



Colecția

CERCETĂRI SOCIALE

EDITURA SODALITAS

Str. Domnească nr. 66, Galați

Telefon: 0336/106.365

Fax: 0336/109.281

email: contact@cercetare-sociala.ro

www.cercetare-sociala.ro

Referenți științifici : **Lector univ. dr.** Răzvan Dinică

Lector univ. dr. Rarița Mihail

Lector univ. dr. Ion Cordoneanu

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

**Calitatea vieții profesionale și tendința de migrație a personalului din
sistemul sanitar: studiu desfășurat în cadrul Centrului de Cercetare
și Dezvoltare Socială „Solidaritatea” / coord.: lect. univ. dr. Viorel**

Rotilă. – Galați: Sodalitas, 2011

Bibliogr.

ISBN 978-606-92935-0-8

I.Rotilă, Viorel (coord.)

311:61 (498)

Copyright © 2011

Toate drepturile sunt rezervate Editurii Sodalitas

Printed in Romania



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AMPOSORU



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
Organismul Intermediar Regional
POSDRU Regiunea Sud-Est



FEDERAȚIA
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în oameni!

FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA

Coordonator: Lect. univ. dr. Viorel ROTILĂ,

Cercetător: Conf. univ. dr. Ivan IVLAMPPIE,

Asistenți cercetare: Lect. univ. drd. Traian Palade, Lidia Celmare,
Georgiana Ilcu, Laura Stoica, Cristina-Elena Pestrea, Florina Panainte, Mădălina
Popescu, Adina Bălan, Andreea Vână

C alitatea vieții profesionale și tendința de migrație a personalului din sistemul sanitar

SODALITAS
2011

Cuprins

INTRODUCERE.....	9
ASPECTE METODOLOGICE.....	11
Instrumente de lucru	11
A. CERCETAREA CANTITATIVĂ	13
Partea I: Calitatea vieții profesionale.....	13
Obiectivul general al cercetării	13
Obiective specifice:.....	13
Ipotezele cercetării	14
Analiza datelor.....	15
1. Modalitatea de intrare în sistem.....	21
2. Restructurare. Alt loc de muncă.....	25
3. Condițiile de lucru.....	37
4. Satisfacția față de locul de muncă.....	44
CONCLUZII	58
Partea a II-a: Tendința de migrație	62
Introducere	62
Obiectivul general al cercetării.....	63
Obiective specifice:.....	63
Ipoteze:	63
Analiza datelor.....	64
1. Intenția de migrație	64
2. Situația colegilor plecați în străinătate	67
3. Motivația fenomenului de migrație	72
CONCLUZII	74
B. CERCETAREA CALITATIVĂ	75

Partea I.....	75
Calitatea vieții profesionale.....	75
Introducere	75
Intrarea în sistemul sanitar	76
Satisfacția față de actualul loc de muncă	80
Motive de satisfacție	80
Motive de insatisfacție	84
Deficitul de personal	90
Condițiile de muncă.....	93
a) Lipsa materialelor și a medicamentelor.....	93
Dotarea spitalelor.....	98
b) Securitatea muncii.....	99
Programul de lucru.....	103
Aprecierea la locul de muncă	106
Relațiile de muncă	113
Conflictele	116
a) Conflictul medici-asistenți, asistenți-medici.....	116
b) Conflictele pacienți/apartinători – asistenți sau asistenți – pacienți/apartinători	122
c) Conflicte între generații.....	126
d) Conflictele între salariații diferitelor secții.....	130
e) Conflictele între medici	131
f) Conflictul cu șefii ierarhici	131
g) Conflictului asistente – infirmiere, infirmiere - asistente.....	132
Posibile soluții pentru detensionarea situațiilor conflictuale	132
Gradul de cunoaștere și utilitatea contractului colectiv de muncă.....	132
Al doilea loc de muncă	134
Plățile informale	134

a) <i>Plățile acordate de pacienți</i>	134
b) <i>Angajările informale</i>	135
Ați căutat să îmbunătățiți condițiile la locul de muncă? Ce ar trebui schimbat?.....	136
Inițiativa salariaților	137
Salariații ajung să cumpere unele materiale	138
Supraîncărcarea unităților sanitare	139
Soluții sugerate	140
Ce schimbări organizatorice ar fi necesare	141
Programarea concediului de odihnă.....	141
Situații de discriminare	142
Pregătirea profesională	142
Schimbările aduse de Facultățile de Asistenți	146
Ucenicia noilor angajați	150
Formarea continuă	152
Perspectiva pierderii locului de muncă	154
Influența schimbărilor politice asupra locului de muncă	157
Relația cu mass-media	159
MIGRAȚIA PERSONALULUI	163
Cauzele migrației	164
Factorii de tip <i>pull</i>	165
Tendința de a migra	167
Efectele migrației.....	168
Ce se întâmplă cu cei plecați?	170
Modificarea mentalității celor plecați	170
Întoarcerea celor plecați	172
Intenția de a căuta un alt loc de muncă	173
Ce împiedică salariații să caute un alt loc de muncă în țară sau în străinătate?.....	174

Ce ar trebui să facă angajatorii și sistemul sanitar pentru ca salariații să rămână în țară?	176
Pregătirea profesională continuă	177
Concluzii și recomandări	181
ANEXA NR. 1	192
ANEXA 2.....	199
Ghid moderator - focus grup	199
Bibliografie	201

INTRODUCERE

Tema cercetării a fost sesizată ca problemă în urma unui număr mare de observații dublate de o serie de cercetări exploratorii desfășurate începând cu anul 2006 de coordonatorul cercetării.

