

*Federația „Solidaritatea Sanitară” din România* și *Universitatea „Dunărea de Jos” Galați,*  
*Facultatea de Istorie, Filosofie și Teologie,*  
*Catedra de Filosofie – Sociologie*

în colaborare cu:  
*Ministerul Sănătății* și *Centrala Națională Sindicală „SAN.ASIST”*

Studiul:  
***Situația forței de muncă din sistemul sanitar românesc. Punctul de vedere al managerilor din sistem***

Desfășurat în cadrul proiectului: *Cartea verde asupra forței de muncă din sistemul de sănătate la nivel european. Studiu de caz: situația României.*

**Autori:**

**Viorel ROTILĂ, lect. univ. dr.**  
**Lidia CELMARE, jr.**

Cercetarea a fost desfășurată în perioada ianuarie – martie 2009 și a avut ca subiecți 228 manageri din 35 de județe și din București. Subiecților le-au fost adresate un număr de 16 întrebări deschise și una închisă (vezi anexa), ei răspunzând la întrebări printr-o adresă oficială. Întrebările au fost adresate, prin intermediul Direcțiilor de Sănătate Publică, tuturor unităților sanitare publice din țară; răspunsurile ne-au parvenit, și din cauza dificultăților tehnice de comunicare, de la cca. 55% din unitățile sanitare cu paturi din România (raportat la situația statistică din 2006 – 419 unități sanitare). Luând în considerare dispersia răspunsurilor pe tipuri de unități și pe regiuni geografice, studiul este reprezentativ la nivelul managerilor din unitățile sanitare din România.

Mulțumim managerilor unităților sanitare care și-au dat tot interesul în transmiterea opiniei lor față de problemele cu care se confruntă sistemul sanitar în domeniul personalului, și tuturor celor care au colaborat sau ne-au ajutat la realizarea cercetării și a studiului. Mulțumiri speciale domnului Ministru Secretar de stat din Ministerul Sănătății, Cristian-Anton Irimie, pentru „impulsul” dat managerilor de a participa la desfășurarea acestui proiect.

## 1. Care este numărul de asistenți medicali și medici care au plecat la muncă în străinătate în 2007 și 2008?

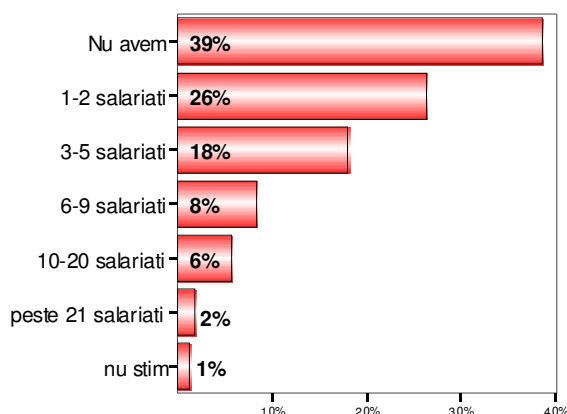
Managerii care au răspuns la întrebările adresate în cadrul cercetării au indicat ca plecați la muncă în străinătate în perioada 2007-2008 un total de 660 asistenți medicali și 110 medici. Având în vedere faptul că au răspuns 55% din managerii din sistemul sanitar public, pentru întreaga țară estimarea ar fi în acest caz de 1200 asistenți medicali și 200 medici plecați la muncă în străinătate în ultimii doi ani. Se impun câteva precizări:

1. Deoarece nu există un sistem de monitorizare a fluxului de personal care pleacă în străinătate pentru muncă (se încearcă introducerea unui astfel de sistem la nivel european), respondenții au indicat doar pe cei despre care au știut că au plecat la muncă; deci numărul celor plecați este mai mare, cifrele avansate de noi având un caracter minimal.

2. Mai mulți manageri ne-au indicat că plecarea personalului a înregistrat valori mai mari în perioadele anterioare, ceea ce înseamnă un număr cu mult mai mare per total.

3. Datele se referă doar la unitățile sanitare publice din țară; nu avem date în acest sens despre sectorul privat și nici despre cabinetele medicale individuale.

Care este numărul de asistenți medicali și medici care au plecat la muncă în străinătate în 2007 și 2008?



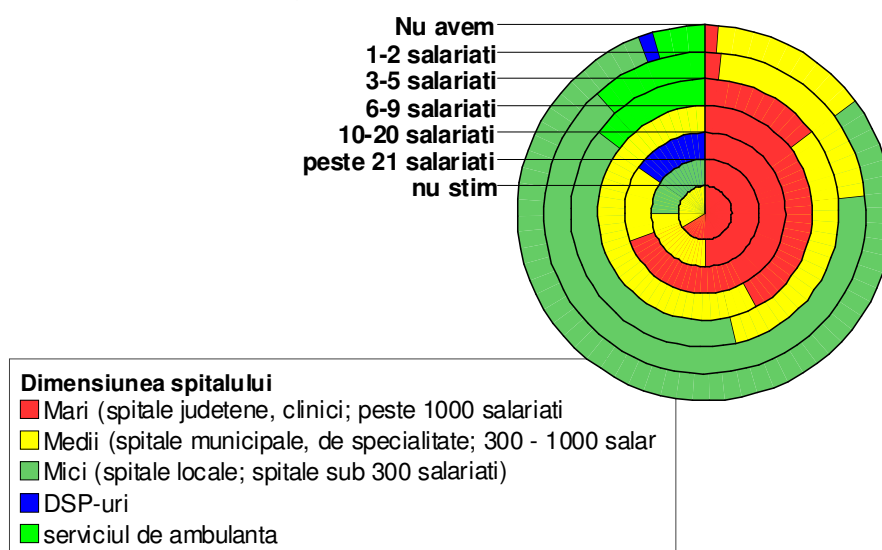
Putem observa că 60% dintre managerii unităților sanitare declară că au salariați care au plecat la muncă în străinătate în ultimii doi ani, cele mai ridicate procente fiind la cei care indică *1-2 salariați plecați* sau *3-5 salariați plecați*; 40% dintre manageri declară că nu au personal plecat la muncă în străinătate în ultima perioadă. Unii dintre respondenți au invocat și faptul că cei care pleacă nu motivează oficial plecarea la muncă în străinătate, dar majoritatea ajung să lucreze în spitale din străinătate; din această cauză cifrele nu reflectă în mod fidel situația reală. De asemenea, am investigat doar plecările din 2007 și 2008, datele sugerând că plecările au fost în număr mai mare înainte de această perioadă; spre exemplu, conform managerului unui spital din Suceava: „Cel mai mare exod de personal medico-sanitar s-a înregistrat în perioada 2003-2004 când au plecat în străinătate un număr de 22 asistenți medicali”. Este posibil ca acest exod să fie asociat și cu un gen anume de atmosferă în sistem generată de o formă de conducere a sistemului. Au fost raportate și câteva situații dramatice; spre exemplu: Maramureș, Spitalul Județean – 56 de asistenți medicali plecați.

Am verificat prin sondaj și declarațiile unor manageri privitoare fie la numărul persoanelor plecate la muncă în străinătate, sau la cele întoarse; am constatat în majoritatea cazurilor ca managerii nu aveau cunoștință de toate cazurile de acest tip. Situația este de natură a ne face să presupunem că numărul

persoanelor plecate, dar și al celor întoarse, este mai mare. În același timp, trebuie luată în considerare și teama salariaților de a declara plecarea la muncă în străinătate, chiar dacă prevederea din Contractul colectiv de muncă la nivel de ramură le permite să ia concediu fără plată un an de zile pentru plecarea la muncă în străinătate. De altfel, această prevedere se dovedește a fi eficientă fiind indicate mai multe situații de salariați care sau întors după un an de muncă în străinătate. Se poate considera de asemenea că prima de stabilitate a avut un rol în reducerea numărului de persoane ce au plecat din sistem, nu atât prin cuantumul ei (neseemnificativ în raport cu salariile mici și cu diferența față de salariile din UE) cât prin faptul că ele au arătat personalului atenție și preocupare pentru soarta lui; semnificația este, deci, preponderent morală.

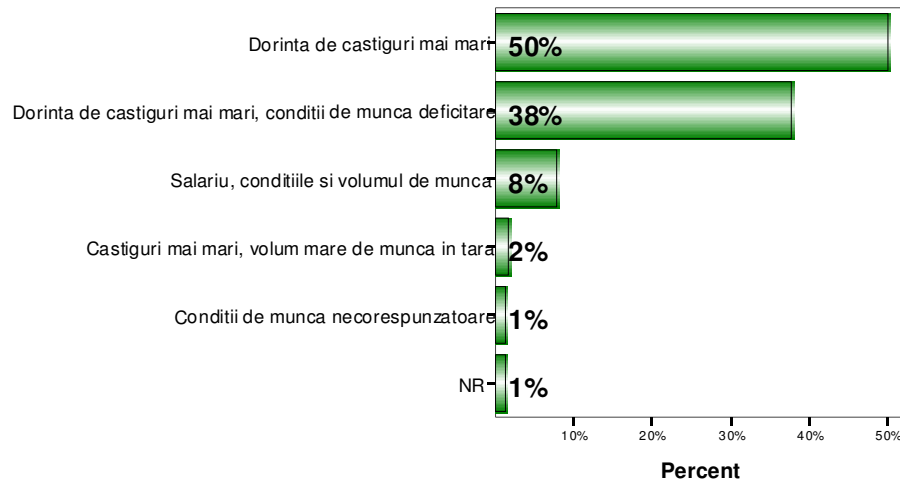
**Dimensiunea spitalului vs. Care este numarul de asistenti medicali si medici care au plecat la munca in strainatate în 2007 si 2008?**

Care este numarul de asistenti medicali si medici care au plecat la munca in strainatate în 2007 si 2008?



Analiza încrucișată arată că în marea majoritate a celor care declară că nu au personal plecat la muncă în străinătate conduc spitale mici; câteva sunt spitale medii ca dimensiune și foarte puține mari. Cum era de așteptat, spitalele cu mult personal plecat la muncă în străinătate sunt spitalele mari, ele fiind cele mai afectate. Considerăm îngrijorătoare și situația celor câteva spitale mici care au peste 21 salariați plecați la muncă în străinătate; în aceeași situație se află și Direcțiile de Sănătate Publică (în continuare DSP) care au între 10 și 20 salariați plecați.

**Care credeti ca sunt motivele pentru care o parte din personalul medical pleaca la munca in strainatate?**



Principalul motiv al plecării îl constituie dorința unor câștiguri mai mari. Nu sunt însă de neglijat nici alți factori de tip *push* (care „împing” la migrație) decât salariile mici din țară, cum ar fi: condițiile de muncă necorespunzătoare și volumul mare de muncă.

