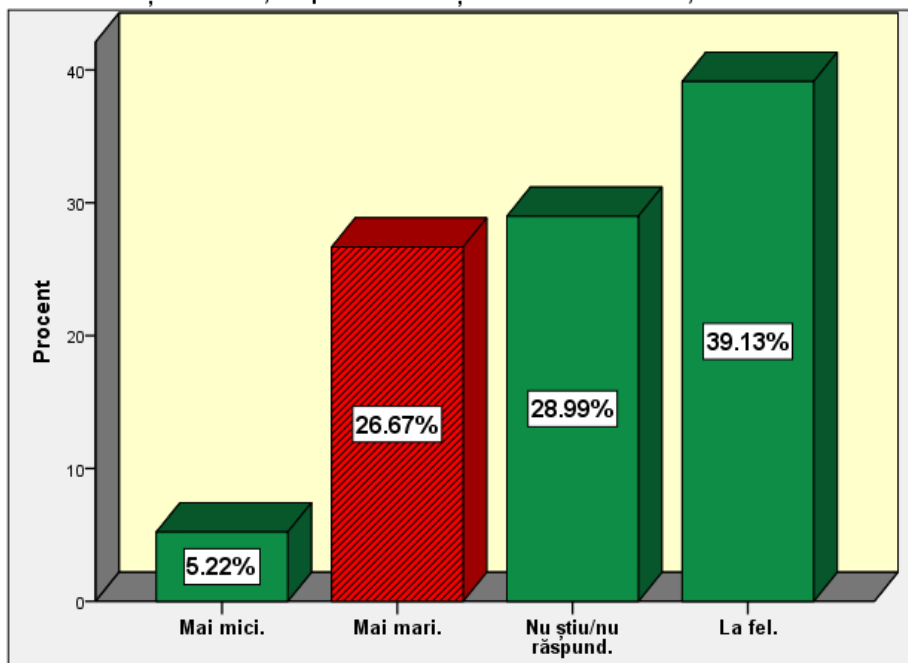


Figura 38

Sunt semnalate discriminări salariale existente la nivel de unitate în ceea ce privește remunerarea pentru aceleași funcții cu grade de salarizare identice (26.67% menționează

salarii mai mari), ceea ce subliniază o problemă deja existentă la nivel de unitate, nesoluționată momentan prin aplicarea OUG 20/2016.

Q11. Dvs. cunoașteți modalitatea de calcul a salariului la care aveți dreptul?

Dvs. cunoașteți modalitatea de calcul a salariului la care aveți dreptul?

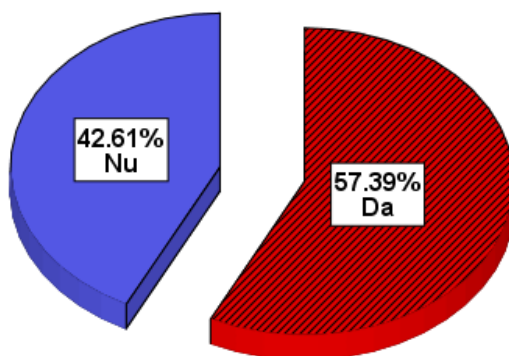


Figura 39

Q12. Vă considerați discriminat(ă) salarial față de personalul medical:

Vă considerați discriminat(ă) salarial față de personalul medical?

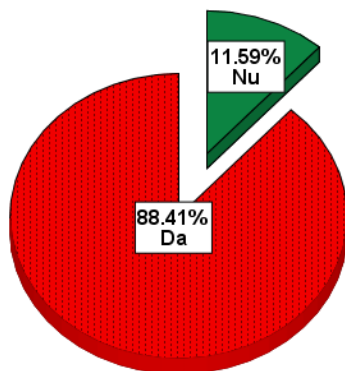


Figura 40

Fenomenul discriminării salariale resimțite de personalul nemedical este amplificat și în paralela creată cu personalul medical, 88.41% dintre respondenți simțindu-se discriminați în această situație, ceea ce poate în perspectivă să conducă la conflicte interne sau la relații tensionate între angajații aceleiași unități sanitare. Un alt aspect semnalat, conform Figurii nr.16 (72.75%), este acela al prezenței discriminării și față de personalul nemedical cu funcții de conducere, inclus în anexa de salarizare a OUG 20/2016, astfel încât discriminarea este

resimțită pe mai multe planuri: față de personalul medical al aceleiași unități de lucru și față de aceeași categorie profesională de apartenență, dar cu funcții de conducere.

Q13. Din informațiile dvs., OUG 20/2016 a crescut salariilor tuturor angajaților aparținând personalului medical?

Din informațiile dvs., OUG 20/2016 a crescut salariilor tuturor angajaților aparținând personalului medical?

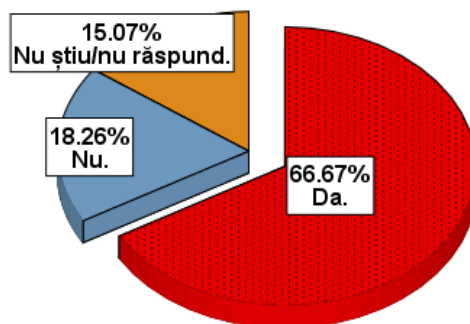


Figura 41

Q14. Considerați discriminatorie creșterea salariilor pentru funcțiile de conducere ale personalului nemedical (cuprinse în anexa de salarizare privitoare la Sănătate)?

Considerați discriminatorie creșterea salariilor pentru funcțiile de conducere ale personalului nemedical (cuprinse în anexa de salarizare privitoare la Sănătate)?

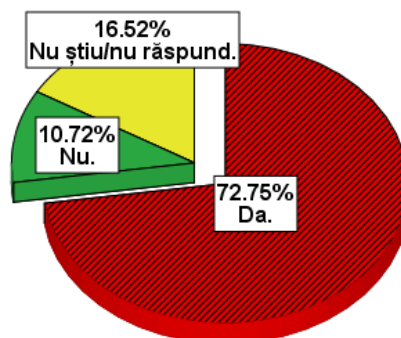


Figura 42

Q15. În care din situațiile de mai jos vă aflați? (Puteți să bifați una, mai multe sau toate variantele)

Deși 25.5% dintre respondenți au menționat faptul că nu se află în nici una din situațiile menționate, restul de 74.5% au ales următoarele situații corespunzătoare:

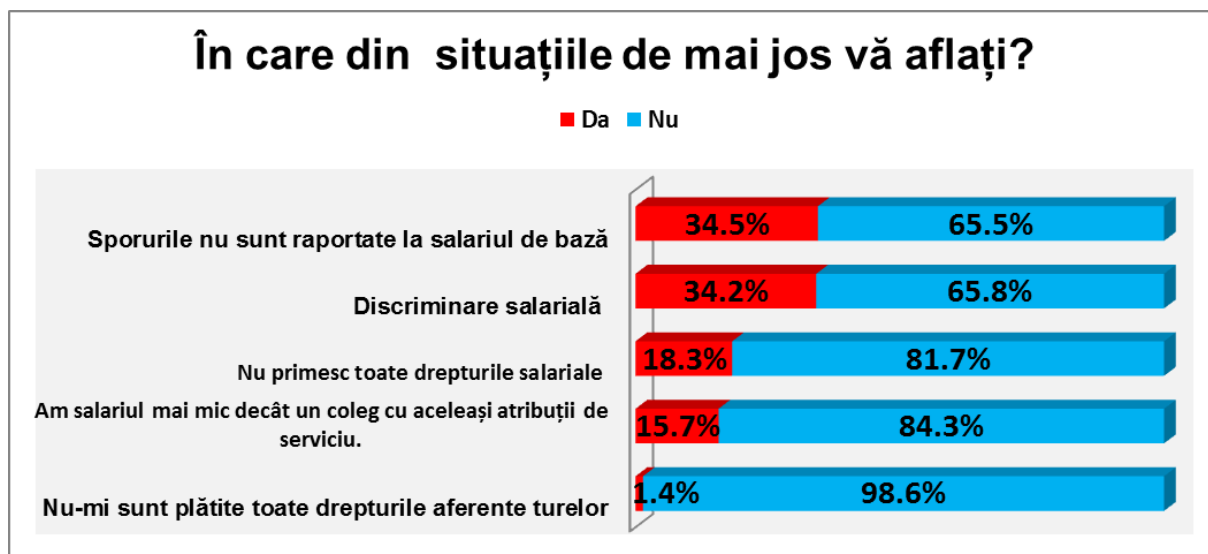


Figura 43

Q16. Sunteți membru/membră de sindicat?

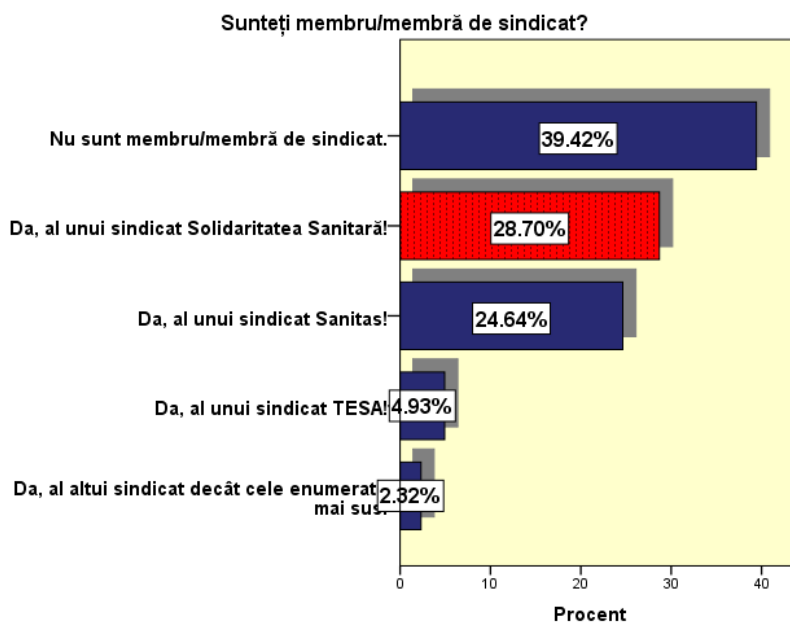


Figura 44

Q17. Dacă s-ar organiza un referendum la nivelul unității dvs., conform prevederilor legale, pentru a decide în privința protestelor, ați vota:

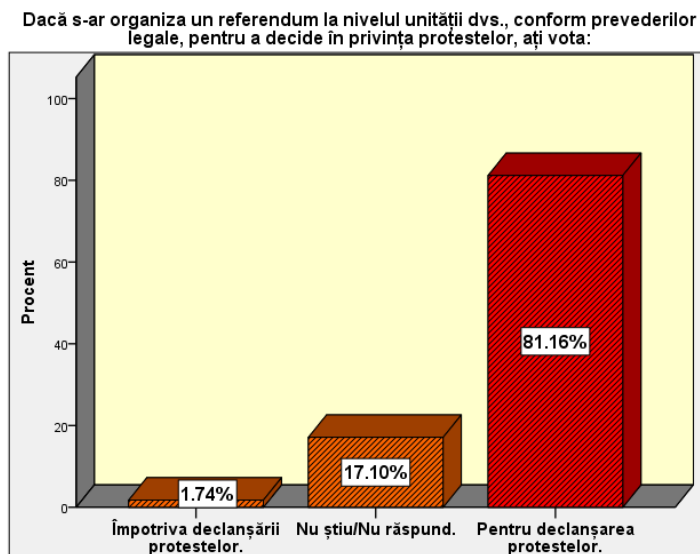


Figura 45

Pe baza intensificării procesului de discriminare salarială creată și de aplicarea normelor OUG 20/2016, respondenții (în proporție de 81.16%) menționează disponibilitatea pentru declanșarea protestelor, intenție confirmată și de procente mari ale celor care ar accepta ca forme de protest greva generală (37.39%) și greva de avertisment.

Q18. Pentru obligarea Guvernului de a accepta revendicările bifate de dvs., considerați că este oportună următoarea formă de protest:

Pentru obligarea Guvernului de a accepta revendicările bifate de dvs., considerați că este oportună următoarea formă de protest:

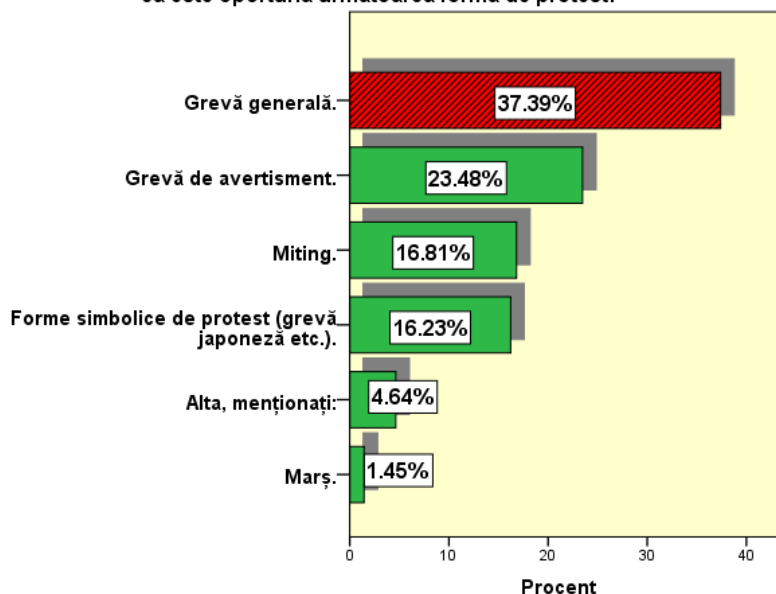


Figura 46

Q19. Pentru susținerea revendicărilor bifate de dvs. sunteți dispus(ă) să participați la următoarele forme de protest:

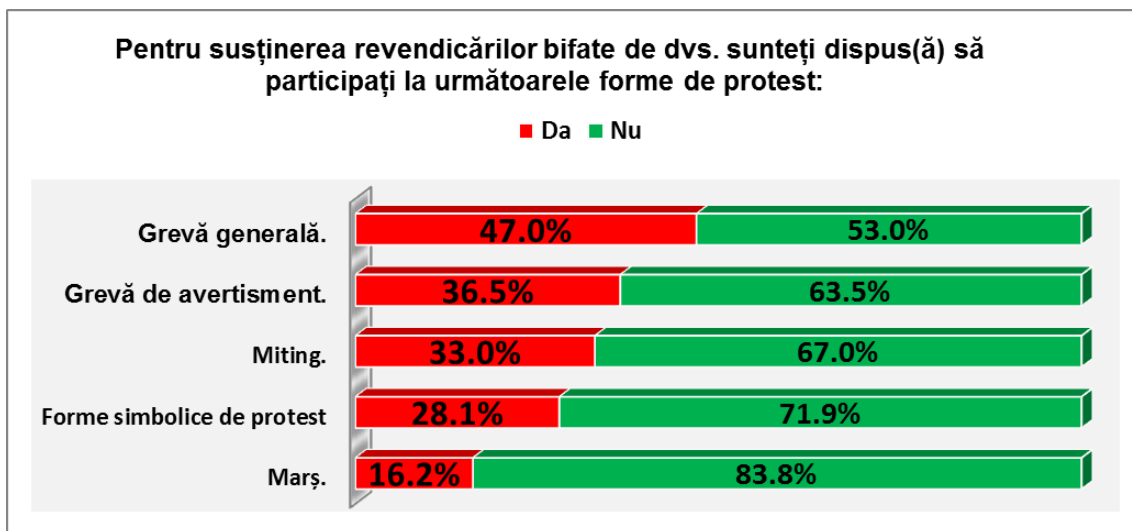


Figura 47

Q20. În cazul organizării unei greve generale, ați fi dispus(ă) să stați în grevă, fără salariul, pentru o perioadă de:

În cazul organizării unei greve generale, ați fi dispus(ă) să stați în grevă, fără salariul, pentru o perioadă de:

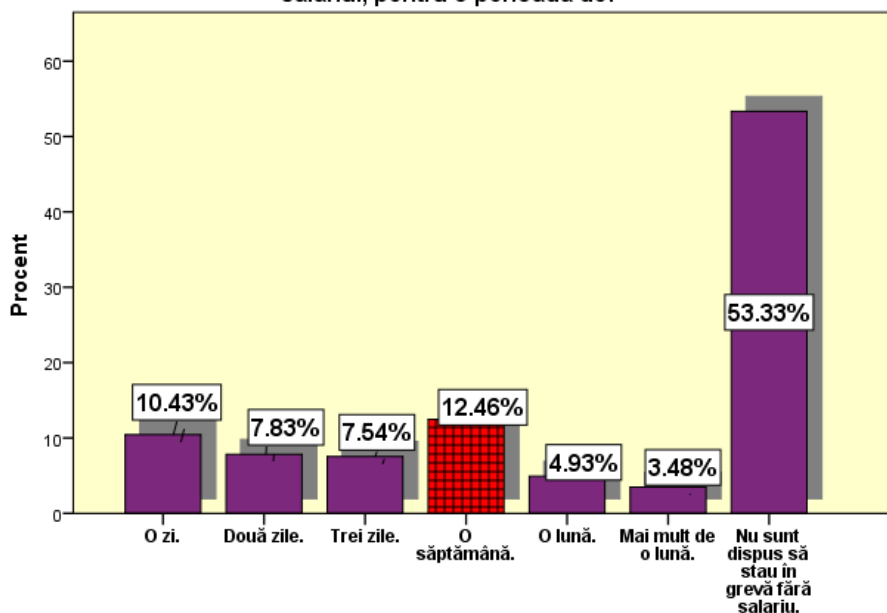


Figura 48

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Din procentul celor dispuși să susțină revendicările pentru eliminarea discriminărilor salariale prin grevă general, fără salariu, 12.46% ar alege ca perioadă o săptămână.

Q21. Considerați oportună corelarea nivelului de salarizare cu tipul de spital, respectiv cu nivelul de finanțare al unității sanitare?

Considerați oportună corelarea nivelului de salarizare cu tipul de spital, respectiv cu nivelul de finanțare al unității sanitare?

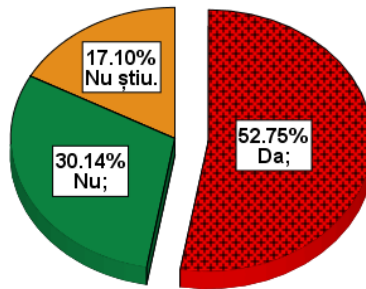


Figura 49

Q22 În unitatea dvs. personalul nemedical este:

În unitatea dvs. personalul nemedical este:

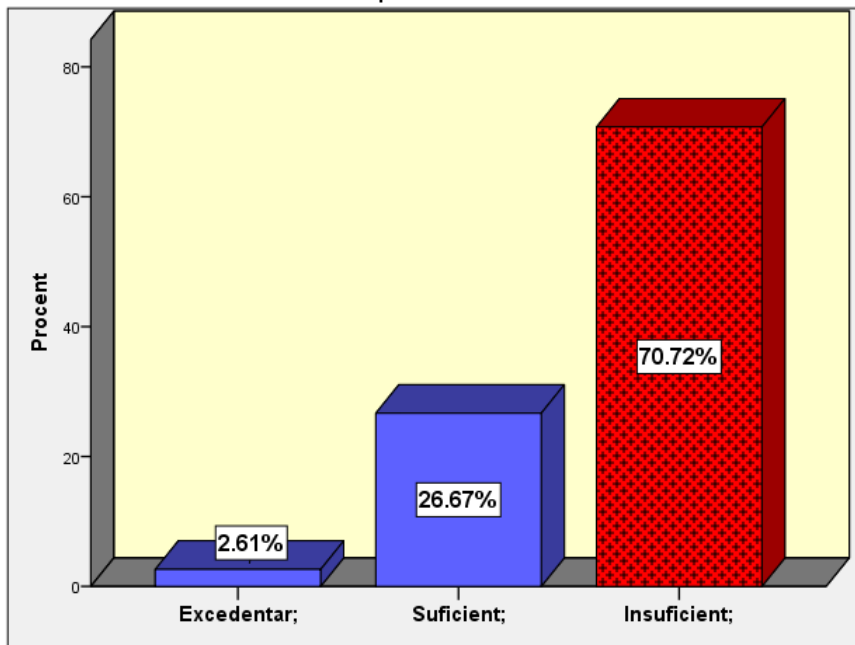


Figura 50

Q23 Considerați oportună modificarea normativului de personal pentru personalul nemedical, în sensul unei mai mare adecvări a fiecărei categorii de angajați la necesitățile spitalului?

Considerați oportună modificarea normativului de personal pentru personalul nemedical, în sensul unei mai mare adecvări a fiecărei categorii de angajați la necesitățile spitalului?

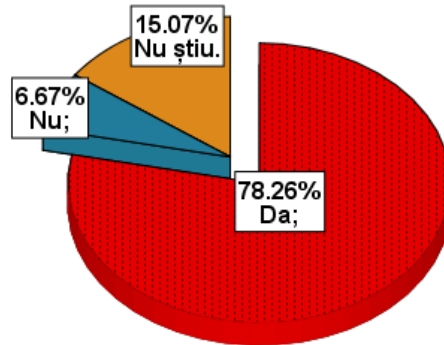


Figura 51

Q24 În urma aplicării OUG 20/2016 salariul dvs. de bază va fi în valoare de Lei.