Studiul, desfășurat în perioada august 2009 – mai 2011, a avut ca subiecți salariații din unitățile sanitare publice din Regiunea Sud-Est, respectiv județele Constanța, Tulcea, Galați, Brăila, Buzău și Vrancea. Precizăm faptul că problemele specifice medicilor sunt prezente într-o măsură destul de mică deoarece ponderea lor în grupul țintă a proiectului în cadrul căruia s-a desfășurat prezenta cercetare este redusă.

Principala problemă o reprezintă identificarea factorilor care determină calitatea vieții profesionale a salariaților din sistemul sanitar, stabilirea unei ierarhii a intervenției acestora și determinarea gradului de satisfacție a personalului față de fiecare dintre ei și, în consecință, față de calitatea vieții profesionale. Suplimentar, dorim să vedem dacă gradul de satisfacție a personalului sanitar determină modificări semnificative în calitatea serviciilor medicale acordate pacienților și, eventual, dacă există o legătură inversă, în sensul în care calitatea serviciilor medicale influențează gradul de satisfacție profesională a personalului.

În cadrul cercetării operăm astfel cu două concepte esențiale: *gradul de satisfacție* a personalului din sistemul sanitar, care exprimă percepția subiectivă asupra propriei profesii, și *calitatea vieții profesionale*, care ia în considerare atât gradul de satisfacție cât și condițiile concrete în care își desfășoară activitatea profesională personalul din sistem. Chiar dacă o mare parte din factorii care influențează *gradul de satisfacție* sunt întâlniți și în analiza *calității vieții profesionale*, ultima tinde să redea o perspectivă obiectivă asupra vieții profesionale. În același timp, *gradul de satisfacție* joacă și rolul de factor care influențează *calitatea vieții profesionale*.

În determinarea *calității vieții profesionale* nu am operat o comparație directă cu condițiile altor profesii din sistemul bugetar sau din economia națională, însă aceasta nu este absentă, evaluările subiective ale propriilor condiții de desfășurarea a activității având în vedere atât situația altor categorii socio-profesionale cât și condițiile anterioare existente în sistem, care au putut fi evaluate de subiecții cu vechime în sistem.

Studiul de față își propune de asemenea, să identifice situațiile de deficit de personal și modul în care acestea acționează în buna desfășurare a activității personalului sanitar. Pe de altă parte, un loc important îl ocupă și gradul individual de intervenție al salariaților din sistemul sanitar în vederea garantării bunelor condiții de desfășurare a activităților, având în vedere în acest caz, atât implicarea în revendicări salariale, privind condițiile de muncă sau organizarea locului de muncă, cât și modul prin care este asigurat echipamentul individual de lucru.

Un alt aspect al cercetării pe care am demarat-o vizează identificarea relațiilor la nivelul colectivului de muncă și a potențialelor surse de conflict care perturbă atmosfera generală de lucru și implicit calitatea serviciilor oferite precum și a vieții profesionale.

Am dorit, pe lângă cele deja menționate, să identificăm eventuala prezență în sistemul sanitar românesc a personalului cu o pregătire slabă în domeniu și să identificăm dacă personalul medical actual se subordonează unui proces de educație continuă, prin participarea la alte forme de pregătire în plan profesional, menită să ridice nivelul calității serviciilor prestate. Confirmarea participării la astfel de programe de formare suplimentară ar putea fi interpretată totodată, ca dorință a salariaților din sistemul sanitar de a găsi un nou job, situație care ne-ar atrage atenția din perspectiva siguranței pe care aceștia o au față de locul de muncă actual sau față de perspectivele de viitor ale unității sanitare de proveniență, elemente cu o puternică influență în ceea ce privește evidențierea gradului de satisfacție și deci al calității vieții profesionale.

O pondere importantă în procesul de determinare a calității vieții profesionale pe care l-am desfășurat a avut în vedere relevarea impactului pe care criza economică îl are în ceea ce privește buna organizare a ofertei de îngrijiri, și a presiunii pe care aceasta o exercită asupra angajaților din sistemul sanitar, care, pentru a-și putea garanta calitatea serviciilor prestate și pentru a nu altera relațiile cu pacienții, sunt nevoiți să finanțeze din mijloacele proprii o mare parte din resursele necesare desfășurării activităților de lucru.

În cadrul studiului am expus în măsură mai mare situațiile negative deoarece ele au atras atenția salariaților, implicându-se mai mult emoțional și insistând asupra lor. De altfel, după cum vom vedea, atunci când este vorba de calitatea vieții profesionale a personalului din sistemul sanitar, abordată din punctul de vedere al salariaților, negativul domină.