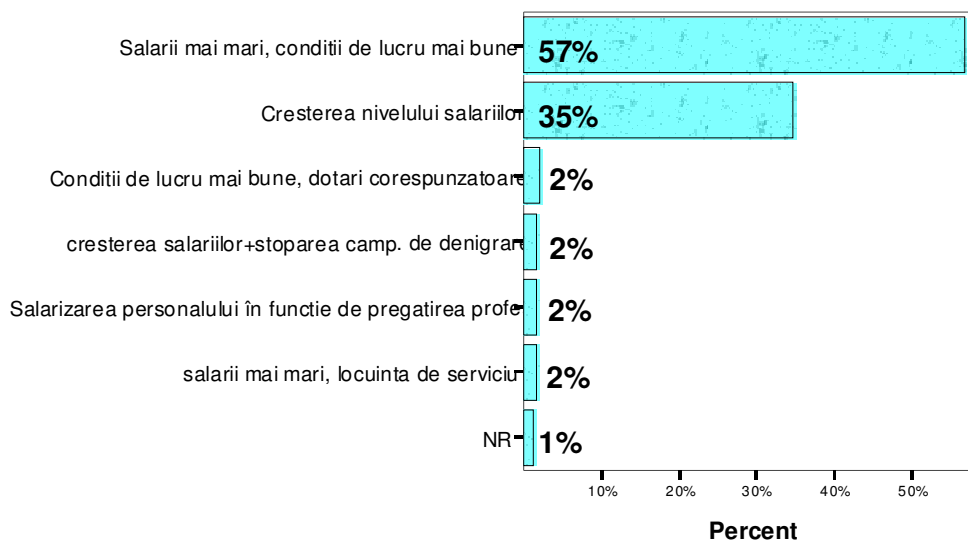
- **Modelul cel mai des întâlnit de răspuns:**

- **Salarizare necorespunzătoare**
- **Condiții de muncă necorespunzătoare**
- **Slaba dotare cu aparatură medicală**

Au fost însă indicați și alți factori *push* cum ar fi: absența satisfacției muncii datorită faptului că profesia medicală nu se mai bucură de același prestigiu social, întârzierea promovării personalului sau slaba conturare a unui traseu profesional, salariile mici nu permit accesul la credite, lipsa facilităților pentru personal, program de lucru încărcat datorită deficitului de personal, disfuncționalitățile sistemului sanitar.

Spre exemplu, managerul unei unități sanitare din Maramureș a sintetizat factorii *pull* (care „trag” pe cei care migrează): „salarizare superioară în Occident, posibilitatea integrării într-o societate funcțională, integrarea într-un sistem cu ierarhii profesionale clare, posibilitatea validării complete a pregătirii și cunoștințelor profesionale, calitatea superioară a relațiilor interumane în relațiile de serviciu, posibilitatea perfecționării profesionale, condițiile de viață la alt standard de civilizație, diferența de apreciere valorică a persoanei.

**Ce masuri considerati necesare pentru ca personalul medical sa nu mai paraseasca sistemul sanitar medical romanesc?**



Majoritatea respondenților (57%) consideră că creșterea salariului și asigurarea unor condiții de muncă mai bune ar putea constitui măsuri eficiente pentru limitarea numărului de plecări la muncă în străinătate; 35% consideră că ar fi suficientă doar creșterea salariilor.

- **Modelul cel mai des întâlnit de răspuns:**

- **Salarizare corespunzătoare**
- **Condiții de muncă corespunzătoare**
- **Dotare cu aparatură medicală**

Au fost indicate și următoarele măsuri ce vizează în special condițiile de muncă: facilități acordate de comunitatea locală pentru medicii tineri, diverse facilități pentru personal (pensii facultative, asigurări), condiții de muncă ce asigură o asistență medicală de calitate, salarizare motivantă și condiții de lucru la standarde europene, stabilitate în muncă, respectarea contractelor colective de muncă (paradoxal pentru manageri să invoce respectarea CCM; realitatea este însă că sunt puși deseori în imposibilitate de a le respecta, în special datorită lipsurilor financiare), acordarea primelor de stabilitate, finanțarea unităților sanitare conform nevoilor reale ale acestora, alocarea unui buget corespunzător pentru sănătate, acordarea la timp a tuturor drepturilor salariale, o politică sanitară eficientă și reducerea birocrăției din sistem.

Semnificative sunt și răspunsurile legate de nevoia unei recunoașteri sociale corespunzătoare pentru această categorie de personal: respect din partea pacienților și aparținătorilor, atitudine corespunzătoare din partea mass-media, respectul societății față de actul medical și personalul care îl asigură.

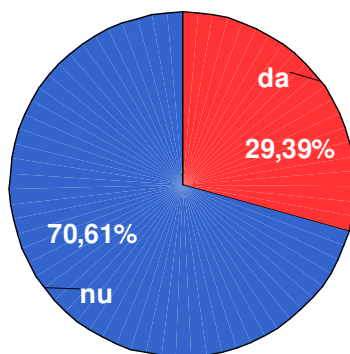
Importante sunt de asemenea și măsurile ce țin de organizarea resurselor umane: îmbunătățirea mediului de muncă, crearea posibilității pentru salariați de exprimare a punctului de vedere, ce conduce la creșterea gradului de implicare profesională, asigurarea formării profesionale continue, acordarea locuințelor de serviciu, personalul să nu mai fie supus stresului cotidian, el fiind primul care se confruntă cu nemulțumirile pacienților, stabilirea unor indicatori de evaluare a activității (personalului și unităților sanitare) care să pună accent pe latura calitativă a activității, munca să se desfășoare conform unor standarde bine stabilite și cu o retribuție corespunzătoare, completarea schemei de personal pentru a se evita încărcarea cu sarcini și a permite acordarea unor servicii medicale de calitate, reducerea volumului de muncă, încadrarea cu personal conform Normativelor de personal și nu a posturilor aprobate prin Statul de funcții al unității.

Următoarele exemple de răspunsuri le considerăm elocvente: Lugoj: „Scăderea presiunii asupra spitalelor prin reorganizarea rețelei primare și secundare ambulatorii; informarea opiniei publice privind pachetul de bază și pachetul minim de servicii medicale; creșterea prețului serviciilor medicale contractate cu casele de asigurări”. Argeș: „Decontarea serviciilor medicale prestate mai aproape de realitate, atât cantitativ cât și calitativ: tot timpul socoteala se face de la coadă spre cap – atât avem, atât suntem dispuți să contractăm – nu se ține cont de perioadele statistic demonstrate „de vârf”, când, ca un făcut, funcționăm pe o rămășiță de buget sau pe un act adițional (perioada friguroasă) și prestăm servicii medicale aproape dublu față de cele decontate (contractate)”. Timișoara: „acordarea unor stimulente financiare: prime de vacanță, de sărbători, salarizarea mai bună a unor categorii de personal”. Sibiu: „recunoașterea reală a rolului asistenților medicali în societate”.

## 2. Aveți situații de „mișcare circulară” a personalului? Cum apreciați aceste categorii de personal din punct de vedere profesional?

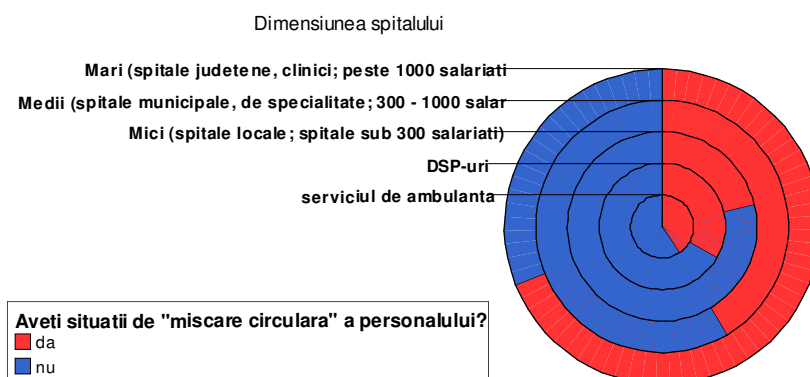
Managerii care au răspuns la întrebările adresate au indicat că s-au întors în țară 47 asistenți medicali și 8 medici; extrapolând la toate unitățile sanitare publice din țară ar putea fi vorba de cca. 85 asistenți medicali și cca. 14 medici întorși să muncească în țară.

Aveți situații de "mișcare circulară" a personalului?



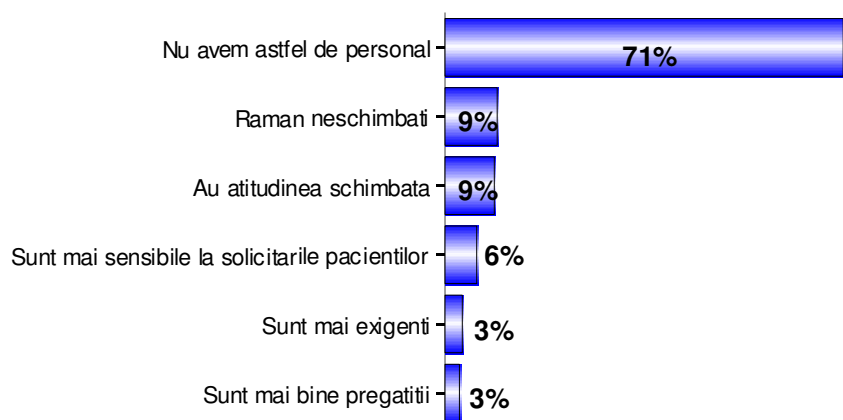
Deși procentul celor care declară că au situații de mișcare circulară a personalului este relativ redus (29,39%), el este însă semnificativ ca amploare, mai ales că se întâlnește în special în cazul spitalelor mari, dând seama de tendința de întoarcere în țară cel puțin a unei părți din cei plecați. Considerăm că situația poate fi considerată una pozitivă, având în vedere că persoanele care au muncit în străinătate sunt de cele mai multe ori și cele care facilitează un schimb de experiență, aducând cu ele noi competențe. De altfel, caracterul pozitiv al „mișcării circulare” a personalului sanitar, cel puțin în ceea ce privește schimbul de experiență, este recunoscut la nivel mondial. Nu suntem siguri că aceeași apreciere poate avea și din punctul de vedere al asigurărilor sociale.

### Dimensiunea spitalului vs. Aveți situații de "mişcare circulară" a personalului?



Cum spitalele mari au și cel mai mare număr de persoane plecate, tot ele sunt și cele care au cele mai multe situații de întoarcere a personalului plecat la muncă în străinătate. Putem considera că situațiile de „mişcare circulară” sunt direct proporționale cu mărimea spitalului, deci cu numărul de salariați.

### Cum apreciați aceste categorii de personal din punct de vedere profesional?



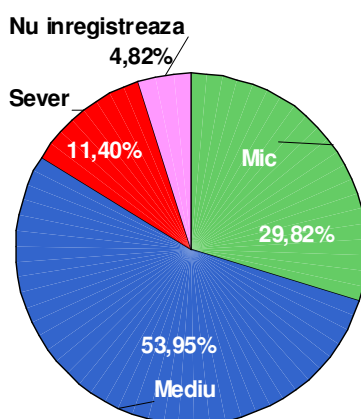
Putem considera că majoritatea celor care au personal medical întors din străinătate apreciază în mod pozitiv experiența dobândită de aceste persoane în străinătate; cele mai frecvente răspunsuri au fost date în sensul că aceste persoane *au atitudinea schimbată*, *sunt mai competente* și *sunt mai bine pregătite*. În acest sens, managerii au recurs la următoarele descrieri pentru aceste persoane: mai bine pregătiți profesional, se constată o dezvoltare a conștiințiozității și o bună disponibilitate față de pacienți și în relațiile colegiale, comunicare cu pacienții mai bună, calitatea serviciilor prestate și a dezvoltării profesionale crescute, sunt mai sensibile la solicitările pacienților, dau dovadă de o bună pregătire profesională, sunt mai deschise în relațiile cu colegii și pacienții, o atitudine pozitivă față de muncă și un mai mare atașament față de pacienți, au dobândit competențe suplimentare, sunt mai bine pregătite schimbări de atitudine față de salariu și condițiile de muncă.