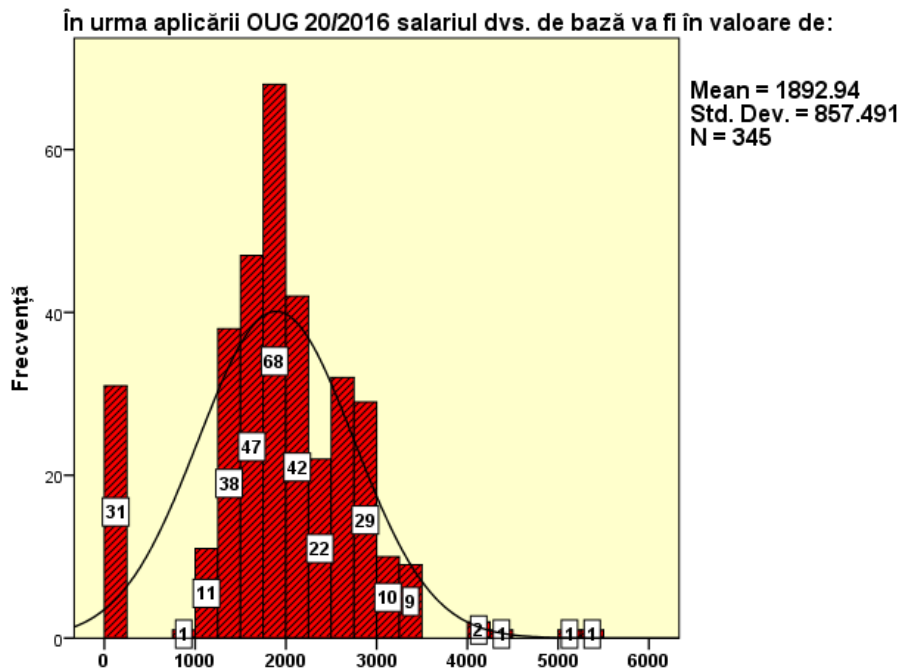


Figura 52

Valoarea medie la care se ridică salariul de bază pentru personalul nemedical în urma aplicării OUG 20/2016 este de 1892 lei.

Q25 Dvs. beneficiați de sporuri pentru locul de muncă?

Dvs. beneficiați de sporuri pentru locul de muncă?

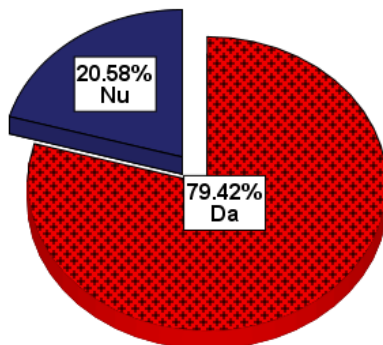


Figura 53

Q26 Dvs. aveți inclus în salariul de bază salariul de merit?

Dvs. aveți inclus în salariul de bază salariul de merit?

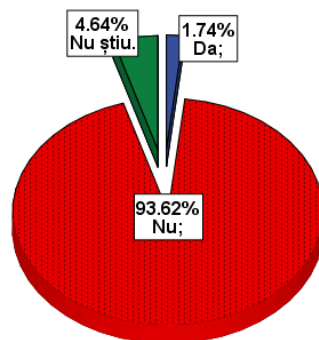


Figura 54

79.42% dintre respondenți menționează faptul că beneficiază de sporuri la locul de muncă, însă de remarcat este procentul de 1.74% a celor care au inclus în salariul de bază și salariul de merit, situație problematică ce semnaleză existența unei nereguli la nivel de unitate.

Q27 Pe o scală de la 1 la 10 vă rog să bifați locul pe care considerați ar trebui să-l ocupe salariul de bază (la gradația 0) al următoarelor categorii de salariați:

Pentru o analiză comparativă expunem valoarea medie pentru fiecare categorie de salariați, în ordinea ierarhică rezultată în urma răspunsurilor obținute în anul 2016, comparativ cu cercetările anterioare din 2013 și 2015:

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Categoria	Valoarea medie 2013	Valoarea medie 2015	Valoarea medie 2016
Medicul primar	9,48	9,52	7.81
Medicul specialist	8,62	8,91	7.45
Personalul TESA cu studii superioare	6,53	7,58	6.87
Medicul rezident	7,34	7,91	6.81
Asistenta medicală cu studii superioare	7,08	8,05	6.72
Asistenta medicală cu colegiu	6,34	7,44	6.29
Asistenta medicală cu postliceală	5,88	5,72	5.9
Personalul TESA cu studii medii	5,38	5,44	5.72
Sora medicală	5,08	5,26	5.55
Muncitorii	4,18	5,68	5.36
Infirmiera	4,47	6,14	5.19
Îngrijitoarea	4,03	5,24	5.16

Tabel 8-Comparație ierarhie salarială 2013-2016

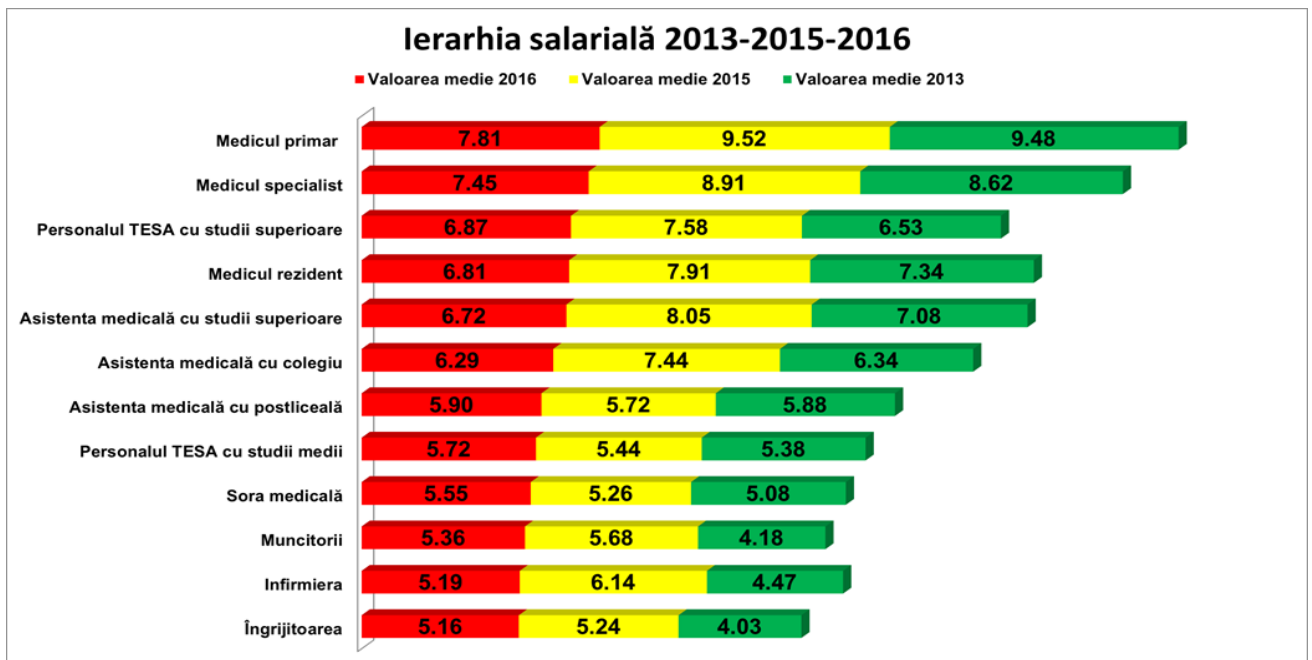


Figura 55

Doriți să susțineți acțiunile Federației „Solidaritatea Sanitară” din România privind personalul nemedical (TESA) centrate pe:

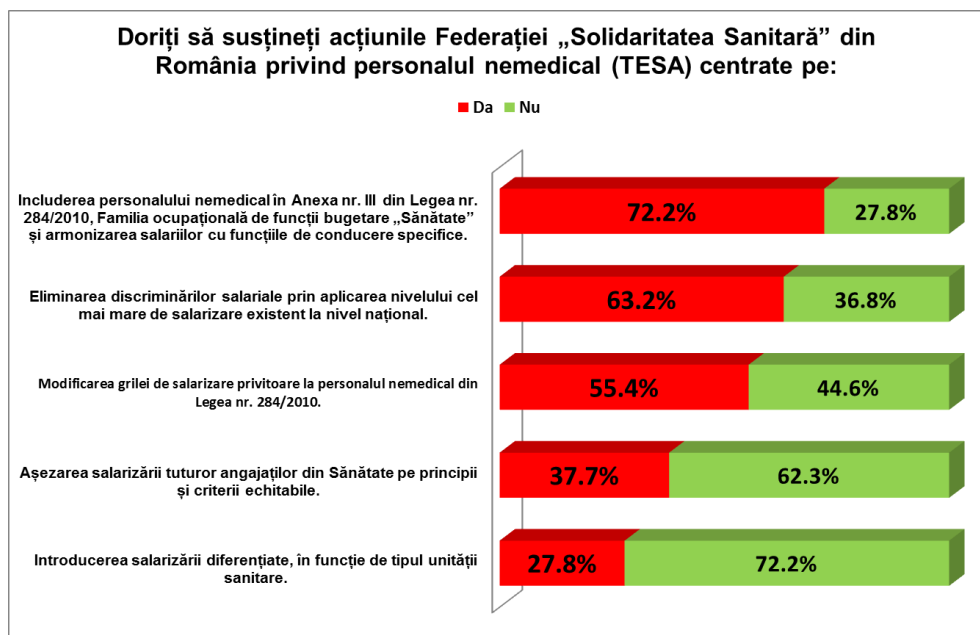


Figura 56

Măsura pe care majoritatea de 72.2% dintre respondenți o consideră ca fiind oportună în ceea ce privește eliminarea situațiilor discriminatorii a personalului TESA este cea de includere a personalului nemedical în Anexa III din Legea 284/2010 și armonizarea salariilor cu funcțiile de conducere specifice, precum și „eliminarea discriminărilor prin aplicarea nivelului cel mai mare de salarizare existent la nivel național” (63.2% susțin de asemenea și această măsură). Corelat cu răspunsurile negative de la o altă întrebare de la prezenta cercetare, măsura mai puțin agreată de către personalul nemedical este aceea de salarizare în funcție de tipul unității sanitare (27.8% o susțin).

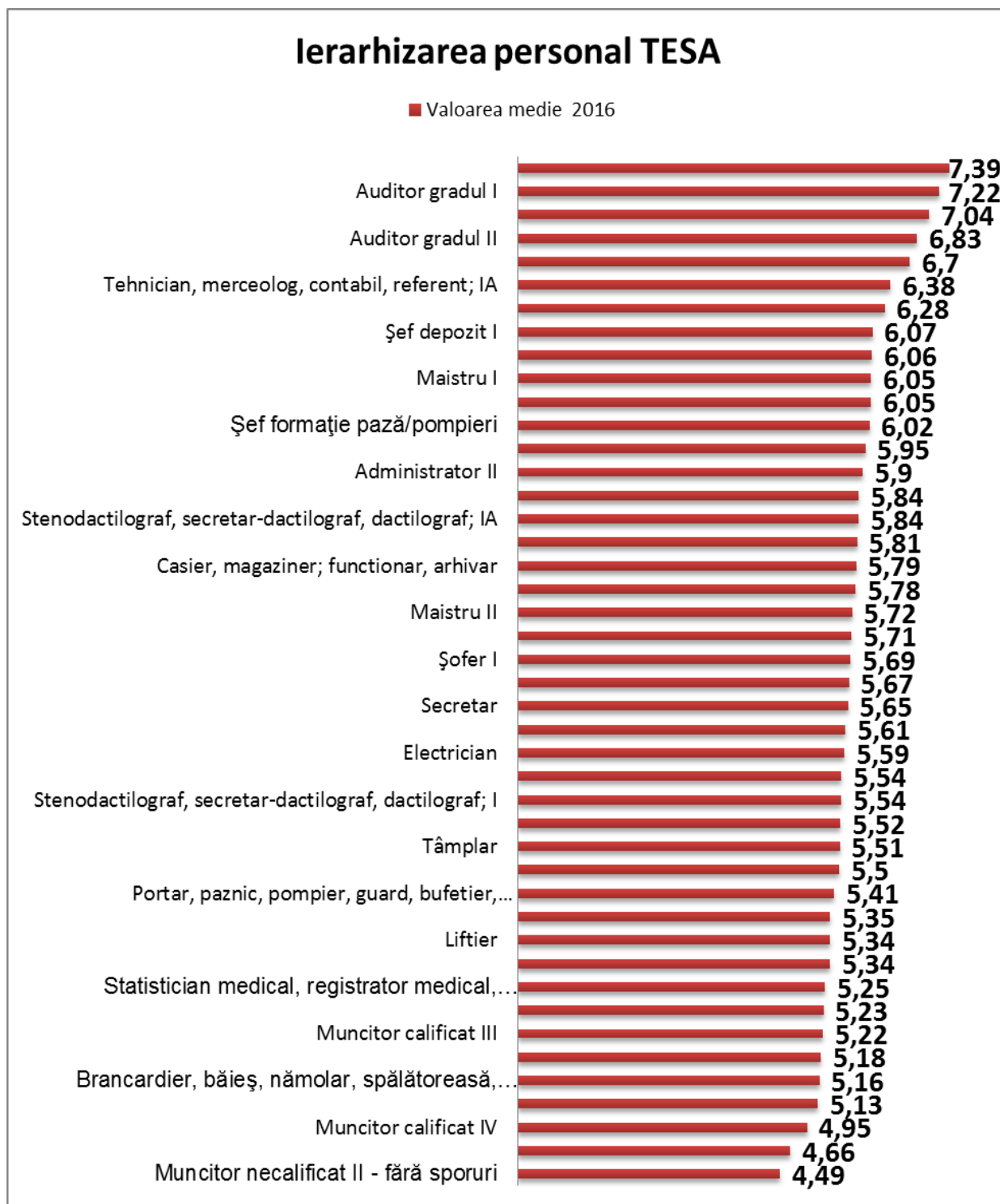


Figura 57

Conform aprecierilor respondenților categoria de personal notată la cel mai ridicat nivel în ceea ce privește idealul salarizării în ierarhie este „consilierul juridic, inginer, economist, specialist I A”.

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Date factuale

Majoritatea celor chestionați au studii superioare (48.41% universitare și 23.19% masterat), lucrează la clinici medicale (19.42%) sau spitale clinice de specialitate. În ceea ce privește profesia, 48.41% sunt economiști, majoritatea (88.7%) cu funcții de execuție, cu vârsta între 45-54 ani și preponderent femei (76.81%).

Ultima formă de învățământ absolvită în domeniul dumneavoastră de activitate a fost:

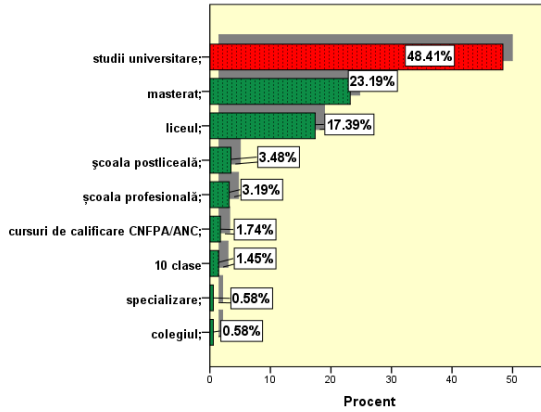


Figura 58

Tipul unității în care vă desfășurați activitatea

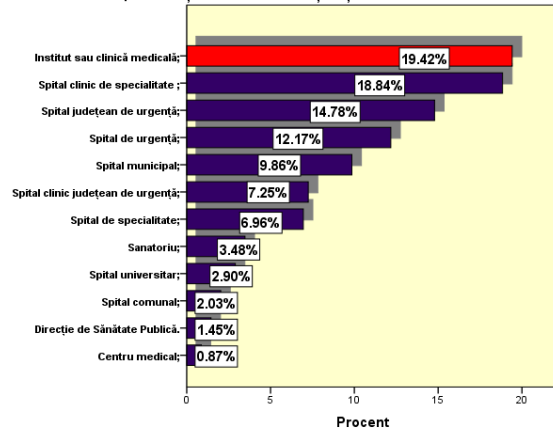


Figura 59

Profesia/meseria:

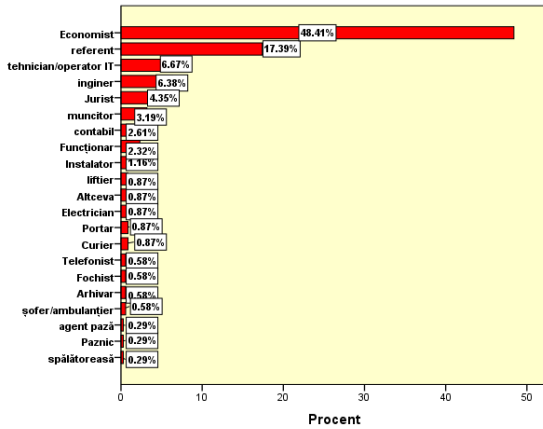


Figura 60

Funcția dvs. este:

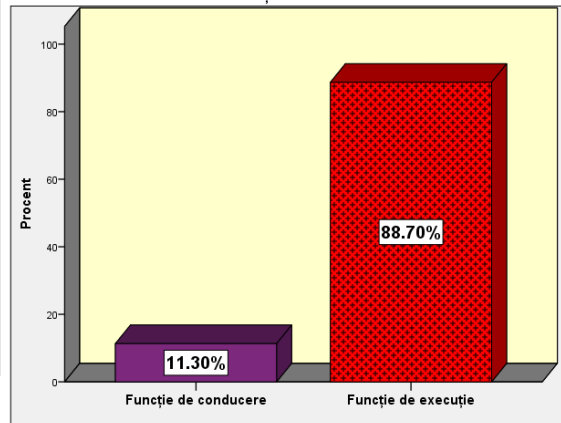


Figura 61

Bifați căsuța care corespunde vârstei dumneavoastră

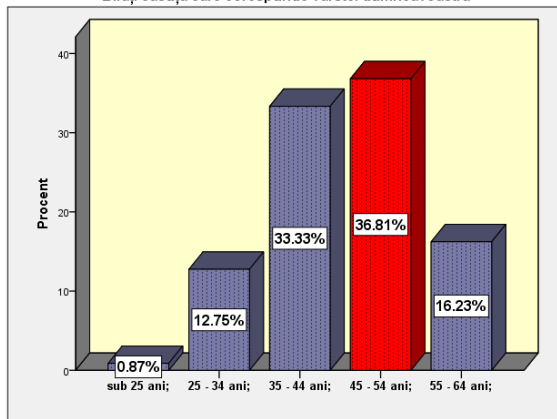


Figura 62

Genul

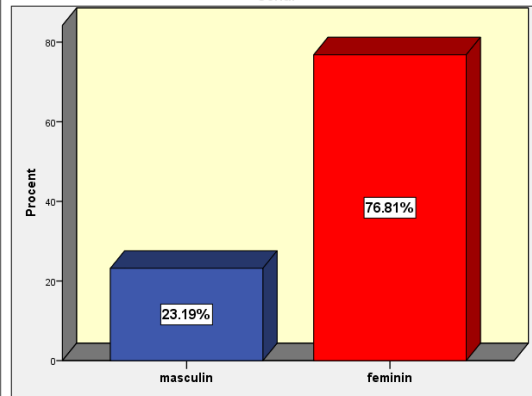


Figura 63

Analiza principalelor probleme ale cu care se confruntă asistentele medicale din unitățile publice de sănătate (2016)

Rotilă Viorel (coord.)

*Conferențiar univ. dr., Universitatea „Dunărea de Jos” Galați, Romania,
Jurist
viorelrotila@yahoo.com*

Ciobanu Georgiana

*Sociolog, M.Phil.,
Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, România,
georgianailcu@yahoo.com*

Lungu Laurențiu

*Expert sociologie online
Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, România,
l.laurentiu.gl@gmail.com*

Andoniu Georgiana Loredana

*Economist
Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, România,
lorienelbereth@yahoo.com*

Introducere

Prezentul studiu, desfășurat în cadrul Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, face parte din strategia de abordare a problemelor salariaților din sănătate bazată pe dovezi, direcția de cercetare: *analiza relației dintre calitatea vieții profesionale și calitatea serviciilor medicale*. El este corelat cu alte cercetări desfășurate în cadrul de CCDSS ultima abordare de acest gen constituind-o problema gărzilor medicilor.

Cercetarea are ca obiectiv analiza situației asistentelor medicale din unitățile sanitare publice centrată pe câțiva indicatori esențiali ai calității vieții profesionale: timpul de muncă, salarizarea, evoluția în carieră. În subsidiar, cercetarea sociologică a evaluat și

disponibilitatea la acțiuni de protest pentru rezolvarea problemelor indicate de respondenți în cadrul cercetării.

Studiul are la bază două metode complementare de cercetare:

- Cercetarea sociologică, desfășurată în condițiile prezentate în metodologie;
- Analiza datelor privitoare la salarizare, prezentată în partea a II-a studiului.

Având în vedere că rezultatele cercetărilor anterioare au indicat faptul că o problemă importantă a acestei categorii profesionale, care afectează în special asistentele medicale absolvente de postliceală, o constituie *echivalarea*, cercetarea sociologică a inclus această dimensiune a vieții profesionale în obiectivele sale. În cadrul cercetării prin *echivalare* înțelegem dreptul asistentelor medicale absolvente de postliceală la completarea studiilor pentru a ajunge la nivelul studiilor superioare, respectiv *echivalarea* creditelor și a competențelor deja deținute și dreptul la completarea studiilor prin intermediul unui program de formare universitară.

Partea I-a: Cercetarea sociologică

Metodologie

Pentru a oferi un grad de control asupra reprezentativității răspunsurilor date am utilizat două canale paralele de comunicare/diseminare a informațiilor privind desfășurarea cercetării, respectiv de selectare a respondenților: e-mailul și Facebook-ul. Compararea distribuției răspunsurilor date la chestionarele completate prin utilizarea celor două canale de comunicare a indicat variații de până în 2% în marea majoritatea a cazurilor. Acolo unde aceste diferențe au depășit 3% am menționat acest lucru în mod expres, luând în considerare posibilitatea unor erori.

Subiecții cercetării sunt asistenții medicali din sectorul sanitar, cercetarea având caracter exploratoriu, încercând să stabilească un punct de plecare pentru investigarea mai amplă a elementelor caracteristice activității asistenților medicali din unitățile sanitare.

Aplicarea chestionarelor s-a făcut în perioada 05.08.2016-10.09.2016, prin intermediul canalelor electronice de comunicare, invitația de completare fiind transmisă pe e-mail la un număr de peste 15.000 de asistenți medicali din toate regiunile țării și la toți asistenții medicali activi în mediul on-line, țințiți prin intermediul aplicațiilor specifice dezvoltate în cadrul Facebook.

Selecția respondenților este una aleatorie, în funcție de dorința subiecților de a participa la această cercetare. Au completat chestionarul un număr de 1234 asistenți medicali, eșantionul având următorul profil, în funcție de specializarea respondenților:

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Județ	Procent	Județ	Procent	Județ	Procent
București	15.6	Buzău	2.4	Călărași	1.0
Galați	7.2	Brașov	2.3	Sălaj	1.0
Iași	6.6	Hunedoara	2.1	Harghita	.9
Cluj	6.3	Neamț	2.0	Ialomița	.8
Prahova	4.7	Vaslui	2.0	Mehedinți	.7
Constanța	4.4	Suceava	1.8	Brăila	.6
Mureș	4.2	Alba	1.4	Caraș-Severin	.6
Timiș	3.3	Maramureș	1.4	Gorj	.6
Bacău	3.1	Dâmbovița	1.3	Vâlcea	.6
Botoșani	3.1	Giurgiu	1.2	Covasna	.5
Bihor	2.7	Arad	1.1	Ilfov	.5
Argeș	2.6	Teleorman	1.1	Satu Mare	.5
Sibiu	2.6	Tulcea	1.1	Bistrița-Năsăud	.4
Dolj	2.5	Vrancea	1.1	Olt	.2
				Total	100%

Tabel 9-Județ respondenți

Prelucrarea datelor

Timpul de lucru; orele suplimentare

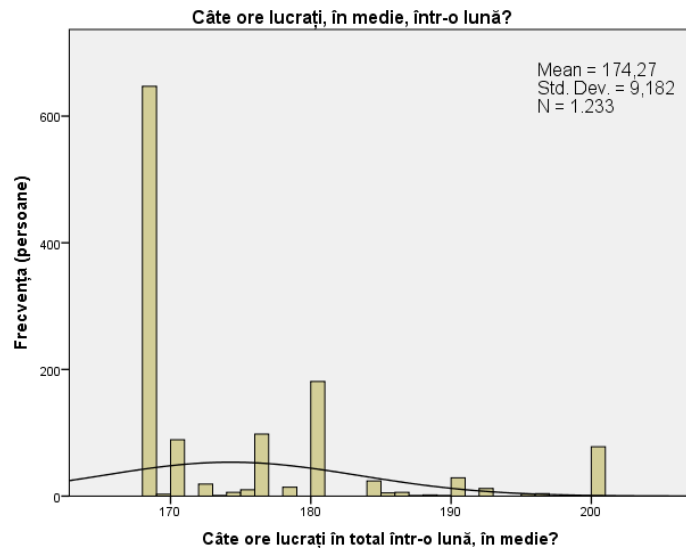


Figura 1

Având în vedere durata normală a timpului lunar de muncă de 168 de ore, putem observa că asistentele medicale lucrează, în medie, cu cca. 6 ore mai mult în fiecare lună. Impactul timpului suplimentar de muncă trebuie analizat în funcție de situațiile în care

acesta apar și de amplitudinile particulare ale acestor situații. În acest sens, considerăm relevante următoarele aspecte:

- Faptul că 52,3% dintre asistentele medicale au indicat că lucrează 168 ore/lună.⁶⁰
- Distribuția numărului de cazuri pe interval (număr total de ore lucrate/lună).

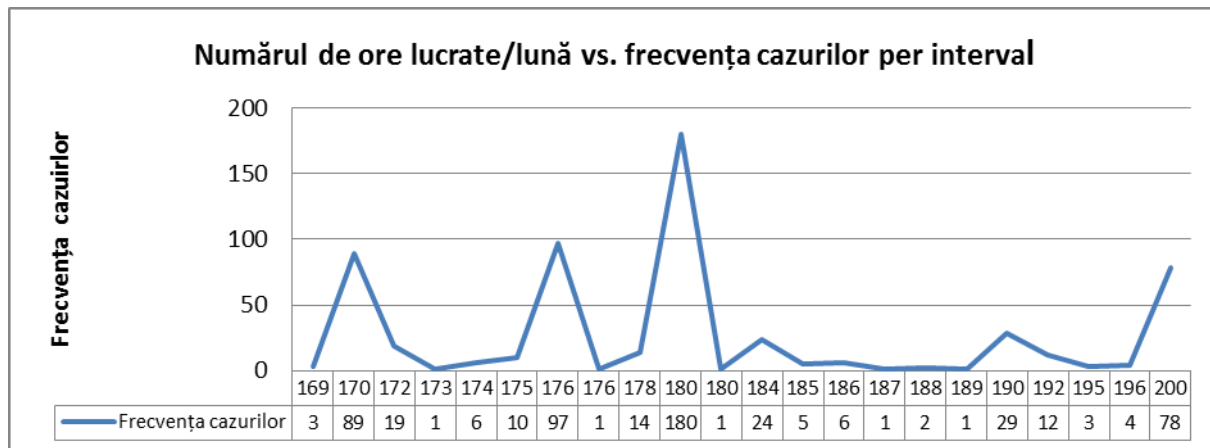


Figura 2

Încercarea de-a identifica modele ale timpului de lucru evidențiază trei nivele de referință, semnificative, cu o frecvență de peste 50 de cazuri: 180 ore/lună, 176 ore/lună; 200 ore/lună.

La locul dvs. de muncă sunteți nevoit(ă) să efectuați ore suplimentare?

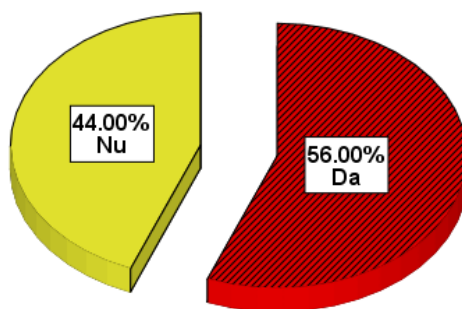


Figura 3

După cum se poate constata, distribuția orelor suplimentare este neuniformă, în această situația aflându-se doar 56% dintre asistentele medicale.⁶¹ La acest procent trebuie raportat volum de muncă suplimentară.

⁶⁰ De regulă 168 ore/lună reprezintă programul normal de lucru, excepție făcând locurile de muncă cu programul zilnic de muncă redus.

⁶¹ Considerăm că diferența de cca. 8 punct procentuale față de procentul asistentelor medicale care au indicat că lucrează peste 168 de ore/lună, situată în afara marjei de eroare, este dată de situațiile în care asistentele medicale care lucrează în locurile de muncă cu program redus, datorită condițiilor acestora.

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

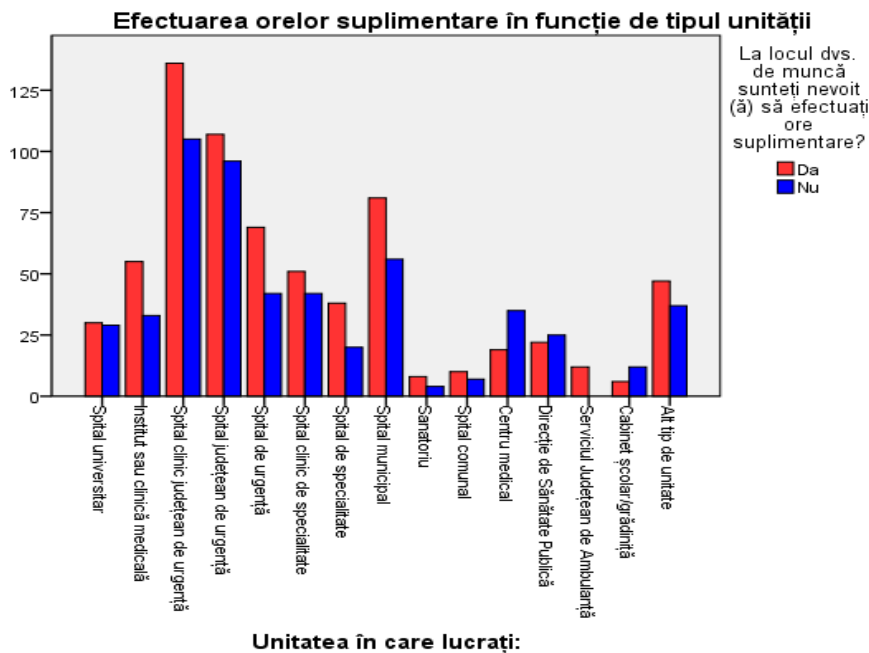


Figura 4

Distribuția frecvenței orelor suplimentare în funcție de tipul unităților este relativ neuniformă. În ipoteza în care unitățile în care sunt efectuate orele suplimentare corelează cu cele în care există deficit de asistente medicale, figura de mai sus este relevantă pentru ambele situații.

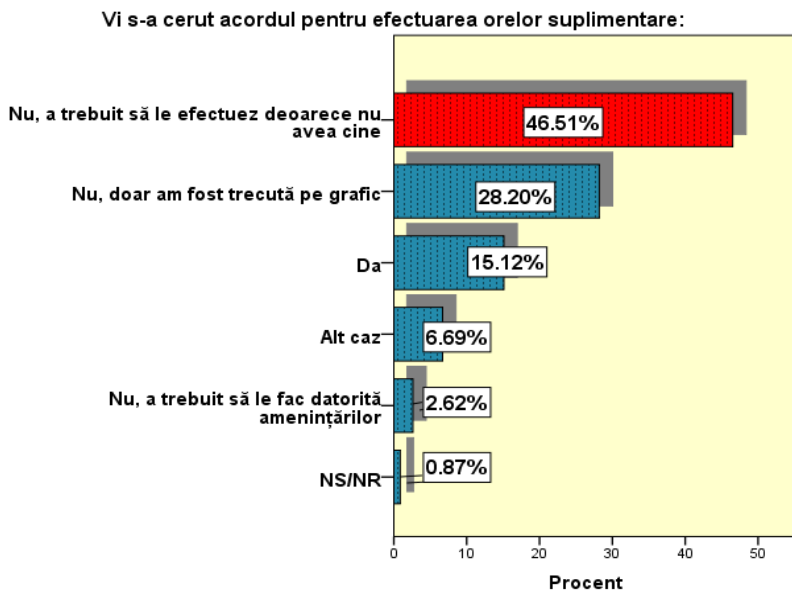


Figura 5

În condițiile în care absența solicitării acordului pentru efectuarea orelor suplimentare constituie muncă forțată, distribuția răspunsurilor la această întrebare este deosebit de relevantă. În cazul a cca. 78% dintre asistentele medicale care efectuează ore suplimentare nu li s-a cerut acordul pentru efectuarea acestora. „Obligarea contextuală” – a trebuit să le efectuez deoarece nu avea cine - este pe primul lor, fiind urmată de cea directă,

prin trecerea pe grafic. Cca 3% dintre respondente au indicat faptul că au fost amenințate să efectueze orele suplimentare.

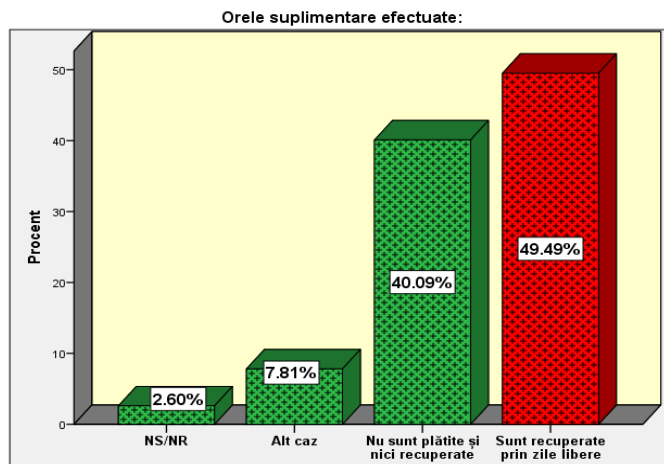


Figura 6

40% dintre asistentele medicale care efectuează ore suplimentare (cca. 23% din totalul respondentelor) au indicat faptul că acestea nu sunt plătite și nici nu sunt recuperate prin zile libere. Situația se încadrează în cazul exemplar al sclaviei, fiind vorba de muncă forțată și neplătită.

Cunoașteți demersurile Federația „Solidaritatea Sanitară” privind orele suplimentare?

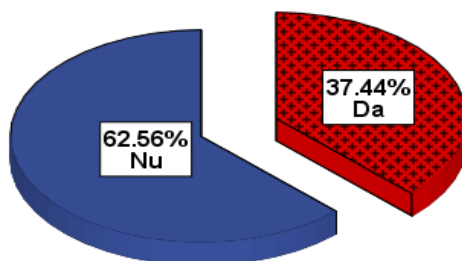


Figura 7

Evaluarea nivelului de informare privind soluțiile promovate pentru rezolvarea problemelor (dependentă atât de eficiența canalelor de comunicare cât și de interesul pentru această informație) indică faptul că cca. 38% dintre respondenți cunosc demersurile inițiate pe această temă. Subiectul îl constituie intenția creării unui regim similar medicilor, respectiv posibilitatea încheierii unor CIM-uri suplimentare, cu timp parțial, care ar rezolva două probleme esențiale: ar permite plata orelor suplimentare și ar crește gradul de libertate al asistentelor medicale în decizia privind acceptarea sau nu a muncii suplimentare.

Concediul de odihnă

Întrebările pe această temă evaluează în primul rând impactul deficitului de personal asupra exercitării acestui drept fundamental: dreptul la concediul de odihnă.

În ultimii 5 ani ați beneficiat de concediul de odihnă integral (toate zilele de CO)?

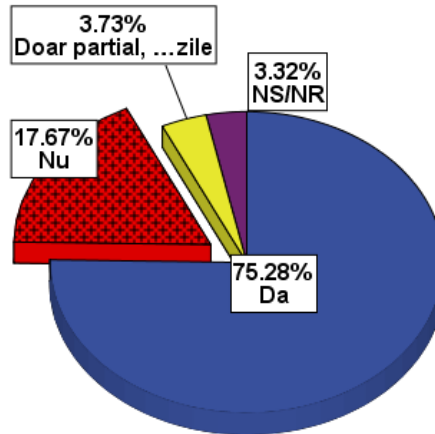


Figura 8

Cca. 21% dintre respondenți nu au beneficiat de concediu de odihnă integral în ultimii 5 ani de zile. Procentul este destul de apropiat de cel al respondenților care au indicat efectuarea orelor suplimentare fără plată și fără recuperare

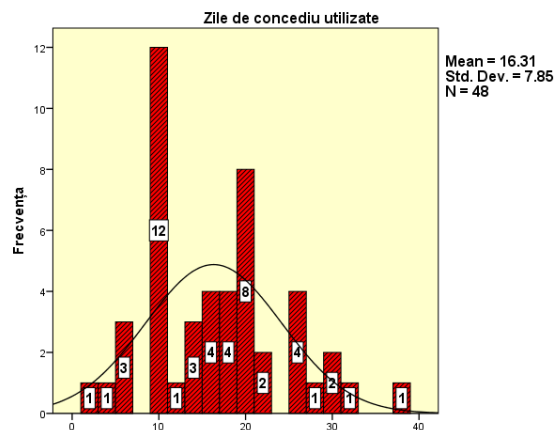


Figura 9

În cazul respondenților care au indicat faptul că au beneficiat parțial de zilele de CO media zilelor utilizate este de 16/an.

Pentru ultimii trei ani aveți recuperări de luat în urma zilelor libere neefectuate/orelor suplimentare neplătite și nerecuperate/concediului de odihnă neefectuat?

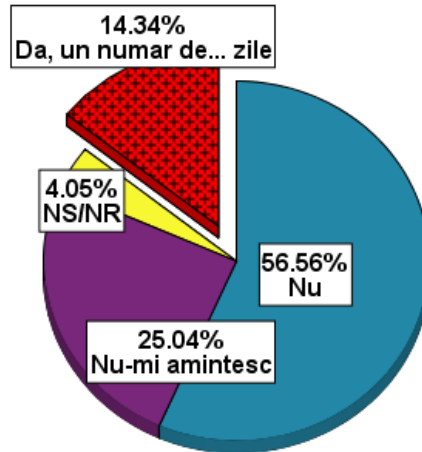


Figura 10

14,34% dintre respondenți au indicat faptul că au zile de recuperat în urma orelor suplimentare și a CO neefectuat din ultimii trei ani de zile, media acestora fiind de 28 de zile. Amploarea fenomenului tinde să facă dificilă estimarea acestor zile pe baza acestui tip de investigație în condițiile în care doar cca. 57% dintre respondenți au indicat că nu au recuperări de luat.

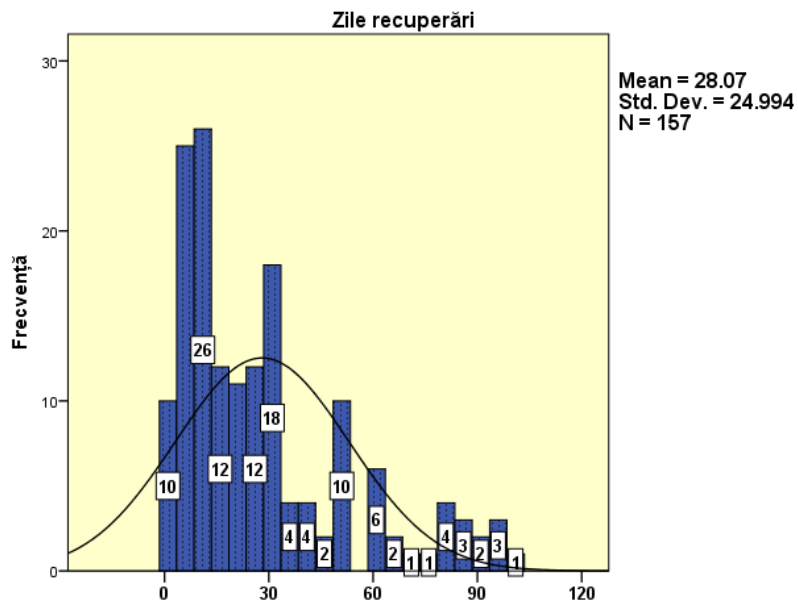


Figura 11

Drepturile salariale

În urma aplicării OUG 20/2016 beneficiați de o creștere a salariului?

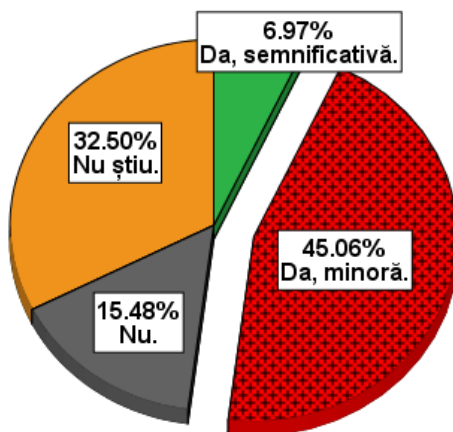


Figura 12

Distribuția răspunsurilor tinde să fie coerentă cu impactul estimat al OUG nr. 20/2016. Ea reflectă totodată nivelul de cunoaștere a efectelor acestui act normativ valabil pentru perioada desfășurării cercetării.

Ați fost informată că reîncadrarea dvs. are ca efect eliminarea discriminărilor privind sporurile la salariul?

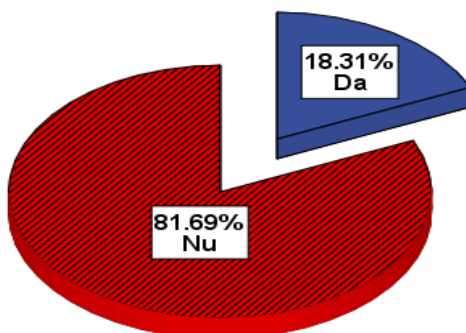


Figura 13

În principiu, răspunsurile tind să indice absența informării pe această temă. Ele trebuie însă interpretate în funcție de procentul estimat al cazurilor de discriminare în privința sporurilor.

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Din câte cunoașteți, începând cu 1 august 2016, unitatea a procedat la reîncadrarea dvs. cu noul salariu, conform prevederilor OUG 20/2016?

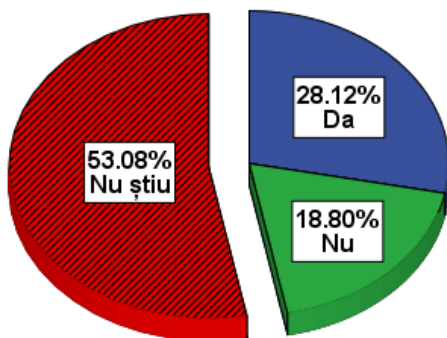


Figura 14

Problema reîncadrării salariale, în conformitate cu prevederile OUG nr. 20/2016, vizează în primul posibil eliminarea oricăror discriminări salariale, inclusiv cele referitoare la sporuri.

La ora actuală unitatea vă refuză acordarea unor drepturi salariale?

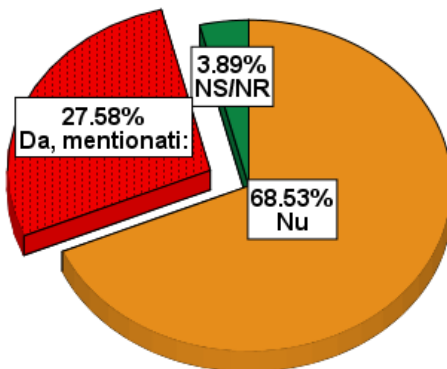


Figura 15

Cca. 28% dintre respondenți au indicat faptul că unitatea le refuză acordarea unor drepturi salariale. Dintre drepturile ce li se refuză în unitățile sanitare unde lucrează, asistentele medicale au menționat:

- lipsa acordării bonurilor de masă,
- neacordarea gradului principal,
- lipsa plății orelor suplimentare.