S-au înregistrat și răspunsuri care indică o continuare a situației inițiale: nu se văd schimbări la cei reveniți, sunt și cazuri în care asistenții medicali nu au lucrat în specialitatea pe care o aveau/au, și nu se pot constata schimbări, schimbările sunt și în funcție de perioada lucrată; absența schimbărilor poate avea ca motiv și perioada lucrată: nu se poate constata o diferență în bine deoarece cei plecați oricum erau bine pregătiți.

Cele mai elocvente răspunsuri: Dâmbovița: „Schimbări majore de comportament, respect și atitudine față de pacienți și față de colegi”. București: „o atitudine față de pacient și sarcinile de serviciu de o calitate deosebită, o abordare pragmatică și extrem de corectă a activității”. Suceava: „Determinarea și atitudinea față de muncă depinde de educația fiecăruia în parte, indiferent unde lucrează și cine îl plătește”. Piatra Neamț: „la aceste categorii o schimbare în bine de atitudine și competență profesională”. Vaslui: „Am constatat schimbări pozitive în atitudinea acestora, în sensul deschiderii spre nou și schimbare precum și obținerea de noi competențe.” Vrancea: „persoanele care au lucrat în străinătate își cunosc mai bine interesele, pretinzând mai multe de la angajator. Sunt adesea generatoare de conflicte – prin comparație cu cele văzute în străinătate. Sunt nemulțumite de sistem și de relațiile interpersonale. Nu dovedesc mai multe competențe sau cunoștințe. Cunosc mai bine legislația și sunt promotorii acțiunilor sindicale când este vorba de respectarea drepturilor de orice fel: umane, profesionale, salariale”. Vaslui: „Mai preocupate de bunul mers al activității, medicii s-au pregătit intens, nivelul lor de competență a crescut.”

### 3. Unitatea dvs. înregistrează un deficit de personal? Pentru ce categorii de personal?

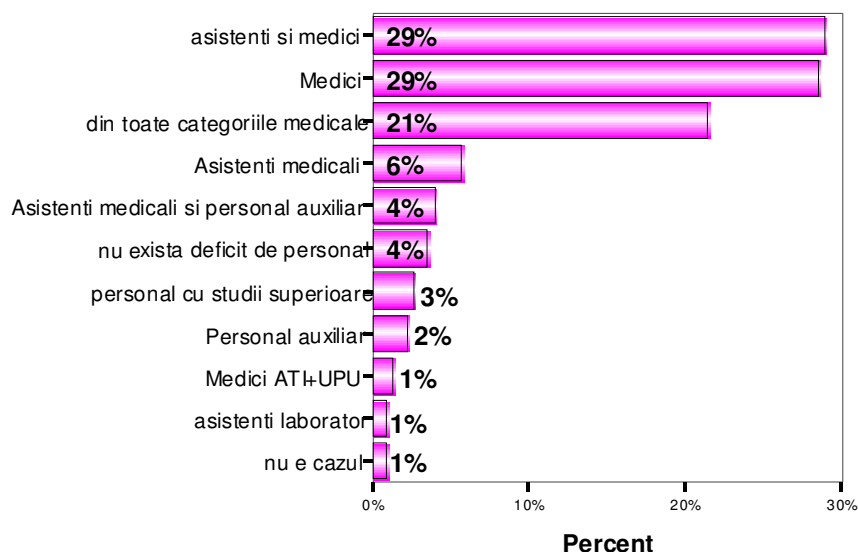
Unitatea dvs. inregistreaza un deficit de personal



11,4% din unitățile sanitare au un deficit sever de personal, iar 54% unul mediu; doar cca. 5% din unități nu înregistrează deficit. Deficitul trebuie înțeles atât cantitativ cât și calitativ. Deficitul de personal conduce la mărirea volumului de muncă, având drept consecință suprasolicitarea fizică și intelectuală a personalului, în relația cu pacienții aceasta conducând la scăderea calității serviciilor medicale acordate. Există cazuri de unități în care nu s-au ocupat posturile scoase la concurs. În special următoarele secții au deficit de personal de specialitate: UPU, ATI, Cardiologie, Neonatologie, Laborator, Radiologie.



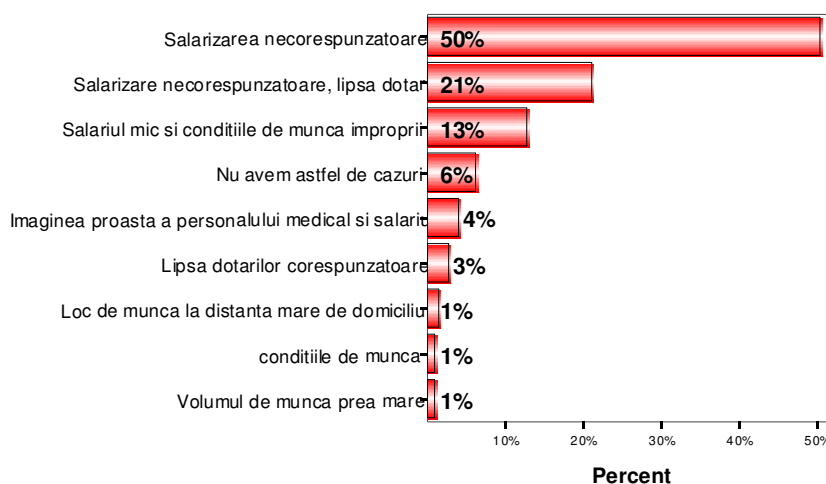
**Deficit de personal se inregistreaza pentru urmatoarele categorii de personal:**



Deficitul cel mai mare este indicat în cazul medicilor (cumulat, 83%), urmați îndeaproape de asistenții medicali (cumulat, 61%). Unele spitale declară și deficit sever de personal auxiliar. De asemenea, deficit de personal la serviciile în care personalul lucrează în ture și gărzi. Exemplu de răspuns Covasna: „Unele specialități medicale sunt publicate de ani de zile pentru concurs, dar nu sunt solicitate de nici un candidat din lipsă de medici specialiști”.

**4. Care sunt cauzele care determină personalul să părăsească locurile de muncă? Care sunt cauzele care determină absolenții și alte categorii de persoane să nu se angajeze pe locurile disponibile?**

**Care sunt cauzele care determina personalul sa paraseasca locurile de munca?**



Cumulat, 88% din managerii unităților sanitare consideră că salariile necorespunzătoare determină personalul să părăsească locurile de muncă. După salariu urmează lipsa dotărilor (21%), condițiile de muncă

improprii (13%), deficitul de imagine al personalului medical. Doar 6% dintre respondenți declară că nu au astfel de cazuri. Majoritatea răspunsurilor au fost conform următorului tipar:

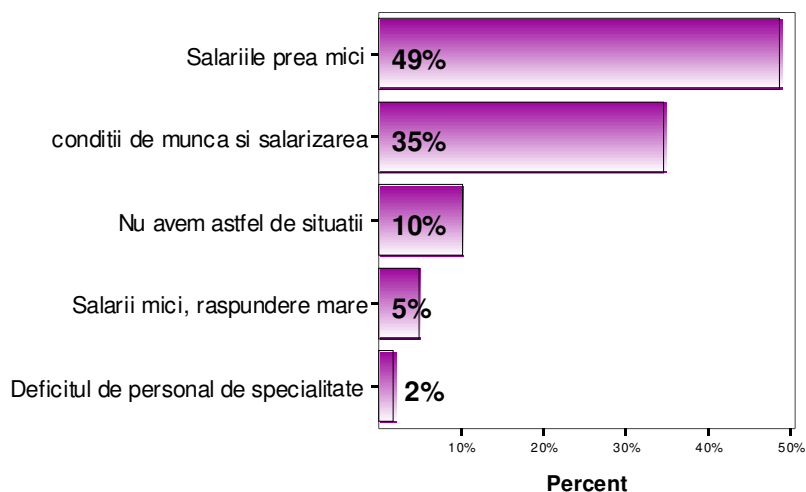
- venituri mici
- lipsa unui climat adecvat la locul de muncă
- limitarea posibilităților de evoluție a carierei
- salarii mai mari în străinătate și în sectorul privat
- presiunea mediatică și înmulțirea reclamațiilor pacienților.

Analiza de detaliu arată posibilitatea grupării pe mai multe categorii, o primă categorie constituind-o motivațiile materiale și profesionale: salariile nu sunt pe măsura muncii depuse, lipsa posibilităților de asigurare a locuinței, în special pentru medici, lipsurile din sistem, lipsă de motivare materială și morală, posibilitățile reduse de afirmare profesională, există premisele unor conflicte între angajat și angajator.

Semnificativă este și presiunea existentă asupra sistemului: menținerea unui nivel de stres în anumite sectoare de către factorii externi, absența satisfacției muncii, în special datorită faptului că profesiile medicale nu se mai bucură de același prestigiu social. Absența satisfacției muncii și datorită scăderii prestigiului social al profesiilor medicale

Ca exemple date de manageri reținem următoarele: Prahova: „Satisfacția în muncă este scăzută datorită lipsei posibilităților de promovare, dificultăți de integrare (lipsă programe de integrare), lipsa unor programe de training, dificultăți în colaborarea cu colegii și șeful direct”. Mehedinți: „există situații în care un asistent medical are grijă de 25-30 de pacienți; în aceste condiții pacientul pe bună dreptate are senzația că nu se mai ocupă nimeni de el”.

**Care sunt cauzele care determina absolvantii si alte categorii de persoane sa nu se angajeze pe locurile disponibile?**



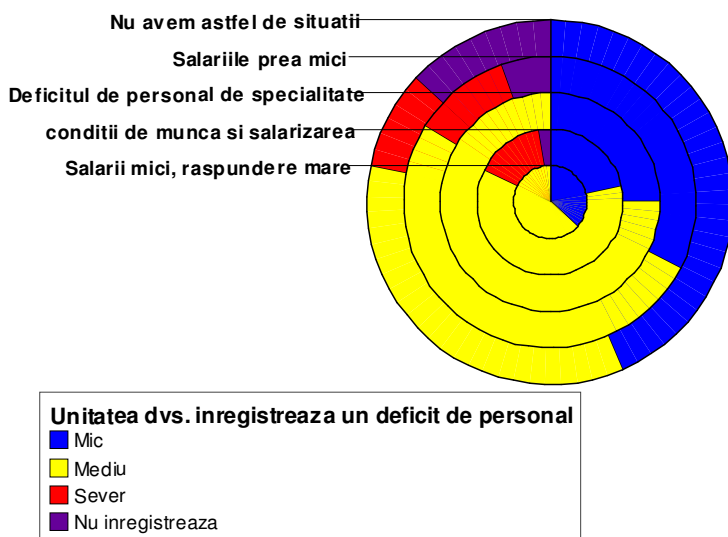
Salariile prea mici au fost indicate de 88% dintre respondenți ca limitând dorința oamenilor de a se angaja pe locurile disponibile; doar 10% au indicat absența unei astfel de situații. De remarcat și procentul celor care indică un deficit al personalului de specialitate (2%), deficit ce este determinat fie de lipsa de atractivitate a unor specializări (biologi, laboranți, farmaciști, medici de medicină de urgență, asistenți pentru diferite specializări etc.) fie de situarea unor unități în zone îndepărtate, fapt care limitează interesul

specialiștilor, aceștia tinzând către centrele universitare. Răspunsurile au înregistrat în genere următoarea structură: salariile prea mici și volumul de muncă prea mare.