Echivalarea asistentelor medicale absolvente de postliceală

Pentru aplicarea specifică a întrebărilor legate de problema echivalării, a fost adresată o întrebare de triere în funcție de nivelul studiilor, această parte a cercetării având ca subiecți exclusiv asistentele medicale absolvente de școală postliceală. Evaluarea raportării la subiectul echivalare a fost desfășurată din perspectiva faptului că în unitățile sanitare publice lucrează 63.586 de asistente medicale absolvente de postliceală. Pentru o corectă înțelegere a impactului prezentăm situația rezultată în urma prelucrării bazelor de date transmise de unitățile sanitare către Ministerul Sănătății:

Nivelul de studii	Număr	Procent
Asistente medicale studii superioare (S)	9248	12,43%
Asistente medicale studii superioare de scurtă durată (SSD)	698	0,94%
Asistente medicale studii postliceale (PL)	63586	85,45%
Asistente medicale alte studii	877	1,18%
Total asistente medicale	74409	

Tabel 10

Într-o prezentare mai intuitivă:

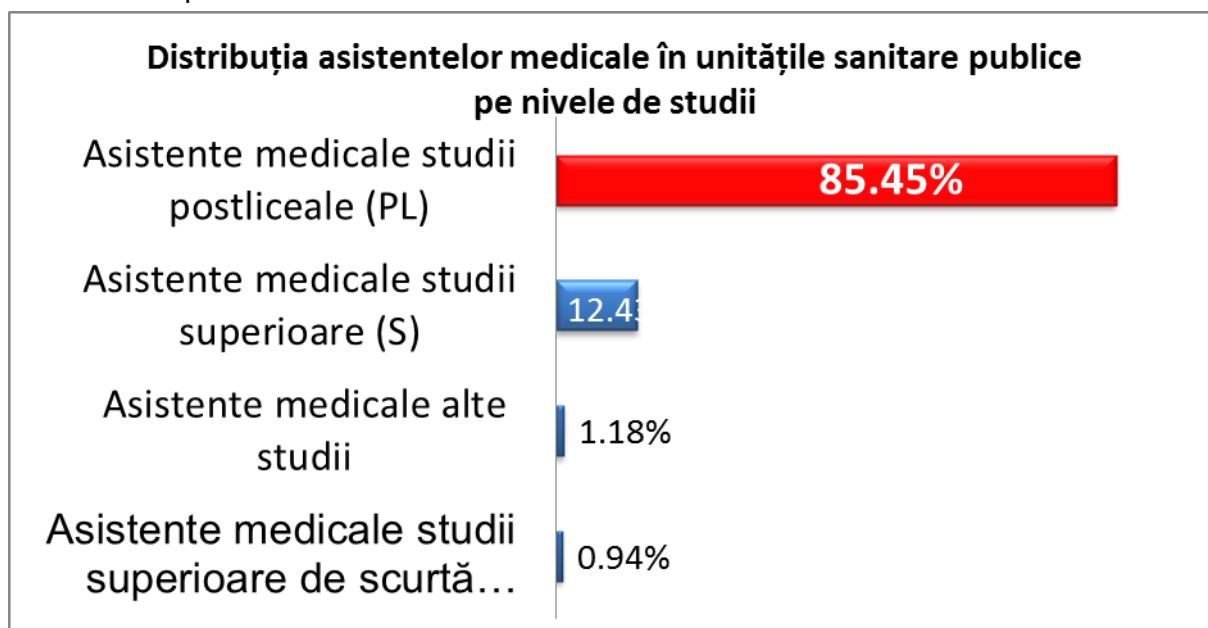


Figura 16

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

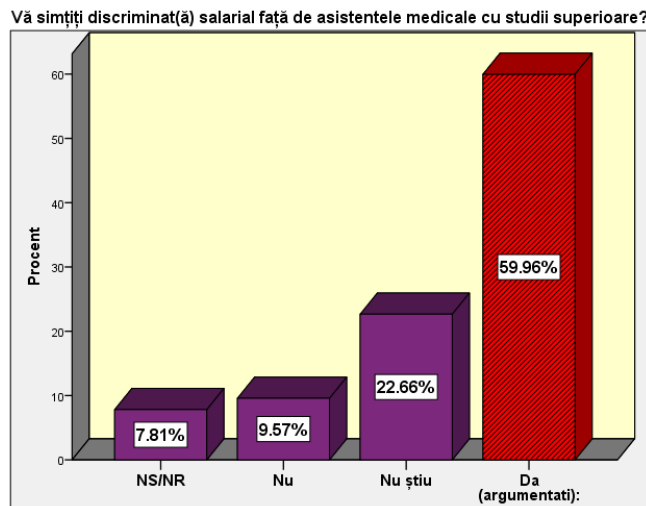


Figura 17

Cca. 60% dintre respondente au indicat faptul că se simt discriminate salarial față de asistentele medicale cu studii superioare. Argumentele utilizate: „deși fac aceeași muncă, salariul este diferențiat”, „lipsa unui proces de echivalare a competențelor deja dobândite pentru a trece la un nivel de școlarizare egal cu facultatea” și „distribuția egală a responsabilităților la locul de muncă”.

Din perspectiva problemei echivalării, anticipată prin ipotezele cercetării, am evaluat nivelul de cunoaștere, înțelegere și formele de raportare la propunerea esențială existentă pentru rezolvarea acestei probleme, respectiv la inițiatorii acestei propuneri.

Sunteți informat(ă) asupra demersurilor Federației „Solidaritatea Sanitară” privind echivalarea asistentelor medicale absolvente de postliceală?

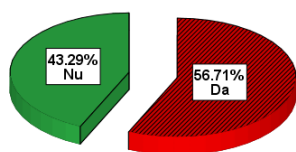


Figura 18

Distribuția răspunsurilor sugerează un nivel mediu de informare privind demersurile pe tema echivalării. Se poate observa însă că procentul celor afirmă informarea (cca. 57%) este destul de apropiat cu cel al respondentelor care au indicat faptul că se simt discriminate salarial (cca. 60%), fiind justificată ipoteza interesului mai mare al acestei categorii, ca factor important pentru nivelul de informare.

După cum se poate observa, afirmarea discriminării salariale corelează moderat cu nivelul de informare.

Nivelul de informare vs. sentimentul de discriminare salarială

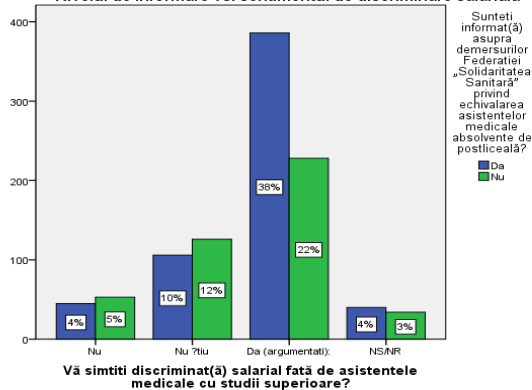


Figura 19

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Din câte cunoașteți, Federația „Solidaritatea Sanitară” a solicitat în privința echivalării:

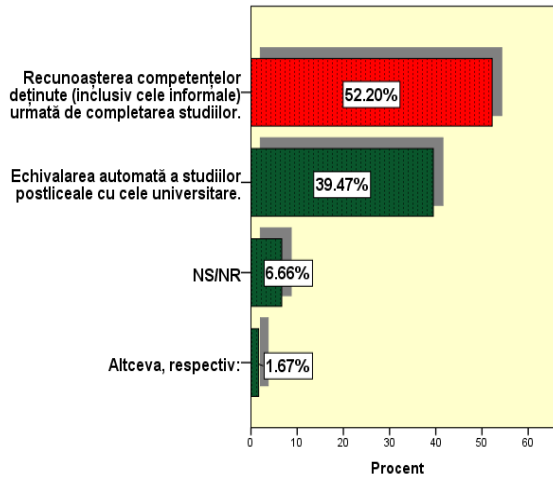


Figura 20

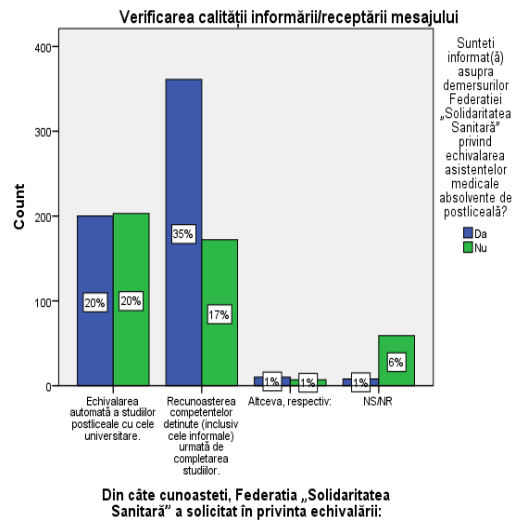


Figura 21

Verificarea modului de receptare a informației (raportat la propunerile inițiatorilor) arată faptul că majoritatea respondenților au indicat corect propunerile inițiatorilor. Răspunsurile privind existența informării corelează însă slab cu indicarea informației exacte, fapt care sugerează existența unui nivel relativ slab de informare. Menționăm însă că, cercetarea fiind bazată pe opiniile respondenților, datele pot fi perturbate de gândirea deziderativă (fenomenul *wishful thinking*).

Sunteți informat(ă) asupra „echivalării salariale” solicitată de Federația „Solidaritatea Sanitară”?

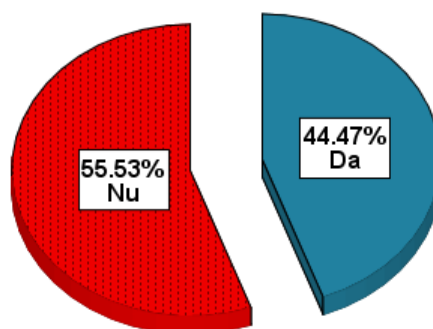


Figura 22

Informarea pe tema „echivalării salariale” înregistrează un nivel mai redus decât cel de *echivalare*, fiind indicată de cca. 44% dintre respondenți. Fără a avea date certe în acest sens, considerăm că diferența ar putea fi determinată de o multitudine de factori, cum ar fi:

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

nivelul de penetrarea mult mai mare al echivalării (tendința de a deveni o memă), demersurile concentrate în special pe informarea asupra celui de-al doilea concept raportat la primul, gradul de acceptare mai ridicat pentru cel de-al doilea concept.

Evaluarea piedicilor posibile în calea echivalării

Cunoașteți organizații care s-au opus echivalării în forma susținută de Federația „Solidaritatea Sanitară”?

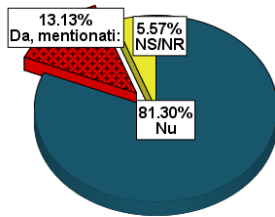


Figura 23

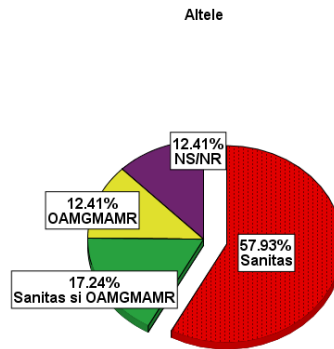


Figura 24

Cca 13% dintre respondenți au indicat faptul că au conștiință de existența unor organizații care se opun echivalării, arătând totodată care sunt acestea.

Cunoașteți organizații care au susținut echivalarea?

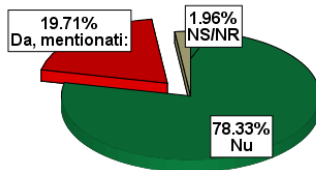


Figura 25

Menționați:

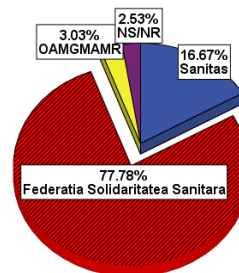


Figura 26

Doar cca. 20% dintre respondenți au indicat faptul că cunosc organizații care susțin echivalarea, cea mai mare parte indicându-le în mod expres.

Căile de acțiune posibile pentru obținerea echivalării

Sunteți dispus(ă) să sprijiniți echivalarea asistentelor medicale, în forma solicitată de Federația „Solidaritatea Sanitară” prin proteste?

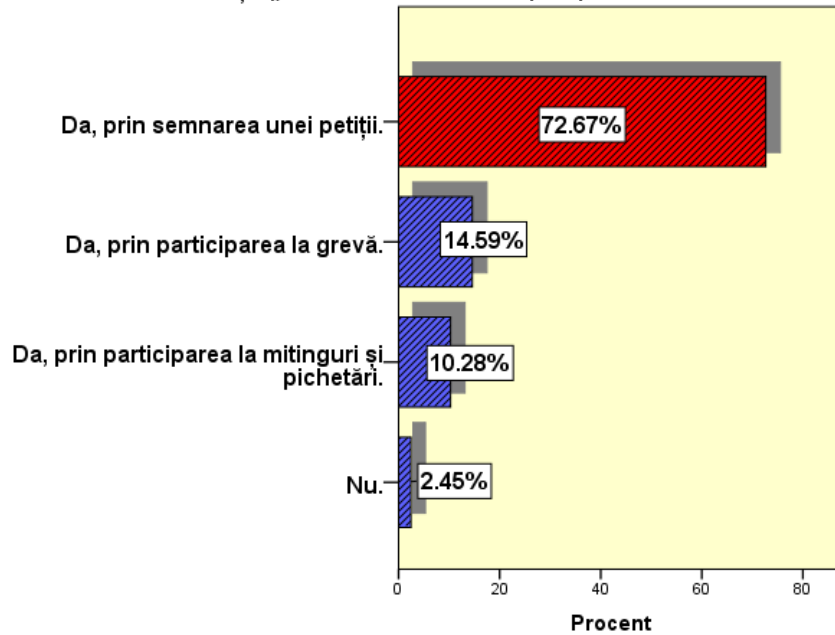


Figura 27

Demersul care se bucură în măsura cea mai mare (75%) de susținerea respondenților (asistente medicale absolvente de postliceală) în privința echivalării îl constituie semnarea unei petiții.

Evaluarea disponibilității de a participa la proteste

Ați fost informat(ă) asupra protestului medicilor ce s-a desfășurat în lunile iulie-august 2016?

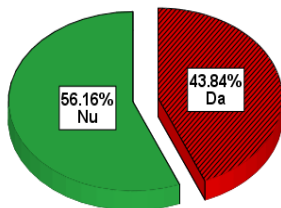


Figura 28

Ați văzut/simțit/cunoscut efecte ale acestui protest în unitatea dvs.?

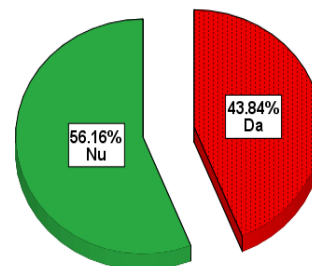


Figura 29

Dintre cei care au observat efecte ale protestului medicilor în unitatea de lucru au menționat „distribuirea pe secții a informării legate de petiția Federației Solidaritatea

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Sanitară”, „medicii au fost uniți”, „refuzul medicilor de a semna contractele” și „obținerea plății gărzilor”.

Considerați că ați fost nedreptățit(ă) datorită protestului medicilor?

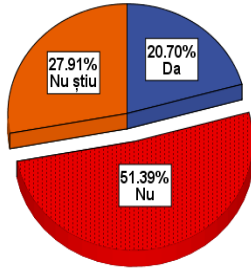


Figura 30

Considerați că asistentele medicale ar trebui să facă următoarele demersuri pentru apărarea drepturilor pe care le au:

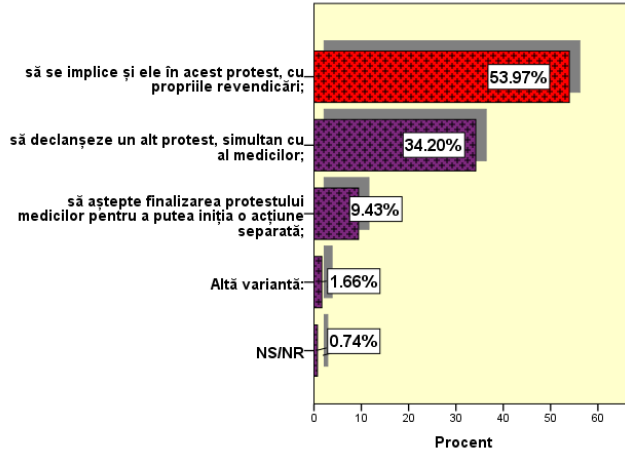


Figura 31

Distribuția răspunsurilor tinde să indice ivirea unui sentiment de solidaritate, ce se poate manifesta inclusiv în cadrul unor proteste. Din perspectiva unei strategii de acțiune datele tind să indice faptul că sunt de preferat acțiunile comune, pentru interesele mării majorități a salariaților.

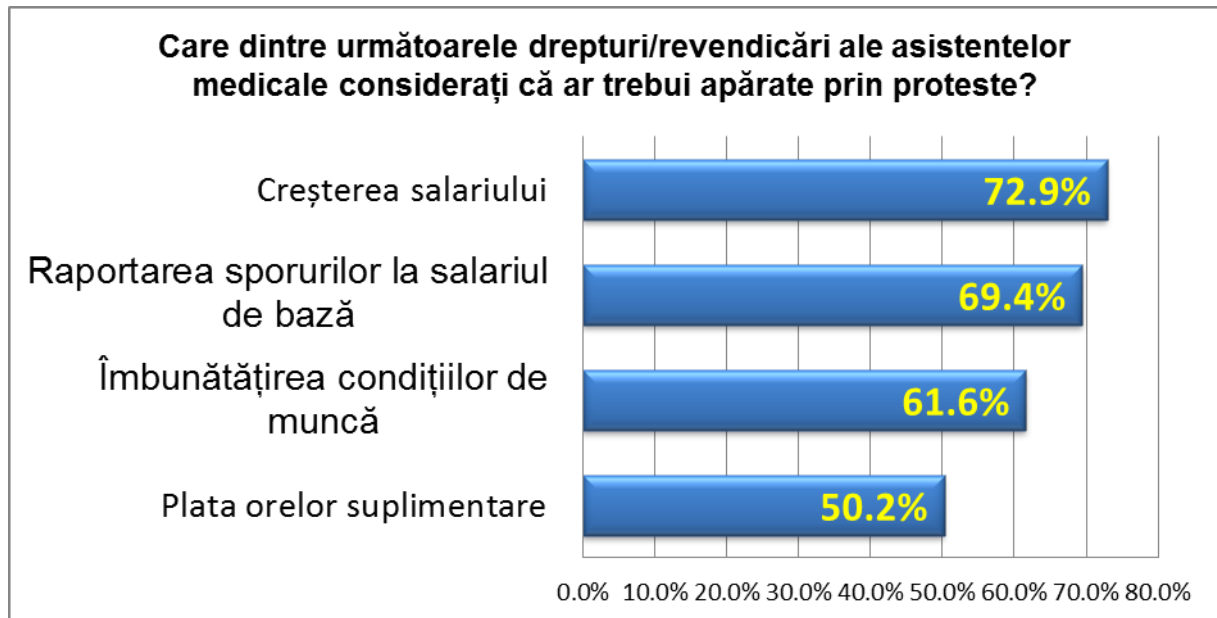


Figura 32

Dintre remarcile asistenților care au menționat și alte aspecte, enumerăm dorința de „echivalare”, „salarizare egală între unitățile clinice și cele ne-clinice”, „raportarea sporurilor la salariul de bază” și „plata orelor de noapte”.

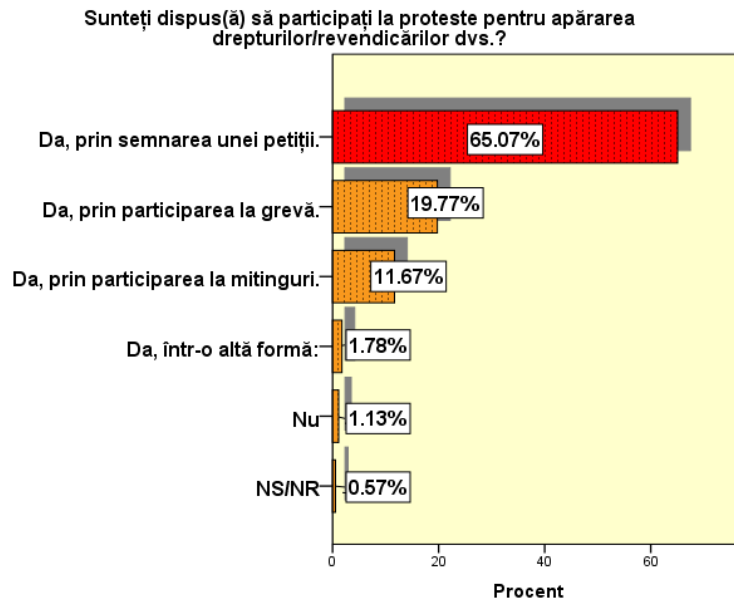


Figura 33

Ierarhia disponibilității de a participa la proteste, valabilă pentru perioada desfășurării cercetării, indică Petiția pe primul loc (65%) urmată de participarea la grevă (cca. 20%). Din perspectiva acestor rezultate se poate constata existența unui grad semnificativ de nemulțumire fără a fi dublată de disponibilitatea unor ieșiri în stradă. De menționat că în discuție este o situație fluctuantă, ce poate cunoaște schimbări datorită „amorsărilor sociale” pentru proteste (fără a putea estima impactul lor).

Care dintre federațiile sindicale reprezentative la nivel de sector (cu drept legal de negociere în caz de conflict) considerați că ar trebui să vă reprezinte în negocierile cu Guvernul?

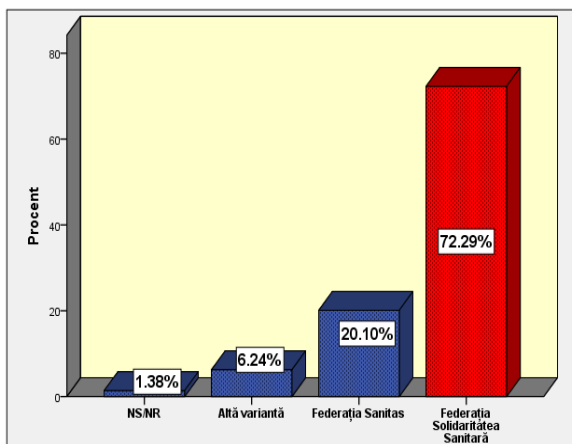


Figura 34

Sunteți membră/membru de sindicat?