Poate fi citat următorul exemplu în ce privește factorii care determină Prahova: „Lipsa fondurilor alocate de la buget care duce la o înlănțuire de lipsuri, atât de aparatură medicală performantă cât și de condiții de spitalizare îmbunătățite”.

**Care sunt cauzele care determina absolventii si alte categorii de persoane sa nu se angajeze pe locurile disponibile? vs. Unitatea dvs. inregistreaza un deficit de personal**

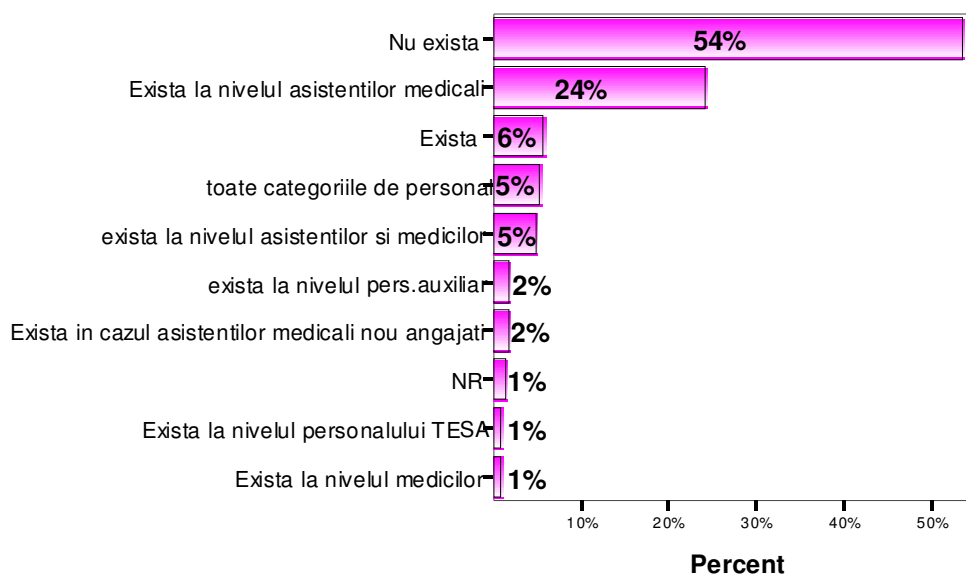
Care sunt cauzele care determina absolventii si alte categorii de persoane sa nu se angajeze pe locurile disponibile?



Asocierea *deficitului sever de personal* cu absența cazurilor în care *absolvenții și alte categorii de persoane nu se angajează pe locurile disponibile* indică faptul că e vorba de o problemă structurală, respectiv de blocarea anumitor posturi (ce ar există conform normativelor de personal) din lipsă de fonduri. În același timp însă se poate observa că unitățile care nu au situații de neocupare a posturilor scoase la concurs declară în cea mai mare măsură că nu înregistrează deficit de personal sau au deficit mic; putem astfel spune că lipsa atractivității locurilor de muncă din sectorul sanitar constituie una din cauzele deficitului de personal. Putem observa că *deficitul de personal de specialitate* se asociază cu deficit *mediu* și *mic* de personal, în timp ce unitățile care invocă *salariile mici* și *condițiile de muncă improprii* drept cauze care rețin persoanele să se angajeze pe locurile de muncă disponibile sunt și cele care înregistrează deficit sever de personal. Putem sesiza o corelație între *deficitul sever de personal* și *salariile mici*.

## 5. Există un deficit de pregătire a personalului? Dacă da, la ce categorii de personal?

### Exista un deficit de pregătire a personalului? Daca da, la ce categorii de personal?

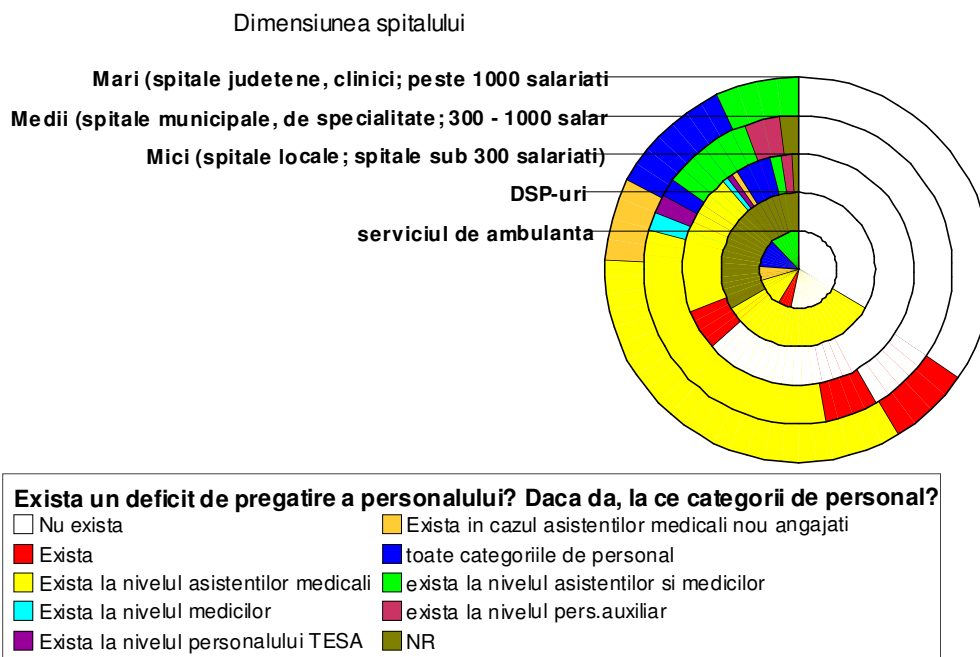


În timp ce cca. 55% dintre manageri consideră că nu există un deficit de pregătire al personalului, 45% dintre ei apreciază că acesta există, având în vedere în acest sens diferite categorii de personal, în special asistenții medicali. Răspunsurile la aceste întrebări sunt de trei tipuri: managerii care consideră că e vorba de **deficitul de pregătire al personalului existent** (formarea continuă este deficitară, salariații mulțumindu-se doar cu realizarea punctajului necesar, fără a fi interesat să dobândească cât mai multe cunoștințe, deficit mare de pregătire la asistenții medicali deoarece lipsesc cursurile de pregătire) managerii care au în vedere **deficitul de pregătire al personalului care vine de pe băncile școlii** (deficit de pregătire la asistenții debutanți, se constată lipsă de pregătire practică, personalul nou angajat necesită o perioadă mare de instruire la locul de muncă, unele școli postliceale scot promoții foarte slab pregătite) și cei care au în vedere **absența anumitor specialiști**.

Următoarele exemple le considerăm ilustrative: Călărași: „Deficit de pregătire există datorită sistemului de educație medicală continuă realizată prin simpozioane ce ar trebui înlocuită cu un sistem special de învățământ”. Tulcea: „Există deficit de pregătire a personalului din toate categoriile deoarece din lipsa fondurilor instituțiile nu pot respecta legislația muncii în ceea ce privește trimiterea angajaților la cursuri”. Suceava: „Prea multe facultăți de medicină și școli postliceale ce scot absolvenți „pe bandă” cu variate nivele de pregătire”. „Considerăm că a scăzut interesul personalului pentru perfecționare pentru că valoarea cursului reprezintă 10-15% din salariu, cursurile ținându-se de multe ori în localități unde nu se asigură cazare, sunt inițiate de firme cu tarife ce nu pot fi suportate de salariați”. Maramureș: „În ultimii ani a apărut o categorie de personal superficial pregătită și mai ales cu diminuarea responsabilității față de actul medical care rezultă din multiple forme de pregătire cu valoare îndoielnică. Focșani: „Performanța nu se poate asigura cu personal obosit, îmbătrânit și stresat care nu face față numărului tot mai mare de pacienți”. Argeș: „imposibilitatea de a angaja în unitatea sanitară publică farmacist sau informatician din cauza salariului de mizerie legal asigurat, în comparație cu ceea ce aceste categorii profesionale pot câștiga în sistemul privat”. Suceava: „Pregătire insuficientă (medici și asistenți) în școli pentru medicina de urgență;

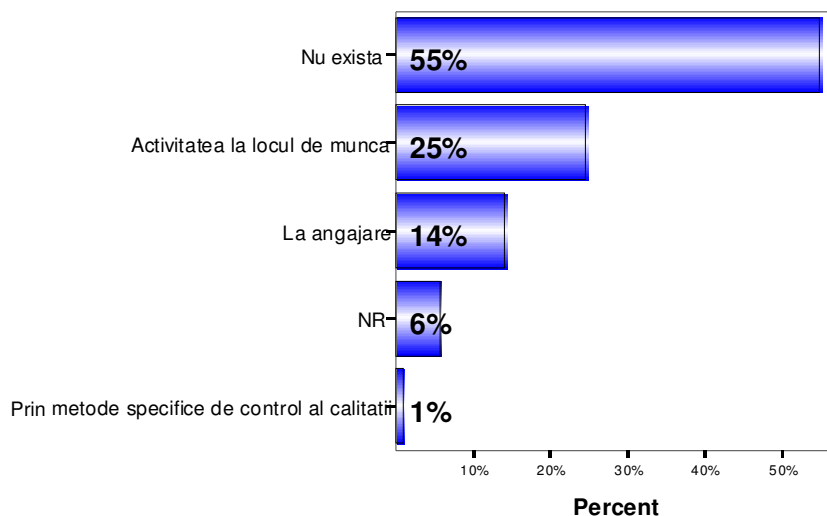
este nevoie de aptitudini practice și pregătire psihică; cei „slabi de înger” clachează după o vreme, plecând în alte specialități.”

**Exista un deficit de pregătire a personalului? Dacă da, la ce categorii de personal? vs. Dimensiunea spitalului**



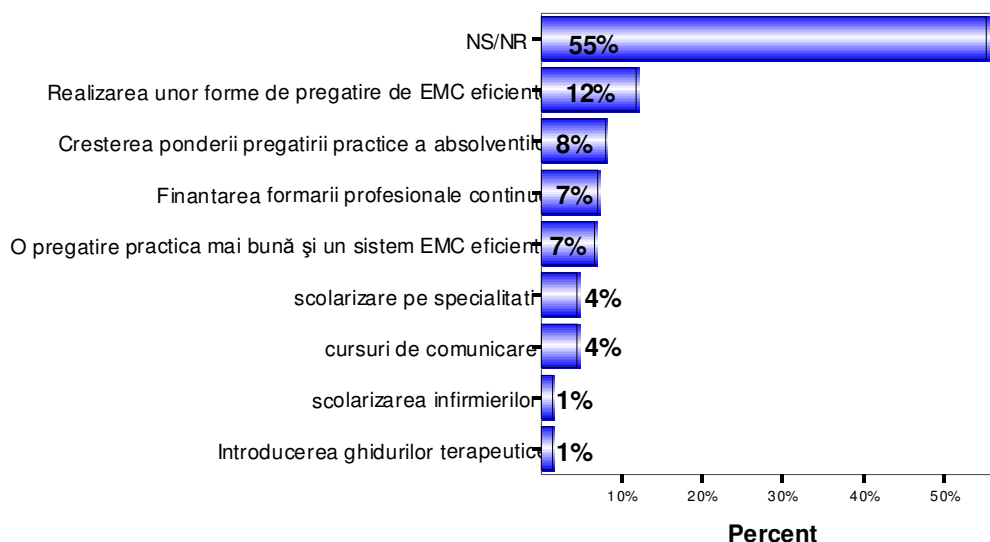
Putem observa că mărimea deficitului de pregătire este direct proporțională cu mărimea spitalului (lucru de altfel firesc, dacă ținem cont de numărul de personal și de gradul de complexitate a actului medical care este în genere direct proporțional cu mărimea unității medicale). De remarcat că spitalele mari nu reclamă un deficit de pregătire numai „la nivelul medicilor”, ci doar sub forma „la nivelul asistenților medicali și medicilor”; în schimb acestea înregistrează cel mai mare procent de deficit la nivelul „tuturor categoriilor de personal”. De asemenea, tot unitățile sanitare mari sunt cele care se plâng în cea mai mare măsură de gradul de pregătire al asistenților medicali proaspăt absolvenți.

### Cum ati constat acest deficit?



Deficitul de pregătire constatat „la angajare” se referă la un deficit de pregătire a absolvenților, școlile sanitare postliceale fiind cel mai des indicate ca vinovate de acest deficit, fie sub forma unui deficit de activitate practică, fie ca deficit teoretic și practic. Deficitul de pregătire constatat prin „activitatea la locul de muncă” are în vedere în cea mai mare parte deficitul existent în formarea profesională continuă, deficite datorate în special absenței fondurilor necesare pentru asigurarea cursurilor de formare profesională la care angajatorul este obligat. De altfel, este posibil ca acei manageri care au indicat că în unitatea lor nu există un deficit de formare să ia în considerare și posibilitatea culpei unității în existența acestuia, și din acest motiv să evite a-l indica. La această întrebare reținem următoarele variante de răspuns: nu s-au prezentat la concurs medici sau asistenți medicali din care să se poată face o selecție adecvată, în asigurarea urgențelor medicale în camera de gardă, se constată deficit de pregătire deontologică, modul în care își îndeplinesc sarcinile de serviciu, comportament negativist, răspuns inadecvat față de stresul profesional, insuficientă empatie față de pacienți, la concursurile de ocupare a posturilor nu se poate face o selecție deoarece singurii interesați sau care au acceptat condițiile din sistem au fost în general cei cu o pregătire medie.

**Ce solutii de remediere a deficitului de pregatire a personalului le considerati necesare?**



În ceea ce privește soluțiile propuse pentru remedierea deficitului de pregătire pe primul loc se situează „îmbunătățirea sistemului de Educație Medicală Continuă”, care cumulează opțiunile a 19% dintre respondenți, „creșterea ponderii pregătirii practice a absolvenților” (8%) care, împreună cu „școlarizarea pe specialități” (4%), are în vedere remedierea deficitului de pregătire a absolvenților. 7% dintre manageri solicită finanțarea formării profesionale continue ca măsură de remediere a deficitului de pregătire.

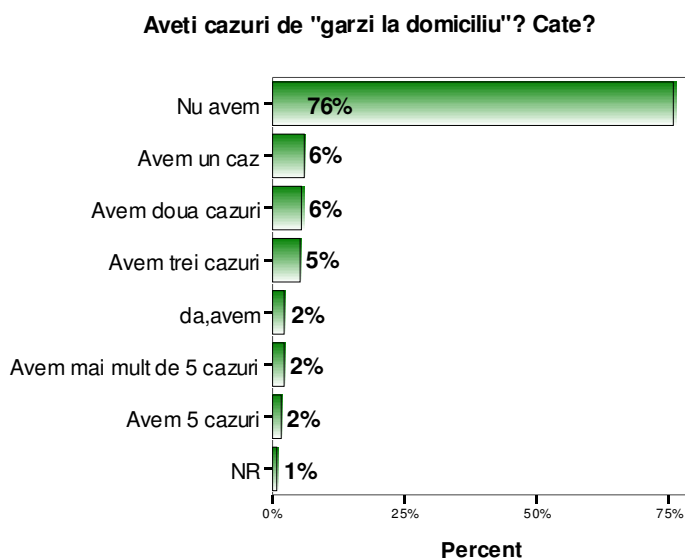
Analiza calitativă a scos la iveală o varietate de soluții propuse ce pot fi grupate pe următoarele categorii:

a) **Pregătirea pe specialități** (asistenții medicali) sau a **mai multor specialiști** (medici) în unele domenii: este nevoie de pregătirea unor asistenți medicali pe specialități: ex. ginecologie, laborator etc., urmarea unor forme de învățământ de pregătire superioară de scurtă durată, sunt necesare cursuri de reprofilare a asistenților medicali, pregătirea asistenților medicali pe specialități: pediatrie, medicală, urgențe, ocrotire, igienă, suportarea de către unități a cheltuielilor de pregătire pentru a doua specialitate, pregătirea personalului pe specialitățile deficitare.

b) **Creșterea calității formării inițiale**: creșterea ponderii și atenției acordate practicii pe timpul studiilor, o monitorizare a școlilor postliceale, creșterea selectivității admiterii în școlile medicale, revizuirea planurilor de învățământ, examen unic pe țară la absolvirea școlilor postliceale, cursuri de pregătire pentru infirmiere, mai multe ore de pregătire practică în timpul școlii pentru asistenți.

c) **Îmbunătățirea formării continue**: stabilirea tematicii pentru pregătirea profesională continuă în concordanță cu necesitățile reale de formare din unitățile sanitare, transferul de experiență de la personalul mai bine pregătit, creșterea bugetului de pregătire profesională continuă, casele de asigurări să sprijine financiar pregătirea personalului, asigurarea gratuității cursurilor de pregătire profesională, organizarea de cursuri accesibile de pregătire și perfecționare profesională, facilități și măsuri concrete de sprijinire pentru cei care-și continuă studiile superioare de scurtă și lungă durată, suportarea de către unități a cheltuielilor de pregătire pentru a doua specialitate, corelarea pregătirii teoretice cu cea practică, pregătirea asistenților medicali în spitale clinice pe perioade scurte (1-3 luni), accent pe pregătire în domeniul comunicării (cu pacienții și membrii echipei de îngrijire).

**6. Aveți cazuri de „gărzi la domiciliu”? Câte? Cum este plătit personalul care efectuează asemenea gărzi?**

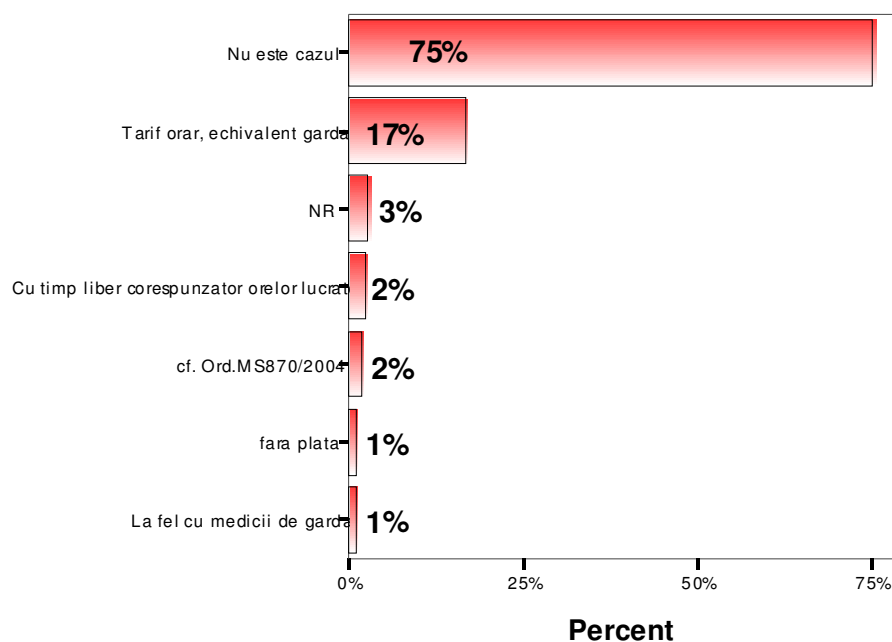


Datele privitoare la gărzi interesează în special pentru a clarifica situația acestei categorii de personal, în cazul căreia trebuie văzute Hotărârile Curții de Justiție a Comunității Europene care stabilesc că *timpul petrecut la dispoziția patronului este timp de lucru*<sup>1</sup>; ceea ce înseamnă că atât timpul de gardă cât și timpul petrecut la dispoziția angajatorului sub forma „gărzilor la domiciliu” trebuie considerate timp de lucru. În aceste condiții se impune analiza situației medicilor care fac gărzi (în ambele variante) și care depășesc timpul legal de lucru. Soluția practică până în acest moment este de a nu considera nici una din variantele de gărzi ca timp de lucru, contrar deciziilor Curții. Aplicarea acestei decizii (de altfel aplicarea este obligatorie) ar conduce la o creștere semnificativă a deficitului de medici în sistemul sanitar românesc.

<sup>1</sup> Ex. Cazul: Landeshauptstadt Kiel / c. Norbert Jaeger, Germania, 9 septembrie 2003

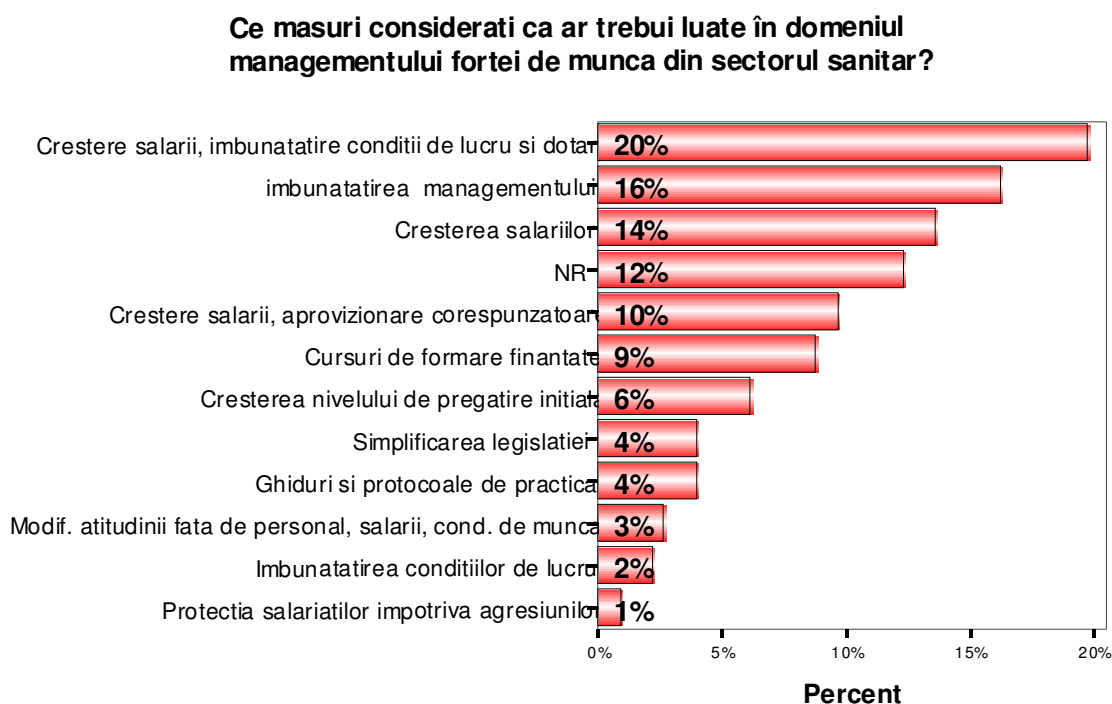


### Cum este platit personalul care efectueaza asemenea garzi?



Marea majoritate a celor care efectuează așa numitele „gărzi la domiciliu” sunt plătiți doar pentru orele efectiv lucrate (deci pentru orele petrecute în incinta unității, după ce au fost chemați, pentru rezolvarea unui caz). Pentru marea majoritate a cazurilor a fost indicat tariful orar pentru timpul efectiv lucrat. Au fost indicate și alte forme de plată, cum ar fi recuperare și plata orelor suplimentare. Suceava: „Sunt 7 cazuri de gărzi la domiciliu pentru care personalul care efectuează aceste servicii nu este plătit”.