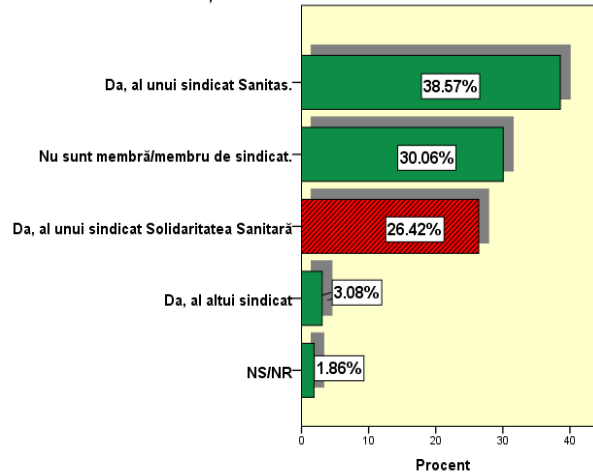


Figura 35

Este evident un fenomen paradoxal (vizibil și în cazul medicilor): absența coincidenței între încrederea cu care investesc una dintre organizații și calitatea de membru al altor organizații.

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Date factuale

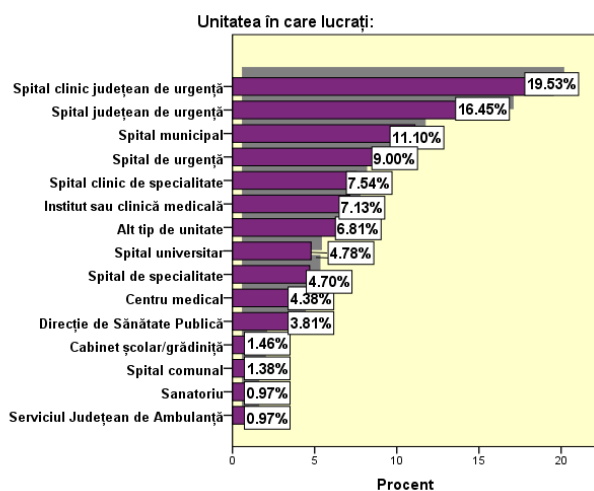


Figura 36

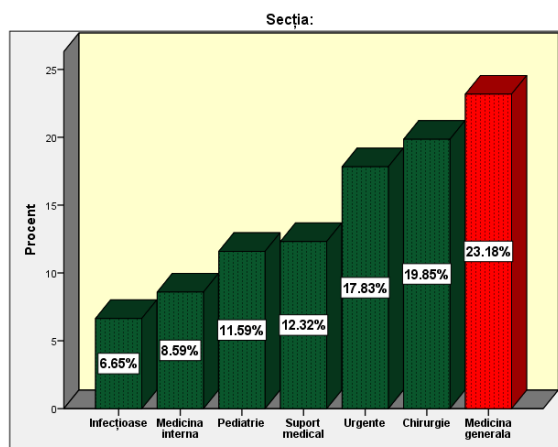


Figura 37

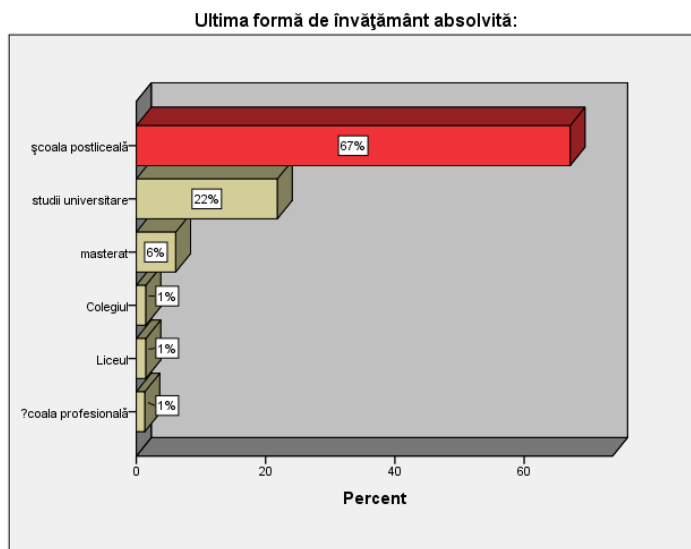


Figura 38

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

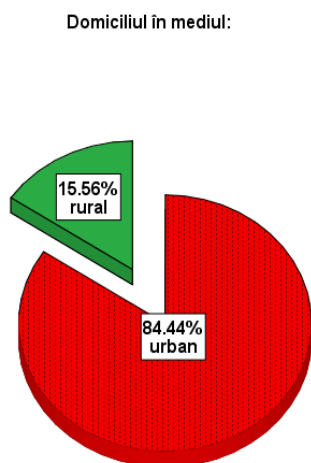


Figura 39

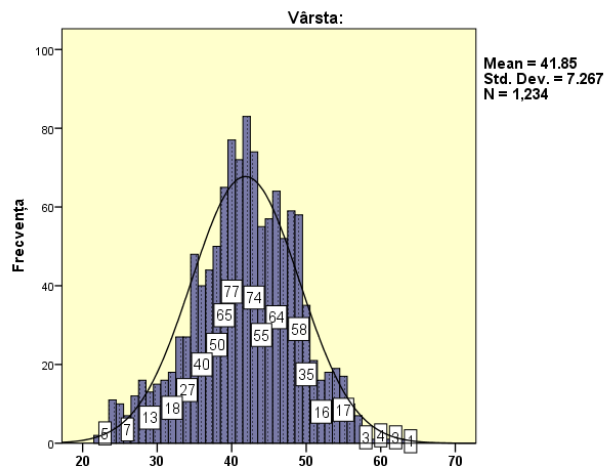


Figura 40

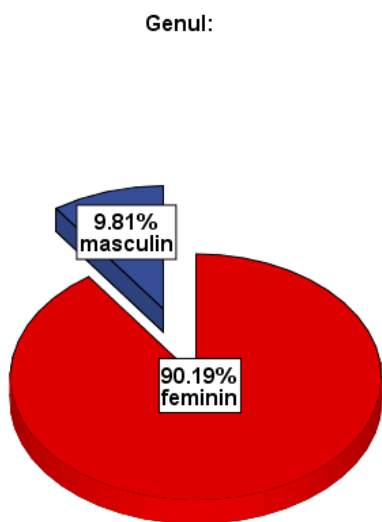


Figura 41

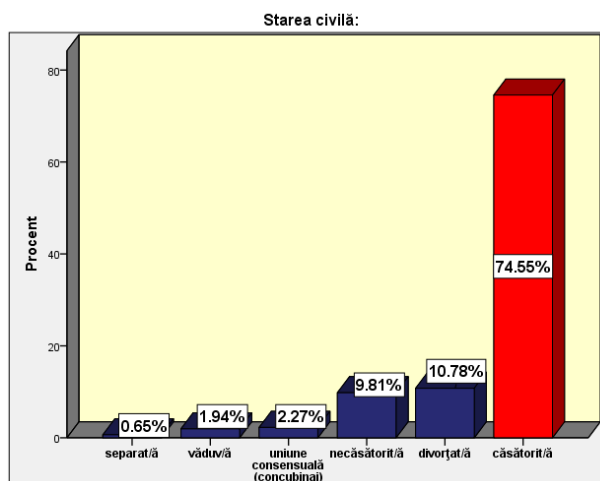


Figura 42

Partea a II-a: Analiza salarizării asistentelor medicale. Probleme și soluții posibile

Această parte este dedicată analizei salarizării asistentelor medicale în funcție de un set de criterii obiective, raportat la prevederile legale și la bazele de date cu informații relevante provenite de la Ministerul Sănătății, respectiv de la unitățile sanitare publice.

Analiza este centrată pe următoarele criterii de raportare:

- nivelul de salarizare în plată pentru luna septembrie 2016;
- nivelul maxim de salarizare posibil (salariul ideal) care ar rezulta din aplicarea prevederilor Legii nr. 284/2010 luând în considerare în calitate de referință salariul minim actual.

Această analiză ia în considerare și studiile anterioare elaborate în cadrul CCDSS pe probleme de salarizare, prezentate decidenților politici încă din perioada negocierilor ce au premers apariția OUG nr. 20/2016, respectiv diferitele variante ale *Studiului privind procedurile aplicabile pentru elaborarea Ordonanței de urgență privind corecțiile aduse la salarizarea personalului plătit din fondurile publice*.⁶²

Pentru a putea verifica argumentele și concluziile prezentate în această analiză în anexe prezentăm principalele instrumente și date de lucru, care fundamentează această abordare.

Principalele probleme constatate

Din perspectiva discrepanțelor salariale (ce pot fi considerate discriminări salariale, raportat la prevederile legii nr. 284/2010) cea mai defavorizată categorie profesională o constituie asistentele medicale. Situația nu este însă aplicabilă tuturor categoriilor de asistente medicale, excepția notabilă constituind-o asistentele medicale cu studii superioare din spitalele clinice și din secțiile ATI/UPU/CPU din cadrul spitalelor neclinice.

Pentru a avea o imagine corectă asupra situației considerăm necesară o ierarhie structurată din perspectiva a două variabile: gradul de afectare și impactul (numărul de asistente afectate). În acest sens, ierarhia rezultată este următoarea:

- Asistentele medicale absolvente de postliceală: cca. 60.000 de asistente medicale care au între 49,3% din salariul maxim posibil (în spitalele neclinice și ATI/UPU) și 57,3% în spitalele neclinice; raportarea se face la nivelul salariului asistentelor medicale cu studii superioare din spitalele clinice: 64%;

⁶² Menționăm că o parte dintre aceste date au fundamentat alocarea cu prioritate a sumelor necesare corecțiilor salariale către sectorul Sănătate, măsură prin care au fost rezolvate o parte dintre problemele privitoare la salarizarea din acest sector.

- Asistentele medicale cu studii superioare din spitalele neclinice (cu excepția ATI/UPU/CPU): un număr mic de asistente, acestea având însă doar 46% din salariul maxim posibil.

Precizăm că aceste observații (însoțite de propunerile pentru corectarea lor) au făcut obiectul primei părți a *Studiului privind procedurile aplicabile pentru elaborarea Ordonanței de urgență privind corecțiile aduse la salarizarea personalului plătit din fondurile publice (varianta 27.05.2016)*, (elaborat în cadrul Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”) înregistrat la Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice în cadrul negocierilor privind elaborarea OUG nr. 20/2016.⁶³ Pentru claritatea demersului anexăm extrasul din acest document – Anexa nr. 6. Acest studiu a indicat decidenților existența acestei categorii de probleme abordate dintr-o perspectivă tehnică similară (care conduce la rezultate identice), respectiv discrepanțele foarte mari de salarizare între clase de salarizarea identice, pentru funcțiile specifice sectorului sanitar.

De asemenea, unele dintre problemele existente în salarizarea personalului din Sănătate au fost indicate în *Studiului privind procedurile aplicabile pentru elaborarea Ordonanței de urgență privind corecțiile aduse la salarizarea personalului plătit din fondurile publice (varianta 04.05.2016)* înregistrat la Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice la debutul negocierilor privind elaborarea OUG nr. 20/2016⁶⁴

Soluțiile recomandate

Corelarea datelor privind situația salarizării asistentelor medicale cu cele referitoare la salarizarea altor categorii de personal și cu numărul de salariați din fiecare categorie indică faptul că principala problemă a sistemului de retribuire a muncii o constituie asistentele medicale, în special asistentele medicale absolvente de postliceală.

Soluțiile recomandate pentru eliminarea acestei situații:

1. **Demararea procedurilor pentru echivalarea asistentelor medicale absolvente de postliceală.** Echivalarea elimină cea mai importantă discriminare salarială pentru 63.586 de asistente medicale din unitățile sanitare publice.
2. **Introducerea echivalării salariale** (salarizarea similară a asistentelor medicale absolvente de postliceală cu cele absolvente de studii superioare) sau **reducerea în regim de urgență a discrepanțelor/discriminărilor salariale** (aplicabilă doar în condițiile implementării punctului 2).
3. **Reducerea discrepanțelor/discriminărilor salariale**
 - *Aducerea tuturor salariilor la același nivel de referință* (nivelul maxim de referință, existent în cazul asistentelor medicale cu studii superioare din spitalele clinice - 64%)

⁶³ [http://www.solidaritatea-](http://www.solidaritatea-sanitara.ro/attachments/article/20612/Nr_B31_26_05_16_DP_MM_Anexa_Studiu_Salarizare.pdf)

[sanitara.ro/attachments/article/20612/Nr_B31_26_05_16_DP_MM_Anexa_Studiu_Salarizare.pdf](http://www.solidaritatea-sanitara.ro/attachments/article/20612/Nr_B31_26_05_16_DP_MM_Anexa_Studiu_Salarizare.pdf)
Precizăm că acest document a fost înregistrat și la Ministerul Sănătății în aceeași dată, după cum se poate vedea aici: [http://www.solidaritatea-](http://www.solidaritatea-sanitara.ro/attachments/article/20559/Obs_proiect_OUG_corectii_salariale_Solidaritatea_M.Sanatatiei.pdf)

[sanitara.ro/attachments/article/20559/Obs_proiect_OUG_corectii_salariale_Solidaritatea_M.Sanatatiei.pdf](http://www.solidaritatea-sanitara.ro/attachments/article/20559/Obs_proiect_OUG_corectii_salariale_Solidaritatea_M.Sanatatiei.pdf)

⁶⁴ Documentul poate fi găsit aici: [http://www.solidaritatea-](http://www.solidaritatea-sanitara.ro/attachments/article/20515/Nr_B21_04_05_2016_MMFPS_Lege_Salarizare.pdf)

[sanitara.ro/attachments/article/20515/Nr_B21_04_05_2016_MMFPS_Lege_Salarizare.pdf](http://www.solidaritatea-sanitara.ro/attachments/article/20515/Nr_B21_04_05_2016_MMFPS_Lege_Salarizare.pdf)

din salariul maxim posibil pe legea 284/2010 (calculat prin înmulțirea coeficienților de ierarhizare specifici fiecărei funcții cu salariul minim pe economie).

- Creșterea – în regim de urgență – a salariilor categoriilor de asistente medicale a căror salarizare este sub nivelul a 50% din salariul maxim posibil (ele fiind de fapt sub nivelul de salarizare corespunzător referinței 600 lei - prevăzută în legea nr. 284/2010).

4. Reajustarea ierarhiei salariale:

4.1) Intersectorial - introducerea claselor suplimentare pentru vechimea în sectorul sanitar (prin preluarea modelului aplicabil Educației) – vezi Anexa nr. 7.⁶⁵

4.2) Intra-sectorial

a) Eliminarea diferențelor dintre asistentele medicale S și cele PL la cel mult 3 clase de salarizare (actuala formă variază de la 3 la 6 clase de salarizare, încălcând regula unui sistem unitar de diferențiere).

b) Eliminarea diferențelor dintre asistentele medicale care lucrează în secțiile ATI/UPU/CPU și asistentele medicale care lucrează în restul secțiilor din spital la cel mult 3 clase de salarizare.

Concluzii

Coroborarea datelor din cercetarea sociologică cu cele privitoare la salarizare indică faptul că la ora actuală categoria de personal cea mai afectată o constituie asistentele medicale, în special asistentele medicale absolvente de postliceală. Două componente majore contribuie la această situație: marea majoritate (cca. 60.000) a asistentelor a asistentelor medicale din unitățile sanitare publice sunt afectate de fenomenul discriminării salariale și cca. 23% dintre asistentele medicale din unitățile sanitare publice sunt în situația de muncă forțată neplătită.

Principalele categorii de probleme constatate

1) Respectarea drepturilor aferente timpului de muncă

- 56% dintre asistentele medicale efectuează în mod constant ore suplimentare. În cazul a cca. 78% dintre asistentele medicale care efectuează ore suplimentare nu li s-a cerut acordul pentru efectuarea acestora. „Obligarea contextuală” – *a trebuie să le efectuez deoarece nu avea cine* - este pe primul lor, fiind urmată de cea directă, prin trecerea pe grafic. Cca 3% dintre respondente au indicat faptul că au fost amenințate să efectueze orele suplimentare.

⁶⁵ Această propunere a fost înaintată decidenților încă din timpul negocierilor la OUG 20/2016, în cadrul *Studiului privind procedurile aplicabile pentru elaborarea Ordonanței de urgență privind corecțiile aduse la salarizarea personalului plătit din fondurile publice (varianta 09.05.2016)*, indicându-se faptul că ea este o măsură compensatorie pentru pierderea sporului de stabilitate. Forma înregistrată a documentului poate fi găsită aici: <http://www.solidaritatea-sanitara.ro/attachments/article/20523/Studiul%20privind%20grila%20de%20salarizare.pdf>

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

- 40% dintre asistentele medicale care efectuează ore suplimentare (cca. 23% din totalul respondentelor) au indicat faptul că acestea nu sunt plătite și nici nu sunt recuperate prin zile libere. Situația se încadrează în cazul exemplar al sclaviei, fiind vorba de muncă forțată și neplătită.

- Cca. 21% dintre asistentele medicale nu au beneficiat de concediu de odihnă integral în ultimii 5 ani de zile. Doar cca. 57% dintre asistentele medicale au indicat că nu au zile de recuperat în urma orelor suplimentare și a CO neefectuat din ultimii trei ani de zile.

2) Echivalarea asistentelor medicale absolvente de postliceală

Ținând cont de faptul că asistentele medicale absolvente de postliceală reprezintă peste 85% din asistentele medicale care lucrează în unitățile sanitare, diferențele foarte mari ale nivelelor de salarizare, bazate în special pe existența mai multor categorii de studii, în condițiile atribuțiilor identice generează la ora actuală cea mai mare problemă a acestei categorii de personal.

Cca. 60% dintre respondente au indicat faptul că se simt discriminate salarial față de asistentele medicale cu studii superioare. Argumentele utilizate: „deși fac aceeași muncă, salariul este diferențiat”, „lipsa unui proces de echivalare a competențelor deja dobândite pentru a trece la un nivel de școlarizare egal cu facultatea” și „distribuția egală a responsabilităților la locul de muncă”. Discriminarea salarială a asistentelor medicale absolvente de postliceală este cel mai amplu fenomen de discriminare din sectorul sanitar, având, în consecință, cel mai mare impact negativ.

3) Salarizarea asistentelor medicale

- Cca. 28% dintre respondenți au indicat faptul că unitatea le refuză acordarea unor drepturi salariale. Dintre drepturile ce li se refuză în unitățile sanitare unde lucrează, asistentele medicale au menționat:

- neplata orelor suplimentare;
- neacordarea bonurilor de masă;
- neacordarea gradului principal.

Din perspectiva discriminărilor salariale cea mai defavorizată categorie profesională o constituie asistentele medicale. În funcție de gradul de afectare și impactul acesteia (numărul de asistente afectate), „ierarhia discriminării” este următoarea:

- Asistentele medicale absolvente de postliceală: cca. 60.000 de asistente medicale care au între 49,3% din salariul maxim posibil (în spitalele neclinice și ATI/UPU) și 57,3% în spitalele neclinice (comparativ cu nivelul salariului asistentelor medicale cu studii superioare din spitalele clinice: 64%)
- Asistentele medicale cu studii superioare din spitalele neclinice (cu excepția ATI/UPU/CPU): un număr mic de asistente, acestea având însă doar 46% din salariul maxim posibil.

Principalele soluții recomandate pentru eliminarea problemelor constatate:

- Reducerea deficitului de personal și/sau introducerea CIM-urilor cu timp parțial pentru înlocuirea orelor suplimentare neplătite pentru toate asistentele medicale – constituie soluțiile esențiale pentru rezolvarea problemelor grave legate de timpul de muncă.
- Demararea procedurilor pentru echivalarea asistentelor medicale absolvente de postliceală, echivalarea elimină cea mai importantă discriminare salarială pentru 63.586 de asistente medicale din unitățile sanitare publice.
- Introducerea echivalării salariale (salarizarea similară a asistentelor medicale absolvente de postliceală cu cele absolvente de studii superioare) sau reducerea în regim de urgență a discrepanțelor/discriminărilor salariale (aplicabilă doar în condițiile implementării punctului 2).
- Reducerea discrepanțelor/discriminărilor salariale prin aducerea tuturor salariilor la același nivel de referință (64%) din salariul maxim posibil pe legea 284/2010 (calculat prin înmulțirea coeficienților de ierarhizare specifici fiecărei funcții cu salariul minim pe economie).
- Reajustarea ierarhiei salariale în special prin introducerea claselor suplimentare pentru vechimea în sectorul sanitar (prin preluarea modelului aplicabil Educației) și prin eliminarea diferențelor dintre asistentele medicale S și cele PL (aplicabilă și în cazul asistentelor medicale care lucrează în secțiile ATI/UPU/CPU raportat la restul secțiilor) la cel mult 3 clase de salarizare.