**7. Ce măsuri considerați că ar trebui luate în domeniul managementului forței de muncă din sectorul sanitar?**



Graficul de mai sus constituie o sintetizare a răspunsurilor privitoare la măsurile de management a personalului ce ar trebui luate. Putem observa că, cumulativ, 47% dintre respondenți au indicat creșterea salariilor drept una din măsurile necesare.

Cum soluțiile date de către manageri au fost extrem de numeroase și variate, analiza calitativă a condus la împărțirea lor pe următoarele grupe:

**a) Măsuri salariale:** acordarea unor salarii echivalente cu cele din UE, sistem de remunerare atractiv, dreptul personalului la medicamente și tratamente gratuite, salarizarea în funcție de competență și performanță, creșterea bugetului de cheltuieli cu personalul (restricțiile financiare nu permit angajarea numărului optim de salariați), crearea unor „pachete salariale”, acoperirea cheltuielilor de personal, decontarea transportului personalului (mai ales pentru unitățile situate la distanțe mari față de locul de muncă, organizarea de minivacanțe plătite de angajator pentru socializare și sudarea colectivului, salarizarea personalului în funcție de realizarea unor indicatori de performanță, revizuirea sistemului de salarizare prin adoptarea legii de salarizare unică, plata salariilor diferențiată în funcție de performanță, schimbarea salarizării astfel încât să se asigure o poziționare corectă a medicilor în ierarhia salarială

**b) Măsuri ce privesc politica de personal:** evaluarea resurselor umane din sănătate, crearea unei baze de date cu resursele umane din sistemul sanitar, posibilitatea de avansare profesională a personalului scoaterea tuturor posturilor vacante la concurs și organizarea unor concursuri corecte, posibilitatea recrutării personalului încă din timpul practicii profesionale, cursuri pentru personalul auxiliar (mai ales în spitalele de recuperare), reevaluarea profesională a medicilor, creșterea normativului de personal (pediatrie), posibilitatea recrutării personalului încă de pe băncile școlilor, crearea traseelor profesionale (posibilitatea personalului de a avansa în urma pregătirii obținute), condiții de lucru optime, posibilitatea de dezvoltare a

carierei, buna organizare a muncii și creșterea eficienței utilizării personalului uman, stabilirea unor criterii precise de evaluare a personalului, respectarea normativelor de personal, evitarea suprasolicitării personalului, voință pentru a înfrunța rezistența sistemului la reforme privitoare la resursele de muncă, posibilitatea ocupării locurilor vacante, eficientizarea metodelor de recrutare a personalului, strategii de resurse umane specifice statutului țării de membră UE, crearea normativelor de personal în funcție de nevoile reale ale unităților sanitare, introducerea unui sistem național de selecție a angajaților, planificarea necesarului de resurse umane și investiții semnificative în resursa umană, remedierea urgentă a deficitului de forță de muncă din anumite specialități, deblocarea posturilor, ocuparea posturilor prin concursuri reale, atragerea de personal calificat și stimularea celui existent, la angajare accentul să fie pus mai mult pe recomandări și pe proba practică, introducerea unor mecanisme de promovare pentru o mai bună motivare a personalului, posibilitatea de a se asigura dimensionarea forței de muncă în funcție de necesități și nu condiționat de fondurile alocate, introducerea unui sistem de planificare a resurselor umane, îmbunătățirea evaluării personalului medical, modificarea modului de ocupare a posturilor pentru rezidențiat, relaxarea politicii de angajări fără a se bloca posturile salariaților care se pensionează, posibilitatea dirijării asistenților medicali în funcție de secția care are deficit de personal și nu de secția în care sun angajați.

**c) Măsuri ce privesc formarea profesională:** Proiectarea unei metodologii de estimare a nevoilor de pregătire profesională în concordanță cu nevoile de acoperire a necesarului de personal, cursuri de formare în domeniul comunicării cu pacientul, o mai bună pregătire profesională, îmbunătățirea competențelor personalului existent și policalificare, organizarea unor cursuri privind prevenirea și soluționarea conflictelor (tehnici de soluționare a conflictelor), corelarea nevoilor sistemului sanitar cu formarea profesională, cursurile de perfecționare să se organizeze la nivel local și cu titlu gratuit, asigurarea pregătirii manageriale a medicilor și asistenților, cursuri de management pentru toți șefii de secție, creșterea numărului de competențe necesare în domeniile deficitare, efectuarea orelor de educație medicală continuă cu scopul perfecționării și nu pentru obținerea creditelor, efectuarea a 2 cursuri pe an în fiecare specialitate, reorganizarea sistemului de învățământ postliceal sanitar pentru creșterea nivelului de pregătire teoretică și practică a absolvenților

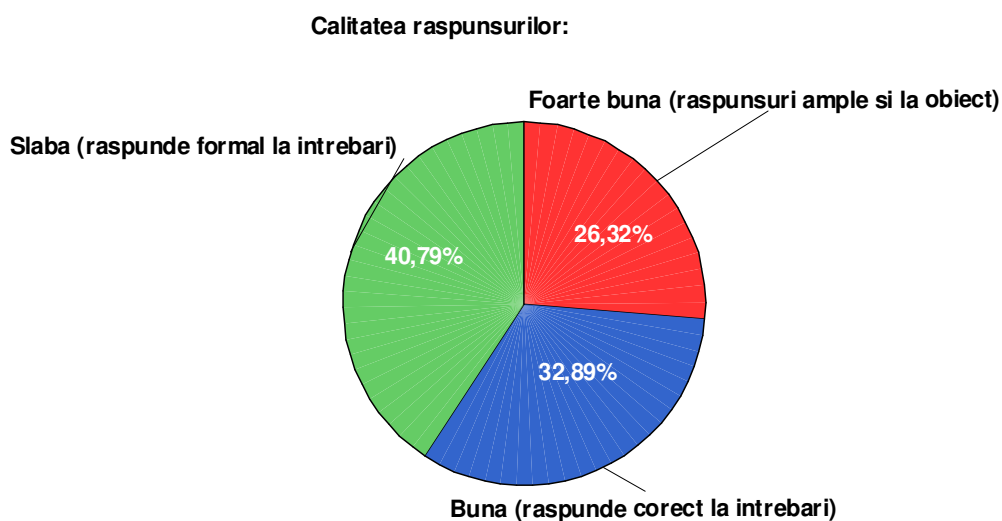
**d) Măsuri manageriale:** respectarea normativelor de personal, schimburi de experiență cu alte unități, la nivel de personal, tipărirea unei broșuri care să vizeze managementul unităților sanitare, asigurarea securității la locul de muncă, serviciu de permanență în paralel cu serviciul de gardă, accesarea fondurilor europene pentru dotarea, modernizarea și reabilitarea spitalelor, stabilirea limitelor de competență ale unităților sanitare în funcție de dotare și calificarea personalului, autonomie managerială.

**e) Măsuri administrative și legislative:** interzicerea posibilității salariaților de a desfășura activități în mediul privat, introducerea sporurilor specifice în salariul de bază și diferențierea salarială între secții și compartimente, normativul de personal să fie obligatoriu, stabilirea pachetului minim de servicii medicale în mod real, transparență totală privind fondurile colectate, crearea cadrului legal pentru obținerea celei de-a doua competențe pentru asistenții medicali, pentru DSP-uri eliminarea funcțiilor publice, creșterea fondurilor bugetare alocate, obligarea rezidenților să lucreze în spitalele cu care au încheiat contract încă 1-2 ani, modificarea prevederilor legale privitoare la contractele rezidenților pe post; unitățile se plâng că aceștia nu-și fac datoria la locul de muncă și dacă iau măsuri de sancționare pierd procesele intentate pe motiv că pregătirea profesională nu poate fi condiționată, respectarea măsurilor strategice de către toate guvernele, introducerea predării legislației medicale naționale și internaționale în școlile medicale, descentralizarea unităților sanitare, simplificarea legislației sanitare în vigoare creșterea tarifului pe caz rezolvat, scoaterea la rezidențiat a unui număr de locuri mai mare pentru specialitățile deficitare, creșterea punctului pentru serviciile prestate în Ambulatoriul de specialitate, repartizarea medicilor rezidenți pe post constituie o rezolvare formală a deficitului de medici, elaborarea unui normativ de personal care să permită angajarea unui număr adecvat de personal, care poate asigura o asistență medicală de calitate

**f) Măsuri ce vizează îmbunătățirea condițiilor de muncă:** asigurarea unor condiții civilizate de muncă, luarea măsurilor pentru sănătate și securitate în muncă.

Ne-au reținut atenția și următoarele exemple: Botoșani: „aceste măsuri trebuie elaborate la nivelul comisiilor de dialog social”. Argeș: „Ridicarea gradului de tehnicizare a activităților de diagnostic, tratament și îngrijire, specializarea asistenților medicali pe domenii de activitate, cursuri anuale de perfecționare și actualizare a cunoștințelor, participarea la manifestările științifice din specialitate și nu doar la cursurile pentru puncte, abonamente la presa medicală”.

## 8. Calitatea răspunsurilor



Se poate observa că cca. 40% dintre respondenți au dat răspunsuri formale la întrebări, oferind doar un minim de informații; având în vedere faptul că le-a fost precizat scopul studiului, considerăm că situația dă seama și de un grad de dezinteres privind această problemă. În același timp, trebuie remarcat procentul de cca. 60% al celor ale căror răspunsuri pot fi considerate ca „bune” și „foarte bune”, aceștia oferind informații pe larg, dând dovadă de seriozitate și interes în ceea ce privește problema managementului personalului. De altfel, seriozitatea acestor manageri este demonstrată și de numărul mare de soluții propuse atât la diversele probleme particulare cât și la managementul forței de muncă în general.

## CONCLUZII

### I. Migrația personalului medical

#### a) Plecarea personalului la muncă în străinătate

##### 1. Situația existentă

Managerii care au răspuns la întrebările adresate în cadrul cercetării au indicat ca plecați la muncă în străinătate în **perioada 2007-2008** un total de **660 asistenți medicali și 110 medici**. Având în vedere faptul că au răspuns 55% din managerii din sistemul sanitar public, pentru întreaga țară **estimarea** ar fi în acest caz **de 1200 asistenți medicali și 200 medici** plecați la muncă în străinătate în ultimii doi ani. Se impun următoarele precizări:

1. Deoarece nu există un sistem de monitorizare a fluxului de personal care pleacă în străinătate pentru muncă (se încearcă introducerea unui astfel de sistem la nivel european), respondenții au indicat doar pe cei despre care au știut că au plecat la muncă; deci numărul celor plecați este mai mare, cifrele avansate de noi având un caracter minimal.

2. Mai mulți manageri ne-au indicat că plecarea personalului a înregistrat valori mai mari în perioadele anterioare, ceea ce înseamnă un număr cu mult mai mare per total.

3. Datele se referă doar la unitățile sanitare publice din țară; nu avem date în acest sens despre sectorul privat și nici despre cabinetele medicale individuale.