Anexe

Anexa nr. 1 Expresia grafică a ierarhiei salariale stabilită de Legea nr. 284/2010

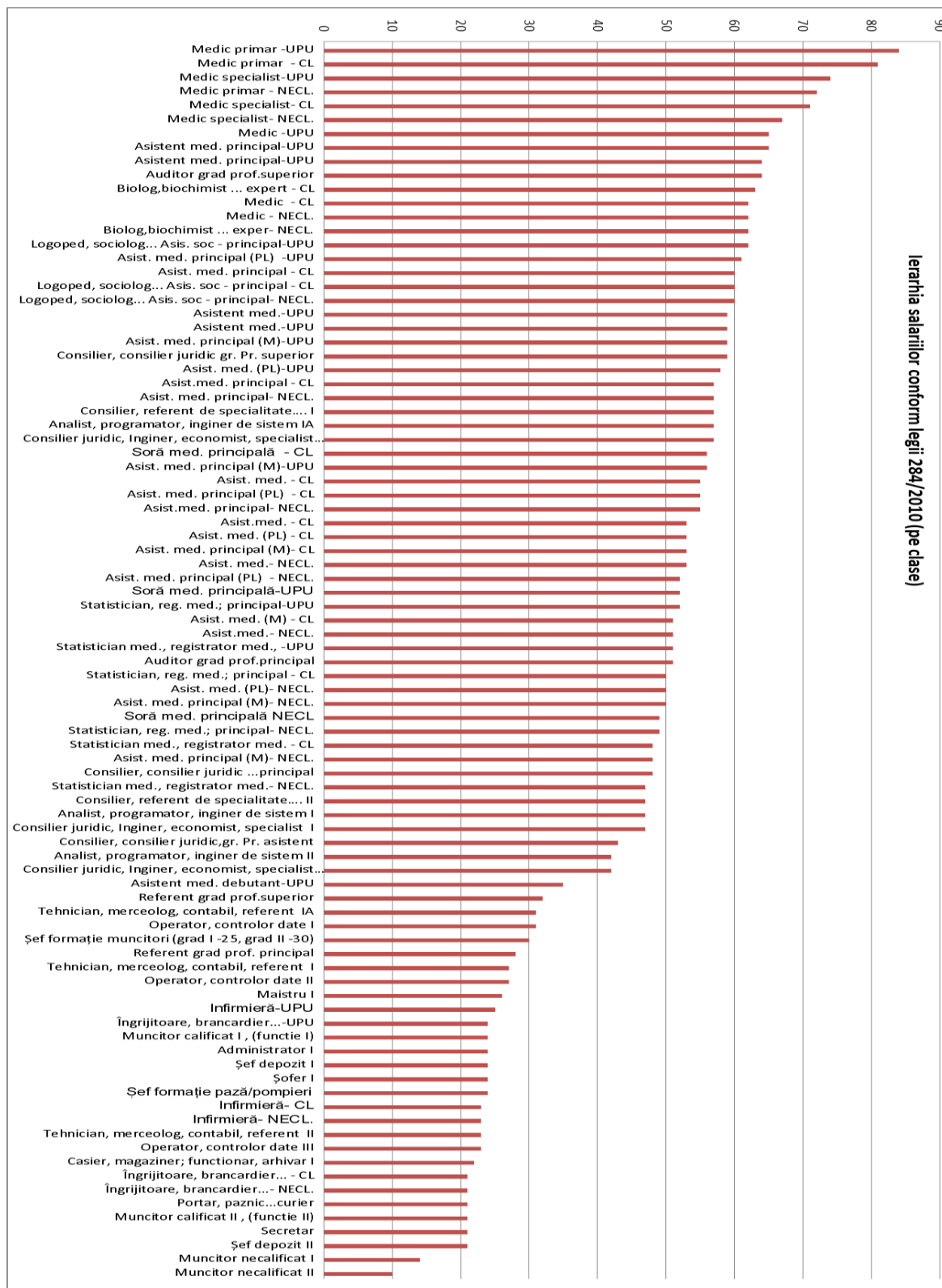


Figura 43

Anexa nr. 2 Ierarhia salariilor în plată în luna septembrie 2016

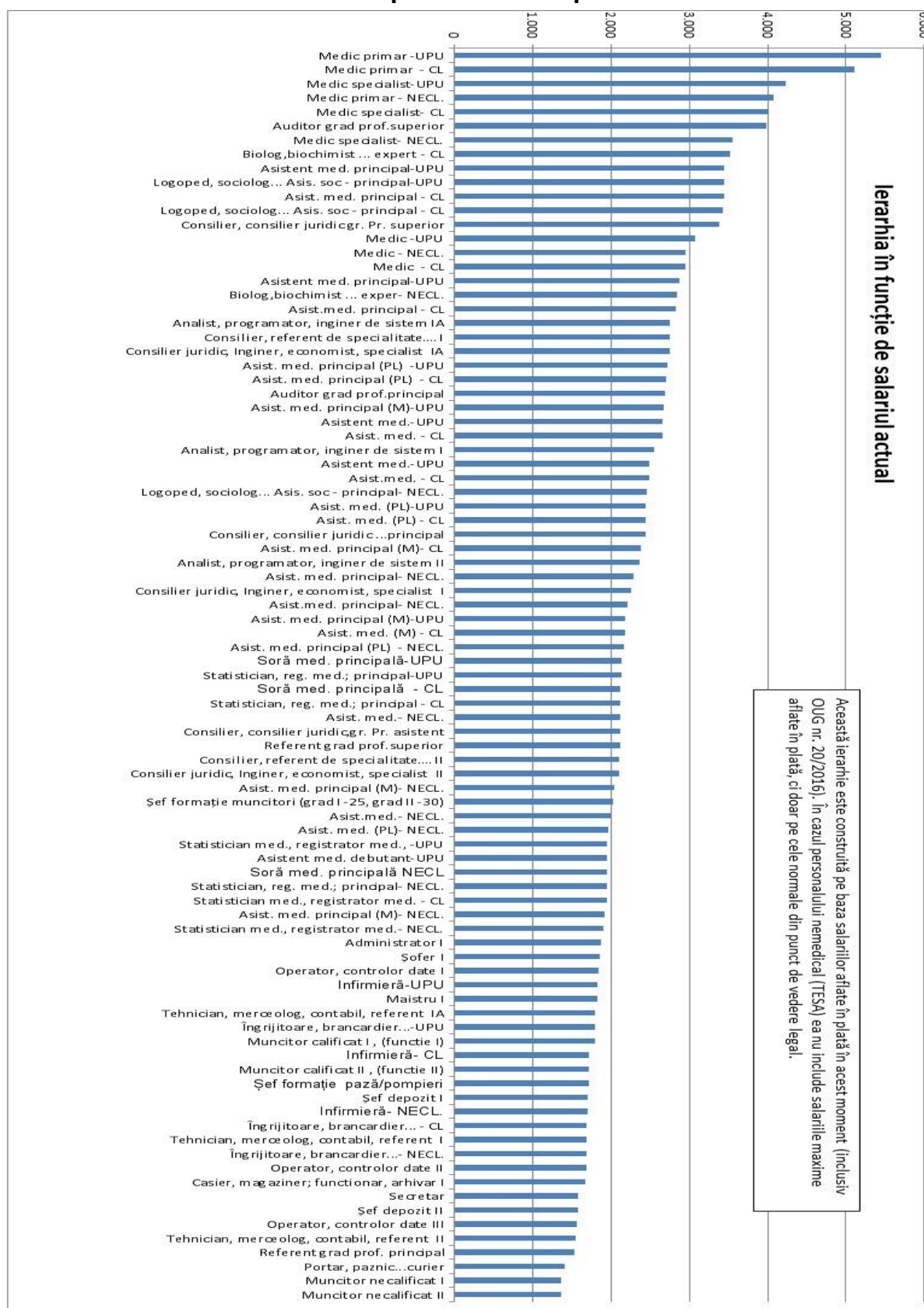


Figura 44

Anexa nr. 3 Ierarhia salariilor pe categorii profesionale în funcție de procentul acordat (în plată) din salariul ideal/legal

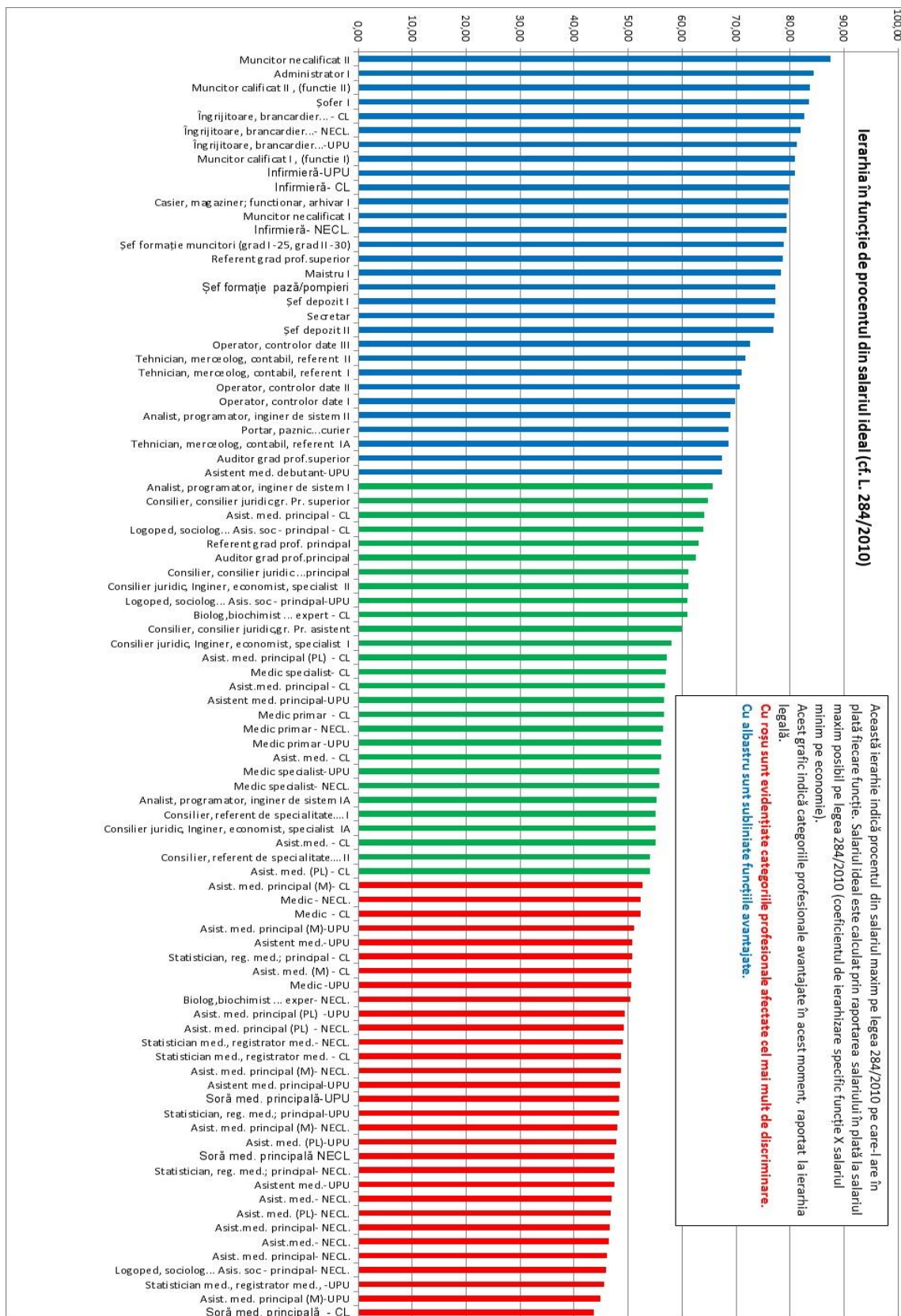


Figura 45

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Anexa nr. 4 Ierarhia salariilor pe categorii profesionale în funcție de procentul acordat (în plată) din salariul ideal/legal – cu salariile maxime pentru personalul medical (acordate în unele unități sanitare)

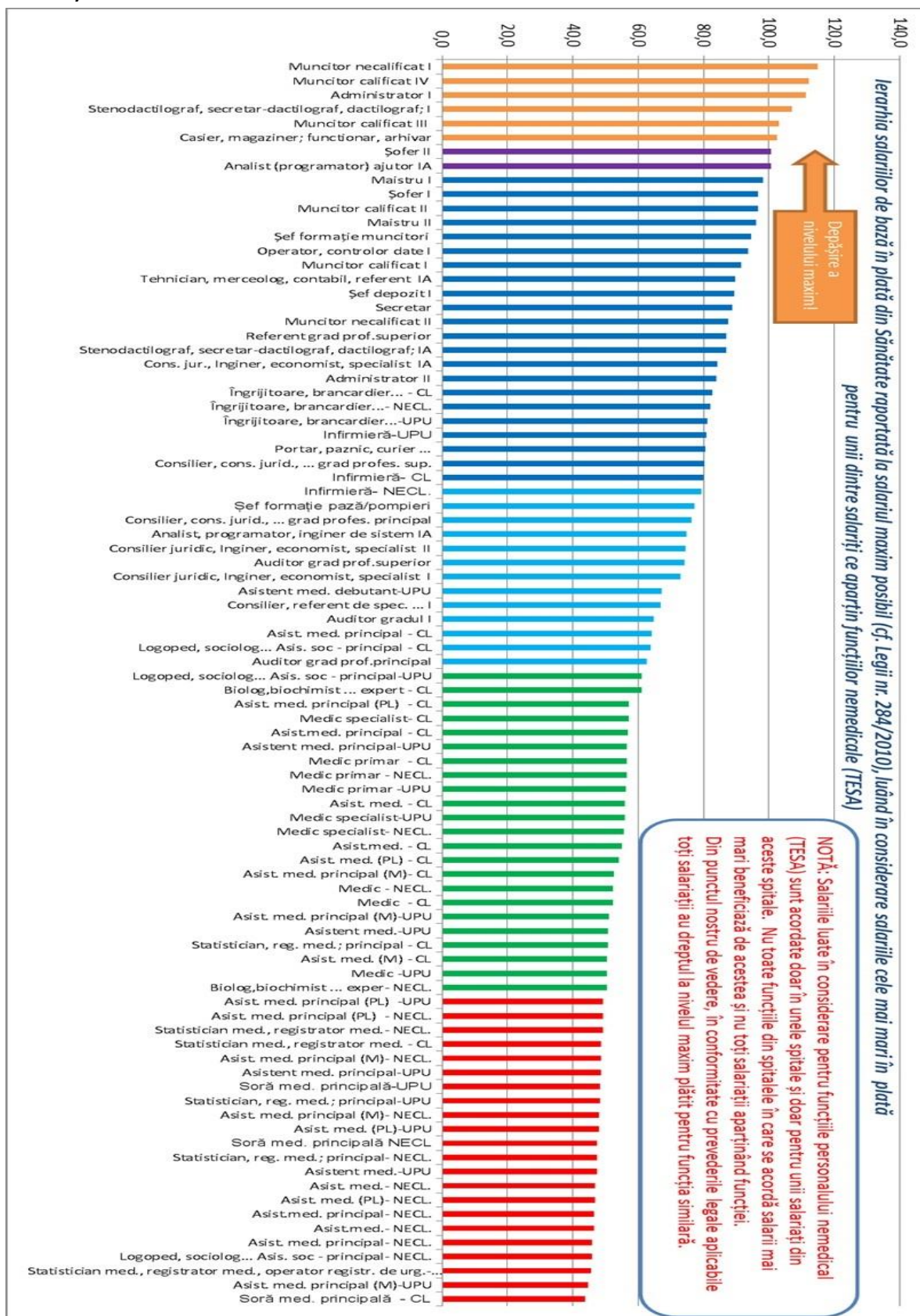


Figura 46

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Anexa nr. 5 Serile de date utilizate pentru analize și grafice

Funcția	Studii	Unități clinice			Unități neclinice			UPU			Funcția	Studii	Personalul nemedical (TESA)		
		Clasa	Salariul actual	Procent din salariul ideal	Clasa	Salariul actual	Procent din salariul ideal	Clasa	Salariul actual	Procent din salariul ideal			Clasa	Salariul în plată	Procent din salariul ideal
Medic primar, medic primar dentist	S	72	4100	56,8	63	3274	56,7	75	4.371	56,2	Consilier, expert, referent de specialitate, inspector de specialitate I	S	48	2.758	69,2
		75	4408	56,7	66	3520	56,5	78	4.699	56,1			51	2.750	64,0
		77	4628	56,7	68	3696	56,5	80	4.934	56,1			53	2.480	55,0
		79	4859	56,7	70	3880	56,4	82	5.180	56,1			55	2.570	54,2
		80	4981	56,7	71	3977	56,5	83	5.310	56,0			56	2.634	54,2
		81	5105	56,6	72	4077	56,5	84	5.443	56,1			57	2.750	55,1
Medic specialist, medic specialist dentist	S	62	3222	57,2	58	2852	55,8	65	3.400	56,0	Consilier, expert, referent de specialitate, inspector de specialitate II	S	38	1.888	60,7
		65	3464	57,0	61	3066	55,7	68	3.655	55,9			41	1.835	54,6
		67	3637	57,1	63	3219	55,7	70	3.838	55,8			43	1.920	54,5
		69	3819	57,0	65	3380	55,6	72	4.030	55,9			45	1.970	53,2
		70	3914	56,9	66	3465	55,7	73	4.130	55,8			46	2.036	53,6
		71	4012	57,0	67	3551	55,7	74	4.234	55,8			47	2.103	54,1
Medic rezident anul VI-VII	S	57	2965	59,4				59	2.563	48,9	Consilier, expert, referent de specialitate, inspector de specialitate III	S	33	1.650	60,0
		60	3187	59,4				62	2.755	48,9			36	1.774	59,9
		62	3347	59,4				64	2.893	48,8			38	1.901	61,1
		64	3514	59,3				66	3.038	48,8			40	1.836	56,1
		65	3602	59,3				67	3.114	48,8			41	1.898	56,4
		66	3692	59,3				68	3.191	48,8			42	1.960	57,0
Medic rezident anul III, medic dentist rezident anul III	S	55	2395	50,6				58	2.495	48,8	Consilier, expert, referent de specialitate, inspector de specialitate debutant	S	24	1.313	59,3
		58	2575	50,4				61	2.682	48,8			27	1.313	55,3
		60	2703	50,4				63	2.816	48,8			29	1.314	52,6
		62	2839	50,4				65	2.957	48,7			31	1.313	50,0
		63	2909	50,4				66	3.031	48,7			32		0,0
		64	2982	50,3				67	3.107	48,7			33	1.429	52,0
Medic rezident anul II, medic dentist rezident anul II	S	54	2146	46,4				57	2.246	45,0	Auditor gradul I	S	53	3.285	72,8
		57	2307	46,3				60	2.414	45,0			56		0,0
		59	2422	46,2				62	2.535	45,0			58	2.480	48,5
		61	2543	46,2				64	2.662	44,9			60	2.570	47,9
		62	2607	46,2				65	2.728	44,9			61	3.250	59,1
		63	2672	46,3				66	2.797	44,9			62	3.203	56,8
Medic rezident anul I, medic dentist rezident anul I	S	52	1914	43,5				56	2.014	41,4	Auditor gradul II	S	43	1.835	52,1
		55	2058	43,4				59	2.165	41,3			46		0,0
		57	2160	43,3				61	2.273	41,3			48		0,0
		59	2268	43,3				63	2.387	41,3			50	1.970	47,0
		60	2325	43,4				64	2.447	41,3			51		0,0
		61	2383	43,3				65	2.508	41,3			52	2.481	56,4
Medic, medic dentist	S	53	2364	52,4	53	2367	52,5	56	2.464	50,7	Auditor gradul IA (anexa I, cap. II, lit. A, 1, b) –	S	48	3.199	80,2
		56	2541	52,3	56	2545	52,3	59	2.649	50,6			60	3.024	56,4
		58	2668	52,2	58	2672	52,3	61	2.781	50,6			61	3.098	56,3
		60	2802	52,3	60	2805	52,3	63	2.920	50,6			62	2.753	48,8

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

		61	2872	52,2	61	2875	52,3	64	2.993	50,5	clasa 53)		66	3.468	55,7
		62	2944	52,2	62	2947	52,3	65	3.068	50,5					0,0
Farmacist primar *1)	S	57	2957	59,3	55	2351	49,6	62	2.960	52,5	Auditor grad prof.superior	S	55		0,0
		60	3179	59,3	58	2527	49,4	65	3.182	52,4			58		0,0
		62	3338	59,2	60	2654	49,5	67	3.341	52,4			60	3.629	67,7
		64	3505	59,2	62	2786	49,4	69	3.508	52,4			62	3.141	55,7
		65	3592	59,1	63	2856	49,5	70	3.596	52,3			63	3.168	54,9
		66	3682	59,1	64	2927	49,4	71	3.686	52,4			64	3.990	67,3
Farmacist specialist	S	55	2426	51,2	54	2158	46,7	57	2.427	48,7	Auditor grad prof.principal	S	42		0,0
		58	2608	51,0	57	2320	46,5	60	2.609	48,7			45		0,0
		60	2738	51,1	59	2436	46,5	62	2.739	48,6			47	2.383	61,3
		62	2875	51,0	61	2558	46,5	64	2.876	48,5			49		0,0
		63	2947	51,0	62	2622	46,5	65	2.948	48,5			50	2.306	55,1
		64	3021	51,0	63	2687	46,5	66	3.022	48,5			51	2.688	62,5
Farmacist	S	52	2036	46,3	52	2036	46,3	56	2.036	41,9	Consilier juridic, Inginer, economist, specialist IA	S	48	2.660	66,7
		55	2189	46,2	55	2189	46,2	59	2.189	41,8			51	2.331	54,2
		57	2298	46,1	57	2298	46,1	61	2.298	41,8			53	2.480	55,0
		59	2413	46,1	59	2413	46,1	63	2.413	41,8			55	2.599	54,9
		60	2473	46,1	60	2473	46,1	64	2.473	41,7			56	2.636	54,2
		61	2535	46,1	61	2535	46,1	65	2.535	41,7			57	2.750	55,1
Farmacist rezident anul III	S	54	2172	47,0							Consilier juridic, Inginer, economist, specialist I	S	38	2.039	65,5
		57	2335	46,8									41	1.968	58,5
		59	2452	46,8									43	2.038	57,8
		61	2574	46,8									45	2.110	57,0
		62	2639	46,8									46	2.183	57,4
		63	2705	46,8									47	2.255	58,0
Farmacist rezident anul II	S	52	2050	46,6							Consilier juridic, Inginer, economist, specialist II	S	33	1.768	64,3
		55	2204	46,5									36	1.835	61,9
		57	2314	46,4									38	1.901	61,1
		59	2430	46,4									40	1.969	60,1
		60	2490	46,4									41	2.035	60,5
		61	2553	46,4									42	2.103	61,2
Farmacist rezident anul I	S	50	1900	45,4							Consilier juridic, Inginer, economist, specialist debutant	S	24	1.313	59,3
		53	2043	45,3									27	1.313	55,3
		55	2145	45,3									29	1.313	52,5
		57	2252	45,2									31	1.343	51,2
		58	2308	45,1									32	1.386	51,6
		59	2366	45,2									33	1.428	51,9
Fiziokinetoterapeut, bioinginer medical; principal	S	54	2816	60,9	53	2205	48,9				Consilier, consilier juridic, expert, inspector, grad profesional superior	S	50		0,0
		57	3027	60,7	56	2370	48,7						53		0,0
		59	3179	60,7	58	2489	48,7						55	2.644	55,8
		61	3337	60,7	60	2613	48,7						57	2.723	54,6
		62	3421	60,7	61	2679	48,7						58	3.008	58,8
		63	3506	60,7	62	2746	48,7						59	3.389	64,7
Fiziokinetoterapeut, bioinginer	S	51	2307	53,7	50	1921	45,9				Consilier, consilier juridic, expert,	S	39	2.092	65,4
		54	2480	53,6	53	2065	45,8						42	2.280	66,3
		56	2604	53,6	55	2168	45,8						44	2.091	57,9

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

r medical; specialist		58	2734	53,5	57	2277	45,7					inspector, grad profesional principal		46	2.156	56,7
		59	2803	53,5	58	2334	45,7							47	2.362	60,8
		60	2873	53,6	59	2392	45,7							48	2.440	61,2
Fiziokinet oterapeu t, bioingine r medical	S	49	1832	44,8	48	1813	45,5					Consilier, consilier juridic, expert, inspector, grad profesional asistent	S	34	1.604	56,8
		52	1969	44,8	51	1949	45,3							37	1.672	55,0
		54	2068	44,7	53	2046	45,3							39	1.840	57,5
		56	2171	44,6	55	2149	45,4							41	1.961	58,3
		57	2226	44,6	56	2202	45,3							42	2.030	59,1
		58	2281	44,6	57	2258	45,3							43	2.115	60,0
Fiziokinet oterapeu t, bioingine r medical; debutant	S	24	1640	74,1	24	1625	73,4					Consilier, consilier juridic, expert, inspector, grad profesional debutant	S	24	1.219	55,1
		27	1763	74,2	27	1747	73,6							27	1.251	52,7
		29	1851	74,0	29	1834	73,4							29	1.313	52,5
		31	1944	74,1	31	1926	73,4							31		0,0
		32	1992	74,1	32	1974	73,5							32		0,0
		33	2042	74,3	33	2023	73,6							33	1.324	48,1
Asistent medical, tehnician de radiologi e și imagistic ă licențiat, asistent medical de laborator clinic licențiat, licențiat în balneofizi okinetote rapie și recupera re, ... moașă; principal	S	51	2760	64,2	48	1843	46,2	56	2.765	56,9		Analist, programat or, inginer de sistem IA	S	48	2.419	60,7
		54	2967	64,2	51	1981	46,1	59	2.972	56,7				51	2.725	63,4
		56	3115	64,1	53	2080	46,1	61	3.121	56,7				53	2.574	57,0
		58	3271	64,0	55	2184	46,1	63	3.277	56,7				55	2.574	54,3
		59	3353	64,0	56	2239	46,0	64	3.359	56,7				56	2.631	54,1
		60	3437	64,1	57	2295	46,0	65	3.443	56,7				57	2.753	55,2
Asistent medical, tehnician de radiologi e și imagistic ă licențiat, asistent medical de laborator clinic licențiat,moașă	S	46	2132	56,1	44	1699	47,0	50	2.135	51,0		Analist, programat or, inginer de sistem I	S	38	2.465	79,2
		49	2292	56,1	47	1826	47,0	53	2.295	50,9				41	2.322	69,1
		51	2406	56,0	49	1918	46,9	55	2.410	50,9				43	2.364	67,1
		53	2527	56,0	51	2014	46,8	57	2.530	50,7				45	2.449	66,2
		54	2590	56,0	52	2064	46,9	58	2.594	50,7				46	2.534	66,7
		55	2655	56,0	53	2116	46,9	59	2.658	50,7				47	2.555	65,7
Asistent medical, tehnician de radiologi e și imagistic	S	24	1623	73,4	24	1603	72,5	25	1.630	72,0		Analist, programat or, inginer de sistem II	S	33	1.988	72,3
		27	1745	73,5	27	1723	72,5	28	1.752	71,9				36	2.104	71,0
		29	1832	73,3	29	1809	72,4	30	1.840	71,8				38	2.140	68,8
		31	1924	73,3	31	1900	72,4	32	1.932	71,9				40	2.216	67,7
		32	1972	73,4	32	1947	72,4	33	1.980	72,0				41	2.269	67,5

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

licențiat, asistent medical de laborator clinic licențiat moașă; debutant		33	2021	73,5	33	1996	72,6	34	2.030	71,9			42	2.370	68,9
Dentist principal	S S D	45	1832	49,5	42	1730	50,3	50	1.921	45,9	Analist, programator, inginer de sistem debutant	S	24	1.313	59,3
		48	1969	49,4	45	1860	50,3	53	2.065	45,8			27	0,0	
		50	2068	49,4	47	1953	50,2	55	2.168	45,8			29	0,0	
		52	2171	49,3	49	2050	50,2	57	2.277	45,7			31	0,0	
		53	2226	49,3	50	2102	50,2	58	2.334	45,7			32	0,0	
		54	2281	49,3	51	2154	50,1	59	2.392	45,7			33	1.313	47,7
Dentist	S S D	44	1730	47,9	41	1605	47,7	49	1.866	45,7	Analist (programator) ajutor IA	M	22		0,0
		47	1860	47,8	44	1725	47,8	52	2.006	45,6			25	0,0	
		49	1953	47,8	46	1812	47,7	54	2.106	45,5			27	1.781	75,0
		51	2050	47,7	48	1902	47,7	56	2.212	45,5			29	1.843	73,7
		52	2102	47,8	49	1950	47,7	57	2.267	45,5			30	1.888	73,7
		53	2154	47,7	50	1999	47,7	58	2.324	45,5			31	1.969	75,0
Dentist debutant	S S D	14	1578	91,5	14	1568	90,9	22	1.588	75,6	Analist (programator) ajutor I	M	18		0,0
		17	1696	91,1	17	1686	90,5	25	1.707	75,4			21	1.720	83,9
		19	1781	91,3	19	1770	90,8	27	1.792	75,5			23	1.680	78,1
		21	1870	91,2	21	1858	90,6	29	1.882	75,3			25	1.743	77,0
		22	1917	91,3	22	1905	90,7	30	1.929	75,3			26	1.778	76,5
		23	1965	91,4	23	1952	90,8	31	1.977	75,3			27	1.835	77,3
Asistent medical, asistent medical specialist , tehnician superior de imagistică, radiologie, principal	S S D	48	2275	57,1	46	1774	46,7	55	2.310	48,8	Analist (programator) ajutor II	M	14		0,0
		51	2446	56,9	49	1907	46,7	58	2.483	48,6			17	1.313	70,5
		53	2568	56,9	51	2002	46,6	60	2.607	48,6			19	0,0	
		55	2696	56,9	53	2103	46,6	62	2.738	48,6			21	1.488	72,6
		56	2764	56,8	54	2155	46,6	63	2.806	47,8			22	0,0	
		57	2833	56,8	55	2209	46,6	64	2.876	48,5			23	0,0	
Asistent medical, asistent medical specialist , tehnician superior de imagistică, radiologie, asistent dentar	S S D	44	1993	55,2	42	1605	46,7	50	1995	47,6	Tehnician, merceolog, contabil, referent IA	M	22	1.800	85,7
		47	2142	55,1	45	1725	46,6	53	2145	47,5			25	1.581	69,9
		49	2250	55,0	47	1812	46,6	55	2252	47,5			27	1.631	68,7
		51	2362	54,9	49	1902	46,5	57	2364	47,4			29	1.688	67,5
		52	2421	55,0	50	1950	46,6	58	2424	47,4			30	1.743	68,0
		53	2482	55,0	51	1999	46,5	59	2484	47,4			31	1.800	68,6
Asistent medical,	S S	14	1568	90,9	14	1568	90,9	26	1.568	67,4	Tehnician, merceolog,	M	18		0,0
		17	1686	90,5	17	1686	90,5	29	1.686	67,4			21	0,0	

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

asistent medical specialist , tehnician superior de de imagistică, radiolog e....., asistent dentar; debutant	D	19	1770	90,8	19	1770	90,8	31	1.770	67,4	contabil, referent I		23	1.555	72,3
		21	1858	90,6	21	1858	90,6	33	1.858	67,6			25	1.580	69,8
		22	1905	90,7	22	1905	90,7	34	1.905	67,4			26	1.632	70,2
		23	1952	90,8	23	1952	90,8	35	1.952	67,3			27	1.685	70,9
Asistent medical principal	P L	46	2176	57,3	43	1738	49,3	52	2180	49,5	Tehnician, merceolog, contabil, referent II	M	14	1.313	76,1
		49	2339	57,2	46	1868	49,2	55	2.344	49,5			17	1.357	72,9
		51	2456	57,1	48	1962	49,2	57	2.461	49,3			19	1.402	71,9
		53	2579	57,2	50	2060	49,2	59	2.584	49,3			21	1.374	67,0
		54	2643	57,1	51	2111	49,1	60	2.648	49,4			22	1.494	71,1
		55	2710	57,2	52	2164	49,2	61	2.715	49,4			23	1.540	71,6
Asistent medical	P L	44	1960	54,3	41	1574	46,8	49	1.965	48,1	Tehnician, merceolog, contabil, referent debutant	M	8	1.313	88,3
		47	2107	54,2	44	1692	46,8	52	2.112	48,0			11		0,0
		49	2212	54,1	46	1777	46,8	54	2.218	48,0			13	1.316	78,0
		51	2323	54,0	48	1865	46,8	56	2.329	47,9			15		0,0
		52	2381	54,1	49	1912	46,8	57	2.387	47,9			16		0,0
		53	2441	54,1	50	1960	46,8	58	2.447	47,9			17	1.353	72,6
Asistent medical debutant	P L	12	1550	94,7	12	1540	94,0	25	1.560	69,0	Referent grad prof.superi or	M	23		0,0
		15	1666	94,5	15	1656	94,0	28	1.677	68,8			26		0,0
		17	1750	94,0	17	1738	93,3	30	1.761	68,7			28	1.739	71,3
		19	1837	94,2	19	1825	93,6	32	1.849	68,8			30		0,0
		20	1883	94,2	20	1871	93,6	33	1.895	68,9			31	1.830	69,7
		21	1930	94,1	21	1918	93,6	34	1.942	68,7			32	2.115	78,7
Asistent medical principal	M	44	1909	52,8	41	1637	48,7	50	2.149	51,3	Referent grad prof. principal	M	19		0,0
		47	2052	52,8	44	1760	48,7	53	2.310	51,2			22		0,0
		49	2155	52,7	46	1848	48,6	55	2.426	51,2			24		0,0
		51	2263	52,6	48	1940	48,7	57	2.547	51,1			26		0,0
		52	2319	52,7	49	1989	48,7	58	2.611	51,1			27		0,0
		53	2377	52,7	50	2038	48,7	59	2.676	51,1			28	1.535	63,0
Asistent medical	M	42	1745	50,8	39	1535	48,0	47	1.750	45,0	Referent grad prof.asiste nt	M	15	1.219	69,2
		45	1876	50,7	42	1650	48,0	50	1.881	44,9			18	1.219	64,2
		47	1970	50,7	44	1733	48,0	52	1.975	44,9			20	1.280	64,0
		49	2068	50,6	46	1819	47,9	54	2.074	44,8			22	1.219	58,0
		50	2120	50,6	47	1865	48,0	55	2.126	44,9			23	1.313	61,1
		51	2173	50,5	48	1911	47,9	56	2.179	44,8			24		0,0
Asistent medical debutant	M	10	1517	97,1	10	1513	96,8	24	1.520	68,7	Referent grad prof.debut ant	M	8	1.050	70,6
		13	1631	96,7	13	1626	96,4	27	1.634	68,8			11		
		15	1712	97,1	15	1708	96,9	29	1.716	68,6			13		
		17	1798	96,5	17	1793	96,3	31	1.801	68,6			15		
		18	1843	97,0	18	1838	96,7	32	1.847	68,7			16		
		19	1889	96,9	19	1884	96,6	33	1.893	68,8			17		
Tehnician dentar	M	44	1909	52,8	41	1631	48,5	49	1.915	46,9	Casier, magaziner; ;	M	13	1.670	99,0
		47	2052	52,8	44	1753	48,5	52	2.059	46,8			16	1.463	80,7

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

principal *3)		49	2155	52,7	46	1841	48,4	54	2.162	46,7	functionar, arhivar	G	18	1.515	79,7
		51	2263	52,6	48	1933	48,5	56	2.270	46,7			20	1.566	78,3
		52	2319	52,7	49	1981	48,5	57	2.326	46,6			21	1.618	78,9
		53	2377	52,7	50	2031	48,5	58	2.385	46,7			22	1.670	79,5
Tehnician dentar *3)	M	42	1745	50,8	39	1550	48,4	46	1.750	46,1	Casier, magaziner; functionar, arhivar I	M ; G	13	1.413	83,7
		45	1876	50,7	42	1666	48,5	49	1.881	46,0			16	1.384	76,4
		47	1970	50,7	44	1750	48,4	51	1.975	45,9			18	1.605	84,5
		49	2068	50,6	46	1837	48,3	53	2.074	46,0			20	1.585	79,3
		50	2120	50,6	47	1883	48,4	54	2.126	46,0			21	1.619	79,0
		51	2173	50,5	48	1930	48,4	55	2.179	46,0			22	1.673	79,7
Tehnician dentar debutant *3)	M	10	1517	97,1	10	1513	96,8	23	1.520	70,7	Portar, paznic, pompier, guard, bufetier, manipulant bunuri, curier		12	1.313	80,2
		13	1631	96,7	13	1626	96,4	26	1.634	70,3			15	1.313	74,5
		15	1712	97,1	15	1708	96,9	28	1.716	70,4			17	1.340	71,9
		17	1798	96,5	17	1793	96,3	30	1.801	70,3			19	1.340	68,7
		18	1843	97,0	18	1838	96,7	31	1.847	70,4			20	1.350	67,5
		19	1889	96,9	19	1884	96,6	32	1.893	70,4			21	1.406	68,6
Soră medicală principală *4)	M	41	1705	50,7	40	1560	47,6	43	1.710	48,5	Muncitor calificat I , (functie I)		15	1.790	101,6
		44	1833	50,7	43	1677	47,6	46	1.838	48,4			18	1.545	81,3
		47	1925	49,5	45	1761	47,6	48	1.930	48,4			20	1.791	89,6
		50	2021	48,3	47	1849	47,6	50	2.027	48,4			22	1.456	69,3
		53	2071	45,9	48	1895	47,5	51	2.077	48,3			23	1.734	80,7
		56	2123	43,7	49	1942	47,5	52	2.129	48,4			24	1.790	80,9
Soră medicală *4)	M	39	1560	48,8	38	1532	49,2	42	1.570	45,7	Muncitor calificat II , (functie II)		12	1.714	104,7
		42	1677	48,8	41	1647	49,0	45	1.688	45,6			15	1.618	91,8
		45	1761	47,6	43	1729	49,0	47	1.772	45,6			17	1.554	83,4
		48	1849	46,4	45	1816	49,1	49	1.861	45,5			19	1.610	82,6
		51	1895	44,1	46	1861	49,0	50	1.907	45,5			20	1.660	83,0
		54	1942	42,0	47	1908	49,1	51	1.955	45,5			21	1.716	83,7
Soră medicală debutant *4)	M	10	1516	97,0	10	1513	96,8	24	1.520	68,7	Muncitor calificat III , (functie III)		10	1.545	98,9
		13	1630	96,6	13	1626	96,4	27	1.634	68,8			13	1.413	83,7
		15	1711	97,1	15	1708	96,9	29	1.716	68,6			15	1.463	83,0
		17	1797	96,5	17	1793	96,3	31	1.801	68,6			17	1.513	81,2
		18	1842	96,9	18	1838	96,7	32	1.847	68,7			18	1.545	81,3
		19	1888	96,8	19	1884	96,6	33	1.893	68,8			19	1.609	82,5
Statistica n medical, registrator medical; principal	M	41	1705	50,7	40	1560	47,6	43	1.710	48,5	Muncitor calificat IV , (functie IV)		8	1.364	91,7
		44	1833	50,7	43	1677	47,6	46	1.838	48,4			11	1.338	83,6
		46	1925	50,7	45	1761	47,6	48	1.930	48,4			13	1.384	82,0
		48	2021	50,7	47	1849	47,6	50	2.027	48,4			15	1.433	81,3
		49	2071	50,7	48	1895	47,5	51	2.077	48,3			16	1.478	81,5
		50	2123	50,7	49	1942	47,5	52	2.129	48,4			17	1.524	81,8
Statistica n medical, registrator medical	M	39	1560	48,8	38	1532	49,2	42	1.570	45,7	Muncitor necalificat I		5	1.313	95,5
		42	1677	48,8	41	1647	49,0	45	1.688	45,6			8	1.313	88,3
		44	1761	48,7	43	1729	49,0	47	1.772	45,6			10	1.313	84,0
		46	1849	48,7	45	1816	49,1	49	1.861	45,5			12	1.313	80,2
		47	1895	48,7	46	1861	49,0	50	1.907	45,5			13	1.313	77,8
		48	1942	48,7	47	1908	49,1	51	1.955	45,5			14	1.369	79,4

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Statistician medical, registrator medical; debutant	M	10	1516	97,0	10	1513	96,8	20	1.520	76,0	Muncitor necalificat II		1	1.313	105,0
		13	1630	96,6	13	1626	96,4	23	1.634	76,0			4	1.438	106,5
		15	1711	97,1	15	1708	96,9	25	1.716	75,8			6	1.313	93,0
		17	1797	96,5	17	1793	96,3	27	1.801	75,8			8	1.313	88,3
		18	1842	96,9	18	1838	96,7	28	1.847	75,8			9	1.325	86,9
		19	1888	96,8	19	1884	96,6	29	1.893	75,7			10	1.366	87,4
Biolog, biocchimist, chimist, fizician; principal, expert în fizică medicală	S	54	2827	61,1	53	2286	50,7				Operator, controlor date I	M	22	1.546	73,6
		57	3039	60,9	56	2457	50,5						25	1.468	64,9
		59	3191	60,9	58	2580	50,5						27	1.661	69,9
		61	3351	60,9	60	2709	50,5						29	1.718	68,7
		62	3434	60,9	61	2777	50,5						30	1.760	68,7
		63	3520	61,0	62	2846	50,5						31	1.833	69,8
Biolog, biochimist, chimist, fizician; specialist, fizician medical	S	51	2317	53,9	50	1921	45,9				Operator, controlor date II	M	18		0,0
		54	2491	53,9	53	2065	45,8						21	1.484	72,4
		56	2615	53,8	55	2168	45,8						23	1.525	70,9
		58	2746	53,7	57	2277	45,7						25	1.594	70,5
		59	2815	53,7	58	2334	45,7						26	1.614	69,4
		60	2885	53,8	59	2392	45,7						27	1.680	70,7
Biolog, biochimist, chimist, fizician	S	48	1827	45,8	48	1670	41,9				Operator, controlor date III	M	14	1.313	76,1
		51	1964	45,7	51	1795	41,7						17	1.371	73,6
		53	2062	45,7	53	1885	41,8						19	1.421	72,9
		55	2165	45,7	55	1979	41,8						21	1.466	71,5
		56	2219	45,6	56	2029	41,7						22	1.514	72,1
		57	2275	45,6	57	2079	41,7						23	1.561	72,6
Biolog, biochimist, chimist, fizician, fizician medical; debutant	S	24	1675	75,7	24	1627	73,5				Operator, controlor date debutant	M	8	1.313	88,3
		27	1801	75,8	27	1749	73,6						11		0,0
		29	1891	75,6	29	1836	73,4						13	1.313	77,8
		31	1985	75,6	31	1928	73,4						15	1.313	74,5
		32	2035	75,7	32	1977	73,6						16	1.313	72,4
		33	2086	75,9	33	2026	73,7						17	1.349	72,4
Logoped, sociolog, profesor CFM, kinetoterapeut, asistent social; principal	S	51	2749	63,9	51	1978	46,0	53	2.760	61,2	Secretar	M ; G	12	1.313	80,2
		54	2955	63,9	54	2126	46,0	56	2.967	61,0			15	1.435	81,4
		56	3103	63,8	56	2233	45,9	58	3.115	60,9			17	1.342	72,1
		58	3258	63,7	58	2344	45,8	60	3.271	61,0			19	1.457	74,7
		59	3340	63,8	59	2403	45,9	61	3.353	61,0			20	1.541	77,1
		60	3423	63,8	60	2463	45,9	62	3.437	61,0			21	1.579	77,0
Logoped, sociolog, profesor CFM, kinetoterapeut, asistent social	S	45	2121	57,3	45	1688	45,6	51	2.131	49,6	Secretar debutant	M ; G	8		0,0
		48	2280	57,2	48	1815	45,5	54	2.291	49,5			11	1.139	71,2
		50	2394	57,2	50	1905	45,5	56	2.405	49,5			13		0,0
		52	2514	57,1	52	2001	45,5	58	2.526	49,4			15		0,0
		53	2577	57,1	53	2051	45,5	59	2.589	49,4			16		0,0
		54	2641	57,1	54	2102	45,4	60	2.653	49,5			17		0,0
Logoped, sociolog, profesor CFM, kinetoterapeut	S	24	1675	75,7	24	1627	73,5	24	1.724	77,9	Stenodactilograf, secretar-dactilograf, dactilograf;	M	15	1.736	98,5
		27	1801	75,8	27	1749	73,6	27	1.853	78,0			18		0,0
		29	1891	75,6	29	1836	73,4	29	1.946	77,8			20	1.336	66,8
		31	1985	75,6	31	1928	73,4	31	2.043	77,8			22	1.643	78,2