60% dintre managerii unităților sanitare declară că au salariați care au plecat la muncă în străinătate în ultimii doi ani. Au fost raportate și câteva situații dramatice; spre exemplu: un spital din Maramureș are 56 de asistenți medicali plecați; îngrijorătoare este și situația celor câteva spitale mici care au peste 21 salariați plecați la muncă în străinătate.

##### 2. Motivele plecării

Principalul motiv al plecării îl constituie dorința unor câștiguri mai mari. Nu sunt însă de neglijat nici alți factori de tip *push* decât salariile mici din țară, cum ar fi: condițiile de muncă necorespunzătoare și volumul mare de muncă.

##### - Modelul cel mai des întâlnit de răspuns:

- Salarizare necorespunzătoare
- Condiții de muncă necorespunzătoare
- Slaba dotare cu aparatură medicală

Observăm că două tipuri de factori intervin în procesul migrării personalului:

- Factorii interni (ei acționând deseori și ca un factor de tip *push* în ceea ce privește migrația)
- Factorii externi, legați de atractivitatea locurilor de muncă din străinătate.

De altfel, motivele plecării personalului la muncă în străinătate răspunsurile au balansat între indicarea factorilor *push* și a celor *pull*, predominantă fiind situația celor care au indicat situațiile locale drept responsabile de această plecare. În acest context este necesară sincronizarea strategiilor în domeniul personalului cu strategiile statelor membre UE, în special cu cele ce au *statutul de țări de destinație*.

Am verificat prin sondaj și declarațiile unor manageri privitoare fie la numărul persoanelor plecate la muncă în străinătate, sau la cele întoarse; am constatat în majoritatea cazurilor ca managerii nu aveau cunoștință de toate cazurile de acest tip. Situația este de natură a ne face să presupunem că numărul persoanelor plecate, dar și al celor întoarse, este mai mare. În același timp, trebuie luată în considerare și teama salariaților de a declara plecarea la muncă în străinătate, chiar dacă prevederea din Contractul colectiv de muncă la nivel de ramură le permite să ia concediu fără plată un an de zile pentru plecarea la muncă în străinătate. De altfel, această prevedere se dovedește a fi eficientă fiind indicate mai multe situații de salariați care sau întors după un an de muncă în străinătate. Se poate considera de asemenea că prima de stabilitate a avut un rol în reducerea numărului de persoane ce au plecat din sistem, nu atât prin cuantumul ei (neseemnificativ în raport cu salariile mici și cu diferența față de salariile din UE) cât prin faptul că ele au arătat personalului atenție și preocupare pentru soarta lui; semnificația este, deci, preponderent morală.

### 3. Efectele migrației

În condițiile în care plecarea la muncă în străinătate, chiar dacă nu deosebit de impresionantă ca număr, survine pe un fond de deficit de personal deja existent, ea agravează în mod semnificativ problemele. Pentru migrația personalului medical trebuie luat în considerare atât pierderea unui număr de salariați cât și pierderea unui „număr de competențe”, deci a unor salariați competenți.

Trebuie să analizăm efectele migrației în contextul unei intervenții conjugate a doi factori generali asupra forței de muncă din sistemul sanitar:

- scăderea populației, ce are ca efect diminuarea potențialului de recrutare
- îmbătrânirea populației, ce are ca efecte:
  - o creșterea necesarului de servicii, deci creșterea nevoii de personal
  - o scăderea posibilităților de recrutare a personalului

### 4. Măsuri pentru limitarea migrației și a efectelor acesteia

Majoritatea respondenților (57%) consideră că creșterea salariului și asigurarea unor condiții de muncă mai bune ar putea constitui măsuri eficiente pentru limitarea numărului de plecări la muncă în străinătate; în acest sens, modelul cel mai des întâlnit de răspuns este următorul:

- o **Salarizare corespunzătoare**
- o **Condiții de muncă corespunzătoare**
- o **Dotare cu aparatură medicală**

În același timp este necesară introducerea unui sistem național de monitorizare a acestor cazuri pentru a avea imaginea corectă a fenomenului.

#### b) Migrația circulară (personalul „migrant” întors în țară)

Managerii care au răspuns la întrebările adresate au indicat că **s-au întors în țară 47 asistenți medicali și 8 medici**; extrapolând la toate unitățile sanitare publice din țară ar putea fi vorba de **cca. 85 asistenți medicali și cca. 14 medici** întorși să muncească în țară.

Procentul celor care declară că au situații de mișcare circulară a personalului este de 29,39%, el dând seama de tendința de întoarcere în țară cel puțin a unei părți din cei plecați. Răspunsurile managerilor sugerează că situația poate fi considerată una pozitivă, având în vedere că persoanele care au muncit în străinătate sunt de cele mai multe ori și cele care facilitează un schimb de experiență, aducând cu ele noi competențe.

Atitudinea schimbată după experiența străinătății poate avea și consecințe paradoxale: conștiințiozitatea dublată de o atitudine demnă conduce în unele cazuri la situații de respingere a acelei persoane din partea colegilor și a șefilor ierarhici; cu toate calitățile, aceste persoane care se întorc riscă să aibă probleme de integrare în colective profesionale ce tind să-și conserve propriile deficiențe. Spre exemplu, Arad: „Experiența dobândită prin munca în UE este benefică, există dorința de împărtășire dar există și reticența celor din spitale în asimilarea experienței celor întorși”.

## II. Deficitul de personal

### 1. Situația existentă

11,4% din unitățile sanitare au un deficit sever de personal, iar 54% unul mediu; doar cca. 5% din unități nu înregistrează deficit. Deficitul cel mai mare este indicat în cazul medicilor (cumulat, 83%), urmați îndeaproape de asistenții medicali (cumulat, 61%). Deficitul de personal are trei tipuri de cauze: deficitul financiar (nu pot fi finanțate toate posturile necesare), personalul care părăsește sistemul și scăderea numărului de persoane care doresc să lucreze în sistem. Trebuie de asemenea ținut cont de faptul că plecarea personalului are loc atât în străinătate cât și în domeniul privat.

#### a) Persoanele care nu (mai) doresc să se angajeze în sistem

Salariile prea mici au fost indicate de 88% dintre respondenți ca limitând **dorința oamenilor de a se angaja pe locurile disponibile**; doar 10% au indicat absența unei astfel de situații; lipsa atractivității locurilor de muncă din sectorul sanitar constituie una din cauzele deficitului de personal.

#### b) Persoanele care părăsesc sistemul

Cumulat, 88% din managerii unităților sanitare consideră că salariile necorespunzătoare **determină personalul să părăsească locurile de muncă**. După salariu urmează lipsa dotărilor (21%), condițiile de muncă improprie (13%), deficitul de imagine al personalului medical. Majoritatea răspunsurilor privitoare la factorii care determină personalul să părăsească locurile de muncă au fost conform următorului tipar:

- veniturile mici
- lipsa unui climat adecvat la locul de muncă
- limitarea posibilităților de evoluție a carierei
- salarii mai mari în străinătate și în sectorul privat
- presiunea mediatică și înmulțirea reclamațiilor pacienților.

În mod categoric condițiile de muncă precare existente în unitățile sanitare constituie și ele un factor care determină plecarea personalului din sistem, această situație fiind indicată de marea majoritate a managerilor; promovarea unui climat adecvat, a siguranței și sănătății profesionale a personalului constituie o parte integrantă a îmbunătățirii generale a condițiilor de muncă.

#### *c) Demotivarea personalului medical*

Foarte frecvent a fost invocată lipsa motivației personalului cu următoarea structură generală:

- este determinată de:
  - o salariile prea mici
  - o absența unor bune condiții de muncă
  - o volumul de muncă prea mare apărut în contextul unui personal insuficient pe fondul unui număr de pacienți tot mai mare
  - o absența dotărilor corespunzătoare (aparatură medicală, spații etc.)
  - o lipsurile din sistem (medicamente, materiale etc.)
  - o lipsa fondurilor necesare pentru asigurarea formării profesionale
  - o deteriorarea relațiilor interpersonale
  - o deficitul de imagine a personalului medical
  - o presiunile mass-media asupra sistemului
  - o deficitele de organizare antrenate și de interferențele politicului cu actul de administrare
- are ca efecte:
  - o plecarea la muncă în străinătate
  - o părăsirea locurilor de muncă pentru alte domenii
  - o dezinteres față de propria perfecționare profesională

## **2. Combaterea părăsirii sistemului**

În ceea ce privește măsurile propuse, *motivarea și recompensarea salariaților* a fost indicată de marea majoritate a managerilor. **Se poate considera că toți managerii din sistemul sanitar solicită salarii mai mari pentru personal**; toți managerii au indicat nivelul de salarizare drept principala cauză a plecării personalului; comparația a fost făcută cu nivelul de salarizare din alte state UE, cu nivelul de salarizare din mediul privat, în raport cu nivelul de pregătire, cu cantitatea și calitatea muncii, cu nivelul de trai pe care-l pot asigura aceste salarii, cu riscul la care este supus personalul

La nivelul managerilor din sistemul sanitar se simt efectele presiunii mediatice asupra personalului. Într-un procent semnificativ managerii au indicat *protejarea personalului de atacurile mass-media* și chiar *campanii de publicitate pozitivă pentru personalul din sistemul sanitar*.

Unii manageri au propus o mai mare libertate în recrutarea forței de muncă; ex. posibilitatea recrutării încă de pe băncile școlii. Aceasta poate constitui o măsură eficientă, mai ales dacă este însoțită și de măsuri de sprijin a studentului, de genul burselor dublate de contracte pentru o anumită perioadă.

Foarte importantă este posibilitatea dezvoltării unei cariere profesionale prin muncă și pregătire (excluzând influențele politice de alt tip) pentru toate categoriile de personal, dar în special pentru asistenții medicali. Asigurarea locuințelor de serviciu constituie o altă soluție sugerată de mulți manageri ca motiv pentru lipsa personalului.

### **III. Formarea profesională**

#### **1. Situația existentă**

45% dintre manageri apreciază că există un deficit de pregătire a personalului, având în vedere în acest sens diferite categorii de personal, în special asistenții medicali. Prin *deficit de pregătire* trebuie să înțelegem un *deficit în ceea ce privește pregătirea continuă*, un *deficit de specialiști* sau un *deficit de pregătire inițială* ce vizează în special absolvenții școlilor postliceale. Deficit foarte mare în ceea ce privește cunoașterea limbilor străine de către personalul medical; acesta are drept consecință o limitare a accesului la informațiile publice în domeniul sanitar de la nivel UE.

Deficitul de pregătire constatat „la angajare” se referă la un deficit de pregătire a absolvenților, școlile sanitare postliceale fiind cel mai des indicate ca vinovate de acest deficit, fie sub forma unui deficit de activitate practică, fie ca deficit teoretic și practic. Deficitul de pregătire constatat prin „activitatea la locul de muncă” are în vedere în cea mai mare parte deficitele existente în formarea profesională continuă, deficite datorate în special absenței fondurilor necesare pentru asigurarea cursurilor de formare profesională la care angajatorul este obligat.

Absența formării profesionale continue (dublată de limitarea traseului profesional) conduce în mod semnificativ la demotivarea personalului, la plafonare și uneori chiar la indiferență. Managerii reclamă și gradul înalt de formalism în ceea ce privește Educația Medicală Continuă, aceasta asigurând doar într-o mică măsură formarea corespunzătoare a personalului medical.