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

apeut, asistent social; debutant		32	2035	75,7	32	1977	73,6	32	2.094	77,9	IA		23	1.680	78,1
		33	2086	75,9	33	2026	73,7	33	2.147	78,1			24	1.753	79,2
Profesor CFM, biolog, chimist, asistent social; principal *5)	S S D	47	2176	56,0	44	1742	48,2	48	2186	54,8	Stenodactilograf, secretar-dactilograf, dactilograf; I	M ; G	12		0,0
		50	2339	55,9	47	1873	48,2	51	2350	54,7			15		0,0
		52	2456	55,8	49	1966	48,1	53	2467	54,7			17	1.450	77,9
		54	2579	55,8	51	2065	48,0	55	2591	54,7			19	1.484	76,1
		55	2643	55,8	52	2116	48,1	56	2656	54,6			20	1.515	75,8
		56	2710	55,7	53	2169	48,1	57	2722	54,6			21	1.579	77,0
Profesor CFM, biolog, chimist, asistent social *5)	S S D	45	1742	47,1	42	1590	46,3	46	1752	46,1	Administrator I	M	15	1.864	105,8
		48	1873	47,0	45	1709	46,2	49	1883	46,1			18		0,0
		50	1966	46,9	47	1795	46,2	51	1978	46,0			20		0,0
		52	2065	46,9	49	1884	46,1	53	2076	46,0			22	1.435	68,3
		53	2116	46,9	50	1932	46,1	54	2128	46,0			23	1.764	82,0
		54	2169	46,9	51	1980	46,0	55	2182	46,1			24	1.865	84,3
Profesor CFM, biolog, chimist, asistent social; debutant *5)	S S D	14	1578	91,5	14	1568	90,9	18	1588	83,6	Administrator II	M	12		0,0
		17	1696	91,1	17	1686	90,5	21	1707	83,3			15	1.551	88,0
		19	1781	91,3	19	1770	90,8	23	1792	83,3			17		0,0
		21	1870	91,2	21	1858	90,6	25	1882	83,2			19	1.637	83,9
		22	1917	91,3	22	1905	90,7	26	1929	83,0			20		0,0
		23	1965	91,4	23	1952	90,8	27	1977	83,2			21	1.720	83,9
Psiholog principal	S	56	2749	56,5	52	2096	47,6				Șef depozit I	M	15		0,0
		59	2955	56,4	55	2253	47,6						18		0,0
		61	3103	56,4	57	2366	47,4						20	1.547	77,4
		63	3258	56,4	59	2484	47,4						22	1.786	85,0
		64	3340	56,4	60	2546	47,5						23		0,0
		65	3423	56,3	61	2610	47,5						24	1.708	77,2
Psiholog specialist	S	51	2661	61,9	47	1921	49,4				Șef depozit II	M	12	1.428	87,2
		54	2861	61,9	50	2065	49,3						15		0,0
		56	3004	61,8	52	2168	49,3						17		0,0
		58	3154	61,7	54	2277	49,2						19		0,0
		59	3233	61,7	55	2334	49,3						20		0,0
		60	3313	61,8	56	2392	49,2						21	1.578	77,0
Psiholog practicant	S	44	2121	58,7	44	1761	48,7				Șef formație muncitori (grad I -25, grad II -30)		25	1.868	82,6
		47	2280	58,6	47	1893	48,7							0,0	
		49	2394	58,6	49	1988	48,6						30	2.020	78,8
		51	2514	58,5	51	2087	48,5							0,0	
		52	2577	58,6	52	2139	48,6							0,0	
		53	2641	58,5	53	2193	48,6							0,0	
Psiholog stagiar	S	27	1635	68,8	27	1627	68,5				Șofer I		15	1.314	74,6
		30	1758	68,6	30	1749	68,3						18	1.380	72,6
		32	1846	68,7	32	1836	68,3						20	1.644	82,2
		34	1938	68,6	34	1928	68,2						22	1.731	82,4
		35	1986	68,5	35	1977	68,2						23	1.661	77,3
		36	2036	68,7	36	2026	68,4						24	1.848	83,5
Infirmieră, agent DDD	M ; G	14	1380	80,0	14	1370	79,4	16	1.470	81,1	Șofer II		12	1.723	105,2
		17	1484	79,7	17	1473	79,1	19	1.580	81,0			15		0,0

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

		19	1558	79,9	19	1546	79,3	21	1.659	80,9			17	1.610	86,4
		21	1636	79,8	21	1624	79,2	23	1.742	81,0			19	1.668	85,5
		22	1676	79,8	22	1664	79,2	24	1.786	80,7			20	1.723	86,2
		23	1718	79,9	23	1706	79,3	25	1.830	80,9			21	1.779	86,8
Infirmieră, agent DDD; debutant	M ; G	10	1365	87,4	10	1360	87,0	15	1.444	81,9	Maistru I		17		0,0
		13	1467	86,9	13	1462	86,6	18	1.552	82,2		20	1.313	65,7	
		15	1541	87,4	15	1535	87,1	20	1.630	81,5		22		0,0	
		17	1618	86,9	17	1612	86,6	22	1.711	81,5		24		0,0	
		18	1658	87,3	18	1652	86,9	23	1.754	81,6		25		0,0	
		19	1700	87,2	19	1693	86,8	24	1.798	81,3		26	1.820	78,3	
Brancardier, băieș, nămolari, spălătoare asă, îngrijitorii	G	12	1360	83,1	12	1350	82,4	15	1.444	81,9	Maistru II		14		0,0
		15	1462	83,0	15	1451	82,3	18	1.552	82,2		17		0,0	
		17	1535	82,4	17	1524	81,8	20	1.630	81,5		19		0,0	
		19	1612	82,7	19	1600	82,1	22	1.711	81,5		21		0,0	
		20	1652	82,6	20	1640	82,0	23	1.754	81,6		22		0,0	
		21	1693	82,6	21	1681	82,0	24	1.798	81,3		23	1.705	79,3	
Șofer autosanitară II *7)	M	18	1390	73,2	18	1375	72,4	34	1.550	54,9	Șef formație pază/pompieri		15		0,0
		21	1494	72,9	21	1478	72,1	37	1.666	54,8		18		0,0	
		23	1569	73,0	23	1552	72,2	39	1.750	54,7		20		0,0	
		25	1647	72,8	25	1630	72,0	41	1.837	54,6		22		0,0	
		26	1689	72,6	26	1670	71,8	42	1.883	54,8		23		0,0	
		27	1731	72,9	27	1712	72,1	43	1.930	54,8		24	1.711	77,3	
Șofer autosanitară III *7)	M ; G	16	1370	75,6	16	1365	75,3	30	1.500	58,5					
		19	1473	75,5	19	1467	75,2	33	1.613	58,7					
		21	1546	75,4	21	1541	75,2	35	1.693	58,4					
		23	1624	75,5	23	1618	75,3	37	1.778	58,5					
		24	1664	75,2	24	1658	74,9	38	1.822	58,5					
		25	1706	75,4	25	1700	75,1	39	1.868	58,4					
Ambulanțier *6)	M							43	1.761	50,0					
								46	1.893	49,8					
								48	1.988	49,9					
								50	2.087	49,8					
								51	2.139	49,7					
								52	2.193	49,8					

Tabel 11

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

Anexa nr. 6 Extras din Studiului privind procedurile aplicabile pentru elaborarea Ordonanței de urgență privind corecțiile aduse la salarizarea personalului plătit din fondurile publice (pp. 1-4)⁶⁶

Trasul prezintă procedura aplicabilă pentru implementarea prevederilor de Urgență privind corecțiile aduse la salarizarea personalului plătit din fondurile publice, ANEXA CORECȚII LA PROIECTUL DE OUG
OUG 27 PERSONALUL NEMEDICAL (în continuare "OUG")
Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială "Solidaritatea"

FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA
CENTRUL DE CERCETARE ȘI DEZVOLTARE SOCIALĂ "SOLIDARITATEA"

București,
str. Lipscani, nr. 53, et. IV, cam. 3
Telefon: 0721246491
www.solidaritatea-sanitara.ro
Email: solidaritateasanitara@yahoo.fr

Galați,
str. col. Nicolae Holban, nr. 10 bis
Telefon: 0336/106365
Fax: 0336/109281
www.cercetare-sociala.ro
Email: contact@cercetare-sociala.ro

Către:
Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice
În atenția domnului ministru Dragoș Pîslaru

ROCMNIA
KGGJG 20.05.2016

FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA
INCHISIE
Nr. 62
Zona 16, Luna 03, Anul 2016

Prin prezenta vă înaintăm *Studiul privind procedurile aplicabile pentru elaborarea Ordonanței de urgență privind corecțiile aduse la salarizarea personalului plătit din fondurile publice*:

ANEXA CORECȚII LA PROIECTUL DE OUG ȘI PERSONALUL NEMEDICAL¹

Draft 26.05.2016

Introducere

Prezentul document constituie o anexă la *Studiul privind procedurile aplicabile pentru elaborarea Ordonanței de urgență privind corecțiile aduse la salarizarea personalului plătit din fondurile publice*, el concentrându-se pe semnalarea unor inadvertențe ale proiectului de OUG aflat în dezbateră și pe propunerea unor modificări, prin recurs la argumente.

Documentul se concentrează pe două direcții de argumentare:

- A. Eliminarea erorii fundamentale de design a OUG privind sectorul sanitar, eliminând salariile diferite aferente fiecărei clase de salarizare și utilizând nivelului maxim aferent fiecărei clase de salarizare.
- B. Corecția salariilor personalului nemedical.

A. Eliminarea erorilor din proiectul de OUG

Două tipuri de erori pot fi constatate în cadrul proiectului de OUG, partea privitoare la sectorul public de sănătate:

- 1) Salarii diferite pentru aceeași clasă de salarizare
- 2) Salarii identice pentru clase de salarizare diferite

¹ Documentul este realizat în cadrul Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, de către experții Centrului, sub coordonarea cart. univ. dr. Viorel Răuță.

⁶⁶ Pentru claritatea demersului prima pagină este anexată în copie foto de pe documentul înregistrat. Documentul integral, în forma înregistrată poate fi găsit aici: http://www.solidaritatea-sanitara.ro/attachments/article/20612/Nr_B31_26_05_16_DP_MM_Anexa_Studiu_Salarizare.pdf

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

3) Salarii mai mari pentru clase de salarizare mai mici și viceversa.

Vom analiza în continuare fiecare tip de eroare:

A.1 Salarii diferite aceeași clasă de salarizare

Este eroare cu impactul negativ cel mai mare deoarece generează cele mai multe inechități raportat la prevederile legale în vigoare. Prezentăm în continuare tabelele de corelație pe clase de salarizare, în care se evidențiază în mod clar diferențele de salarizare existente în cadrul aceeași clase de salarizare între diferitele categorii de salariați care fac parte din acea clasă de salarizare.

		Clasele de salarizare 25-34								
FUNCTIA		25	27	28	29	30	31	32	33	34
Clinice	Medic stagiar S						1850			1989
	As.med.debut S		1745		1832		1924	1972	2021	
Neclinice	Medic stagiar S						1800			1935
	As.med.debut S		1723		1809		1900	1947	1996	
UPU	As.med. S									
	As.med.debut S	1623		1745		1832		1924	1972	2021
		Clasele de salarizare 35-44								
FUNCTIA		Studii	36	38	39	40	41	42	43	44
Clinice	Medic stagiar S		2088	2193	2247	2304				
	As.med. SSD									1993
	Asistent medic PL									1960
	Asistent medic M									1909
	Asistent medic M							1745		
	Statistician, re M						1705			1833
	Statistician, re M				1560			1677		
	Medic stagiar S		2032	2133	2187	2241				
NECLINICE	As.med. S									1699
	As.med. SSD							1605		
	Asistent medic PL								1738	
	Asistent medic PL						1574			1692
	Asistent medic M						1637			1760
	Asistent medic M				1414			1520		1596
	Statistician, re M					1560			1677	
	Statistician, re M			1532			1647		1729	
NAT.PATO	As.med. debut SSD							2305		
	Asistent medic PL					2136			2296	
UPU	Medic stagiar S		2096	2201		2311	2369	2428		
	Statistician, re M								1705	
	Statistician, re M							1535		

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

		Clase de salarizare 45 - 54									
FUNCTIA	studii	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
CLINICE	Medic	S								2364	
	As.med.principal	S						2760			2967
	As.med.	S		2132			2292		2406		2527 2590
	As.med.principal	SSD				2275			2446		2568
	As.med.	SSD			2142		2250		2362	2421	2482
	Asistent medical principal*2)	PL		2176			2339		2456		2579 2643
	Asistent medical *2)	PL			2107		2212		2323	2381	2441
	Asistent medical principal*2)	M			2052		2155		2263	2319	2377
	Asistent medical *2)	M	1876		1970		2068	2120	2173		
	Statistician,registr.med.-princip	M			1925			2021			2071
Statistician,registr.med.	M	1761			1849			1895		1942	
NECLINICE	Medic	S									2367
	As.med.principal	S				1843			1981		2080
	As.med.	S			1826		1918		2014	2064	2116
	As.med.principal	SSD		1774			1907		2002		2103 2155
	As.med.	SSD	1725		1812		1902	1950	1999		
	Asistent medical principal*2)	PL		1868		1962		2060	2111	2164	
	Asistent medical *2)	PL		1777		1865	1912	1960			
	Asistent medical principal*2)	M		1848		1940	1989	2038			
	Asistent medical *2)	M		1676	1718	1761					
	Statistician,registr.med.-prin	M	1761		1849	1895	1942				
Statistician,registr.med.	M	1816	1861	1908							
ANAT. PAT.	As.med.debutant	S								2471	
	As.med.debutant	SSD	2478		2602		2732	2800	2870		
	Asistent medical debutant *2)	PL	2411		2532	2595	2660				
UPU	As.med.	S						2135			2295
	As.med.	SSD						1995			2145
	Asistent medical principal*2)	PL								2180	
	Asistent medical *2)	PL					1965			2112	2218
	Asistent medical principal*2)	M						2149			2310
	Asistent medical *2)	M			1750			1881		1975	2074
	Statistician,registr.med.-princip	M		1833		1925		2021	2071	2123	
	Statistician,registr.med.	M	1650		1733		1819	1865	1911		
		Clasele de salarizare 55-64									
FUNCTIA	studii	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64
CLINICE	Medic special	S								3222	
	Medic	S		2541		2668		2802	2872	2944	
	As.med.princi	S		3115		3271	3353	3437			
	As.med.	S	2655								
	As.med.princi	SSD	2696	2764	2833						
	Asistent med	PL	2710								
	Statistician, re	M		2123							
NECLINICE	Medic prima	S									3274
	Medic speci	S				2852		3066		3219	
	Medic	S		2545		2672		2805	2875	2947	
	As.med.prin	S	2184	2239	2295						
	As.med.prin	SSD	2209								
ANAT.PAT	Medic stagiar	S				3423			3680		3864
	As.med.debut	S	2656		2789		2929	3002	3077		
UPU	Medic	S		2464			2649		2781		2920 2993
	As.med.princi	S		2765			2972		3121		3277 3359
	As.med.	S	2410		2530	2594	2658				
	As.med.princi	SSD	2210			2376		2495		2619	2685 2752
	As.med.	SSD	2252		2364	2424	2484				
	Asistent med	PL	2344		2461		2584	2648	2715		
	Asistent med	PL		2329	2387	2447					
	Asistent med	M	2426		2547	2611	2676				
Asistent med	M	2126	2179								

Calitatea vieții profesionale a salariaților din Sănătate; studii, analize și demersuri privind unii dintre indicatori

		Clasele de salarizare 65-74										
FUNCTIA		studii	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
CLINICE	Medic primar	S								4100		
	Medic specialist	S	3464		3637		3819	3914	4012			
NECLINICE	Medic primar	S		3520		3696		3880	3977	4077		
	Medic specialist	S	3380	3465	3551							
ANAT.PAT	Medic stagiar	S		4057	4158	4262						
	As.med.	S										4139
	As.med.	SSD								3861		
	Asistent medical principal*2)	PL										4227
	Asistent medical *2)	PL								3795		
	Asistent medical principal*2)	M								3692		
	Asistent medical *2)	M						3365			3617	
UPU	Medic specialist	S	3015			3241		3403		3573	3663	3754
	Medic	S	3068									
	As.med.principal	S	3443									

		Clasele de salarizare 75-90																
FUNCTIA		studii	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
CLINICE	Medic primar	S	4408		4628		4859	4981	5105									
	Medic specialist	S																5961
ANAT.PAT.	Medic	S							4373			4701		4936		5183	5312	5445
	As.med.principal	S				5395			5800		6090		6394	6554	6718			
	As.med.	S		4449		4672		4905	5028	5154								
	As.med.principal	SSD		4288		4610		4840		5082	5209	5339						
	As.med.	SSD	4151		4358		4576	4690	4808									
	Asistent medical pri	PL			4544		4771		5010	5135	5263							
	Asistent medical *2)	PL	4080		4284		4498	4610	4725									
	Asistent medical pri	M	3969		4167		4379	4485	4597									
	Asistent medical *2)	M	3798		3988	4088	4190											
	UPU	Medic primar	S	4371			4699		4934		5180	5310	5443					

Acest tip de analiză identifică în mod clar gradul de apropiere față de nivelul de salarizare ce ar rezulta din aplicarea legii 284/2010 pe logica: salarii de bază mai mari sunt aproape de nivelul maxim de salarizare.

Având în vedere faptul că ansamblul corecțiilor propuse prin proiectul de OUG este orientat pe legea nr. 284/2010, devine evident că menținerea unor salarii diferite pe aceeași clasă de salarizare tinde să mențină un nivel înalt al inechităților salariale, ratând o importantă componentă corectivă, în acord cu scopul asumat al actului normativ.

Prima noastră opțiune privind soluțiile de remediere a acestui tip de discriminare o constituie, în mod categoric, acordarea celui mai mare salariu corespunzător fiecărei clase de salarizare la toți salariații care se află pe clasa respectivă, aceasta constituind și esența solicitărilor noastre.

În subsidiar, pot fi luate în considerare modele progresive de creștere, care să conducă la același rezultat până cel târziu în august 2017, dar al căror prim pas de creștere să fie făcut încă din luna august a acestui an.

A.2 Salarii mai mari pentru clase de salarizare mai mici și viceversa

Analiza tabelor de la punctul A.1 este suficientă pentru a evidenția problemele generate.

A.3 Salarii identice pentru clase de salarizare diferite

Exemplu: Unități neclinice: Șofer autosanitară III (clase de salarizare 16+9) are aceeași grilă de salarizare cu Brancardierul (clase de salarizare 12+9).

Este evident că grila de salarizare necesită o corecție atentă din această perspectivă.

Anexa nr. 7 Extras din Studiul privind procedurile aplicabile pentru elaborarea Ordonanței de urgență privind corelațiile aduse la salarizarea personalului plătiți din fondurile publice

FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA

CENTRUL DE CERCETARE ȘI DEZVOLTARE SOCIALĂ "SOLIDARITATEA"



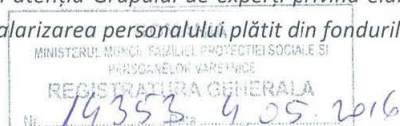
București,
str. Lipscani, nr. 53, et. IV, cam. 3
Telefon: 0721246491
www.solidaritatea-sanitara.ro
Email: solidaritateasanitara@yahoo.fr

Galați,
str. col Nicolae Holban, nr. 10 bis
Telefon: 0336/106365
Fax: 0336/109281
www.cercetare-sociala.ro
Email: contact@cercetare-sociala.ro



Către: Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice

În atenția Grupului de experți privind elaborarea Ordonanței de urgență privind corecțiile aduse la salarizarea personalului plătit din fondurile publice



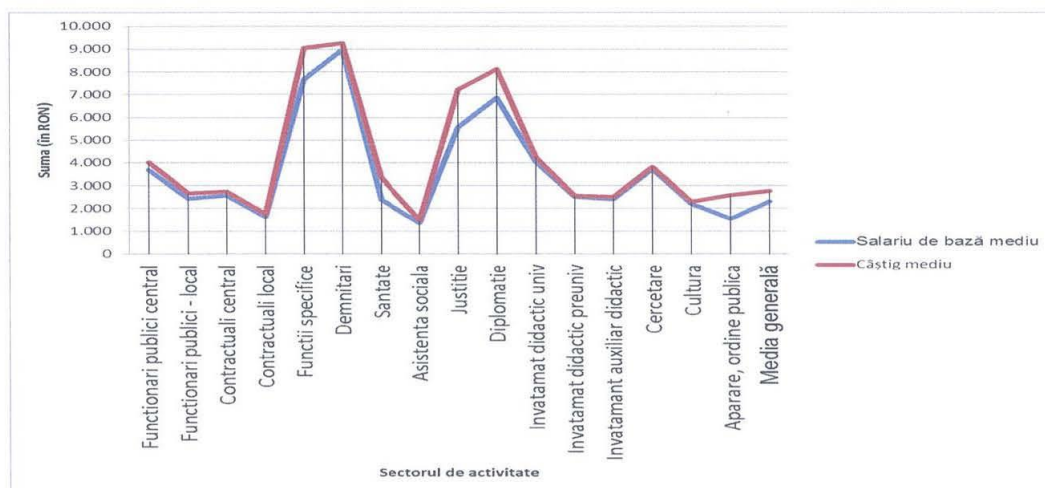
Studiul privind procedurile aplicabile pentru elaborarea Ordonanței de urgență privind corecțiile aduse la salarizarea personalului plătit din fondurile publice¹

Draft (puncte de vedere) 4.05.2016

Expert
ROTILĂ Viorel

I. Repartiția banilor disponibili între sectoarele de activitate

Analiza comparativă a nivelului de salarizare între diferitele sectoare bugetare relevă faptul că Sănătatea se află pe unul dintre ultimele locuri:



¹ Studiul, aflat în desfășurare concomitent cu activitatea grupului de lucru, este elaborat în cadrul Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”/Federația „Solidaritatea Sanitară”, de un colectiv coordonat de conf. univ. dr. Viorel Rotilă și compus din următorii experți: lect. univ. Traian Palade, expert resurse umane Vasile Andrieș, expert fed. Gabriel Predica.

www.cercetare-sociala.ro

www.fssr.ro

Redactor: Rotilă Viorel
Copertă: Lungu Laurențiu
Corectură și paginare: Tetiva Elena

Bun de tipar: 2016. Apărut: 2016
Editura **Sodalitas**, str. Col. Nicolae Holban, nr. 10bis, corp C1, CP 800217, Galați
Tel: 0336/106.365, Fax: 0336/109.281



Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială "Solidaritatea"

www.cercetare-sociala.ro
0336/401.541



Federația "Solidaritatea Sanitară" din România

www.solidaritatea-sanitara.ro
0371/049.261

ISBN 978-606-93790-4-2



9 786069 379042 >

Editura SODALITAS

2016