Într-o măsură semnificativă managerii au indicat deficitul de pregătire al asistenților medicali nou angajați, care abia vin de pe băncile școlii; ceea ce nu înseamnă că medicii proaspeți absolvenți de facultăți ar fi indicați ca fiind mai buni, despre aceștia neavând indicații. Unul din motive l-ar putea constitui și un fel de „solidaritate de breaslă”, având în vedere că marea majoritate a managerilor sunt medici. Din această perspectivă trebuie să reținem deficitul de pregătire al asistenților medicali proaspeți absolvenți, pentru nivelul de pregătire al medicilor proaspeți absolvenți fiind necesară și un alt tip de cercetare.

Deficitul de personal conduce la mărirea volumului de muncă, având drept consecință suprasolicitarea fizică și intelectuală a personalului, în relația cu pacienții aceasta conducând la scăderea calității serviciilor medicale acordate. Unitățile reclamă lipsa personalului medical și datorită indicatorilor la nivel național care impun ca maxim 70% din totalul cheltuielilor să-l reprezinte cheltuielile cu personalul. Deficitul de materiale sanitare și medicamente acționează și el ca factor ce determină scăderea calității serviciilor medical acordate, scăderea motivației personalului și creștere tendinței de a pleca din sistem.

Deficitul de pregătire, acolo unde apare, trebuie interpretat atât ca deficit de pregătire a angajaților cât și ca lipsă de personal pentru anumite specializări, medici și asistenți.

#### **2. Măsurile necesare**

În ceea ce privește soluțiile propuse pentru remedierea deficitului de pregătire pe primul loc se situează „îmbunătățirea sistemului de Educație Medicală Continuă”, care cumulează opțiunile a 19% dintre respondenți, „creșterea ponderii pregătirii practice a absolvenților” (8%) care, împreună cu „școlarizarea pe specialități” (4%), are în vedere remedierea deficitului de pregătire a absolvenților; 7% dintre manageri solicită finanțarea formării profesionale continue ca măsură de remediere a deficitului de pregătire.

Formarea profesională continuă a personalului medical este categoric reclamată ca o problemă importantă a sistemului sanitar de către mulți manageri din sistem, îmbunătățirea ei fiind indicată atât la măsurile generale de management resurse umane propuse cât și la soluțiile pentru limitarea numărului de persoane care părăsește sistemul. Se remarcă și existența unui deficit de comunicare a personalului cu pacienții și între colegi, pentru remedierea căruia managerii au sugerat organizarea unor cursuri de comunicare. Managerii consideră că principala măsură pentru remedierea deficitelor de pregătire ar trebui să fie organizarea cursurilor de formare profesională cu finanțare de la bugetul de stat sau prin programe specifice. Din cauza lipsei fondurilor suficiente unitățile nu pot asigura nici măcar formarea profesională la care sunt obligați prin lege.

Există numeroase cazuri în care managerii solicită finanțare pentru formarea profesională. Se impun două observații: 1. Există deja posibilitatea finanțării formării continue pentru personalul medical pe



fondurile structurale (vezi POS-DRU). 2. Este necesară solicitarea creării unei linii de finanțare la nivelul UE special în acest scop, care să includă și proceduri.

În ceea ce privește deficitul de pregătire la nivelul asistenților medicali într-o măsură semnificativă cei care au indicat acest deficit au indicat drept măsură de remediere a situației crearea unor forme de pregătire superioară de scurtă durată (ceea ce ar însemna echivalarea, prin intermediul acestor cursuri de 1-2 ani, studiilor de postliceală cu cele de pregătire nivel licență).

Numeroși manageri au solicitat finanțarea prin intermediul unor programe a pregătirii profesionale a personalului medical, aceasta putând fi considerată o investiție strategică. Cursurile de pregătire profesională să fie gratuite și absolvirea lor să fie luată în considerare în cadrul evoluției carierei medicale. Este necesară, de asemenea, introducerea evaluării cu 3 dimensiuni: autoevaluare (a se vedea modelul de autoevaluare în universități) evaluarea șefului ierarhic superior, evaluare resurse umane.

Crearea de site-uri, în toate limbile naționale ale membrilor UE, privitoare la procedurile medicale, activități etc., care să constituie puncte de schimb sau transfer de experiență; crearea unor ghiduri profesionale la nivel european cu caracter informativ. Toate aceste măsuri țin de ceea ce se numește e-health. Facilitarea circulației publicațiilor medicale la nivelul UE, este și ea necesară. Este nevoie în același timp de schimburi de experiență între reprezentanții unităților sanitare și ai diferitelor specialități medicale realizat între statele membre UE. Este nevoie de un accent crescut pe învățarea limbilor străine la nivelul întregului sistem sanitar, mai ales în calitate de țară membră UE. Având însă în vedere nivelul scăzut de pregătire în domeniu este nevoie de o facilitare rapidă a accesului la informații prin traducerea celor mai importante informații publice și postarea lor pe site-uri de specialitate. Toate aceste măsuri ar avea drept rezultat uniformizarea, la nivelul cel mai înalt, nivelului de competențe medicale pe ansamblul UE. Recomandăm crearea unor forumuri on-line la nivel național și european pentru specialiștii în resurse umane.

#### **IV. Gărzile la domiciliu**

Foarte multe cazuri de medici „consemnați la domiciliu” pentru a putea interveni în caz de urgență, fără ca acești medici să fie recompensați financiar.

Datele privitoare la gărzi interesează în special pentru a clarifica situația acestei categorii de personal, în cazul căreia trebuie văzute Hotărârile Curții de Justiție a Comunității Europene care stabilesc că *timpul petrecut la dispoziția patronului este timp de lucru*<sup>2</sup>; ceea ce înseamnă că atât timpul de gardă cât și timpul petrecut la dispoziția angajatorului sub forma „gărzilor la domiciliu” trebuie considerate timp de lucru. În aceste condiții se impune analiza situației medicilor care fac gărzi (în ambele variante) și care depășesc timpul legal de lucru. Soluția practică până în acest moment este de a nu considera nici una din variantele de gărzi ca timp de lucru, contrar deciziilor Curții. Aplicarea acestei decizii (de altfel aplicarea este obligatorie) ar conduce la o creștere semnificativă a deficitului de medici în sistemul sanitar românesc.

#### **V. Calitatea răspunsurilor**

Se poate observa faptul că cca. 60% dintre manageri au oferit răspunsuri „bune” și „foarte bune”, aceștia oferind informații pe larg, dând dovadă de seriozitate și interes în ceea ce privește problema managementului personalului. De altfel, seriozitatea acestor manageri este demonstrată și de numărul mare de soluții propuse atât la diversele probleme particulare cât și la managementul forței de muncă în general. La o bună parte din răspunsurile date de manageri se poate vedea faptul că au făcut cursuri de management, unele fiind chiar „by the book”; din păcate nu la toți, existând și adrese care lasă de dorit.

Studiul poate fi privit și ca o ședință de „brain storming” făcută cu toți managerii din sistemul sanitar. Trebuie să avem în vedere că cei care au răspuns la întrebările noastre sunt persoane cu pregătire universitară, pentru spitalele clinice e vorba chiar de cadre didactice universitare, în cea mai mare parte medici, cărora li s-au alăturat specialiștii pe resurse umane din partea unității. Ceea ce înseamnă că trebuie

---

<sup>2</sup> Ex. Cazul: Landeshauptstadt Kiel / c. Norbert Jaeger, Germania, 9 septembrie 2003

să apreciem ca adecvată capacitatea lor de a răspunde la aceste întrebări. Suplimentar, aceste persoane au și semnat pentru ceea ce au declarat. Faptul că răspunsurile nu au fost date șefilor ierarhici face ca ele să aibă un grad ridicat de obiectivitate.

Unii manageri au reclamat faptul că nu se simt ascultați, răspunzând cu entuziasm la întrebările adresate în speranța că vom reuși să remediem cel puțin cele mai acute deficiențe ale sistemului.

## **VI. Management sanitar**

Lipsa unor criterii obiective de evaluare a personalului medical dublată de aplicarea deficitară a celor existente acționează ca un puternic factor demotivant, în special în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale furnizate și gradul de satisfacție profesională. Este necesară o evaluare a resurselor umane din sănătate din punct de vedere cantitativ și calitativ (putem considera că începutul îl constituie acest studiu); evaluarea trebuie să vizeze introducerea unui sistem de planificare a resurselor umane în funcție de numărul de membri ai comunității deservite și de starea de sănătate a membrilor comunității. Nu a fost indicată necesitatea reorganizării relațiilor dintre diferitele categorii de personal, așezarea pe noi baze a relațiilor interumane personal-personal, personal-pacienți.

Modul de organizare și finanțare a sistemului pune angajatorul între angajat și finanțatori, el suportând presiuni din ambele părți; spre exemplu, se acordă drepturi salariale prin lege, însă ele nu pot fi asigurate datorită resurselor financiare insuficiente.

ANEXA nr. 1  
Întrebările adresate:

**CĂTRE:**

**DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI.....**

Având în vedere consultările declanșate prin *Cartea verde asupra forței de muncă din sănătate la nivel european* lansate de Comisia Europeană în data de 10.XII.2008 și ținând cont de faptul că este necesară o cercetare atentă a situației forței de muncă din sectorul sanitar din România pentru a evidenția problemele cu care ne confruntăm pe această zonă și a previziona evoluțiile viitoare, vă rugăm să aveți amabilitatea de a răspunde la următoarele întrebări:

1. Care este numărul de asistenți medicali și medici care au plecat la muncă în străinătate din unitatea dvs. în anii 2007 și 2008?
2. Unitatea dvs. înregistrează un deficit de personal? Dacă există, vă rog să-l apreciați în termeni de *mic, mediu sau sever*.
3. Dacă există un deficit de personal pentru ce tipuri de locuri de muncă se constată apariția acestuia?
4. Aveți situații de „mișcare circulară a personalului” (personal medical care a lucrat o perioadă în străinătate și acum s-a întors în țară)? Cum apreciați aceste categorii de personal din punct de vedere profesional (schimbări de atitudini, competențe etc.)?
5. Care sunt cauzele care determină personalul să părăsească locurile de muncă din unitate (sau să nu se angajeze pe ele)? Care credeți că sunt motivele pentru care o parte din personalul medical pleacă la muncă în străinătate?
6. Ce măsuri considerați necesare pentru ca personalul medical să nu mai părăsească sistemul sanitar românesc?
7. Există un deficit de pregătire a personalului? La ce categorii de personal? Cum s-a constatat acest deficit? Ce soluții de remediere a situației considerați necesare?
8. Există cazuri de „gărzi la domiciliu”? Câte? Și cum este plătit personalul care efectuează asemenea servicii?
9. Care este distribuția angajaților pe grupe de vârstă (18-29 ani, 30 – 45 ani, 45 – 60 ani și peste 60 ani) și în funcție de profesii (medici, asistente și personal auxiliar)?

Pentru o cât mai bună colectare a datelor și a opiniilor tuturor celor implicați în managementul sanitar din județ vă rugăm să transmiteți această adresă tuturor unităților sanitare din subordinea dvs.

Precizăm că observațiile și propunerile dvs. vor figura în Propunerea cadru privitoare la problemele specifice României care va fi înaintată la *Cartea verde* privitoare la măsurile necesare pentru forța de muncă din sănătate.

De asemenea, menționăm că informațiile transmise de dvs. sunt confidențiale în ceea ce privește persoanele care le-au transmis și unitățile din care au fost transmise.