Termenii de comparație avuți în vedere de salariați în analiza locului de muncă și propriei vieți profesionale sunt dați atât de trecut, în cazul salariaților mai în vârstă, care au trăit și alte forme de organizare și de desfășurare a activității în sistemul sanitar cât și de raportarea la sistemele occidentale.

În mod indiscutabil studiul de față nu abordează toate problemele specifice salariaților din sistemul sanitar; el constituie însă un foarte bun punct de pornire pentru cercetări viitoare care ar trebui să stea la baza deciziilor majore privind personalul din sistem.

ASPECTE METODOLOGICE

Instrumente de lucru

Chestionarul

Subiecții cercetării au completat un chestionar (Anexa nr. 1) cu autoaplicare, conținând un număr de 58 întrebări ce acopereau atât partea de Calitatea vieții profesionale, cât și cea privitoare la Tendința de migrație. Au fost utilizate următoarele tipuri de întrebări: întrebări factuale (concretizate prin *întrebări de identificare* plasate la sfârșitul chestionarului: domiciliul, vârsta, unitatea în care lucrează), *întrebări închise* cu răspunsuri precodificate cu privire la tema centrală, *întrebări de tip scală*, ierarhizând răspunsurile proprii, *întrebări semi-deschise* care au în alcătuirea lor răspunsuri codificate dar se lasă și posibilitatea de a adăuga răspunsuri libere.

Cercetarea focus grup

A fost realizat având la bază un ghid de focus grup, semi-structurat, ce cuprinde un număr de 19 teme de discuție (Anexa nr. 2). În cadrul acestei cercetări au fost realizate un număr de 58 de ședințe de tip focus grup la care au participat între 6 și 10 persoane (angajați din sistemul sanitar din Regiunea Sud—Est). Trebuie subliniat faptul că, per ansamblu, durata totală a discuțiilor organizate în cadrul metodei focus grup este estimată la 85 de ore desfășurate pe parcursul celor doi ani de cercetare.

Organizarea cercetării

Populația supusă cercetării este alcătuită din totalitatea angajaților din sistemul sanitar din zona de Sud-Est a României, din județele Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Tulcea și Vrancea, totalizând un număr de 16554 salariați, grupați după cum urmează:

JUDEȚ	ANGAJAȚI	PONDERE
Brăila	2435	14,71%
Buzău	2251	13,6%
Constanța	4703	28,41%
Galați	3565	21,54%
Tulcea	1457	8,8%
Vrancea	2143	12,94%

În acest caz un eșantion reprezentativ statistic, cu un nivel de încredere de 95% și eroare maximă admisă de 5% este alcătuit din 380 de membri care respectă repartitia pe județe.

Eșantionul a fost organizat pe următoarele straturi: asistenți medicali, personal sanitar auxiliar și personal sanitar administrativ - suport. Având în vedere problematica specifică profesiei din eșantionul cantitativ nu fac parte medicii, motiv pentru care cercetarea nu este reprezentativă la nivelul medicilor. Grupa asistenților medicali a fost alcătuită din: asistenți medicali, asistenți farmacie, asistenți medico-sociali, soră medicală, tehnician sanitar, tehnician dentar, ofician medical moașă și laborant. Personalul sanitar auxiliar a fost alcătuit din următorul personal: infirmieră, agent DDD, brancardier, gipsar, nămoliar, spălătoreasa, îngrijitoare, ambulanțier, șofer autosanitară, registrator și statistician. Ultima categorie, personalul administrativ – suport a fost alcătuită din: economiști, juriști, ingineri, asistenți sociali, referenți, muncitori, personal de servire și personal din aparatul funcțional.

Chestionarele avute în vedere pentru cercetare au înregistrat următoarea repartitie: 56 de chestionare în Brăila, 52 de chestionare în Buzău, 108 de chestionare în Constanța, 82 de chestionare în Galați, 33 de chestionare în Tulcea, 49 de chestionare în Vrancea.

Analiza datelor

Pentru analiza datelor obținute cu ajutorul chestionarului am utilizat programul SPSS versiunea 17. Pentru o mai mare acuratețe, în analiza datelor am procedat la separarea abordării cantitative de cea calitativă pentru fiecare din cele două teme: *Calitatea vieții profesionale și Tendința de migrație*.

A. CERCETAREA CANTITATIVĂ

Partea I: Calitatea vieții profesionale

Obiectivul general al cercetării

Stabilirea factorilor care influențează calitatea vieții profesionale a salariaților din sistemul sanitar, a modalității de acțiune și influență a acestora, și identificarea gradului de satisfacție a personalului față de calitatea vieții profesionale

Obiective specifice:

1. Stabilirea unei ierarhii între factorii care influențează gradul de satisfacție al personalului și calitatea vieții profesionale ;
2. Identificarea relației dintre calitatea vieții profesionale a salariaților din sistem și calitatea serviciilor medicale;
3. Stabilirea modului în care criza economică influențează calitatea vieții profesionale;
4. Identificarea modului prin care criza economică se manifestă în interiorul unităților sanitare și evidențierea consecințelor acesteia în planul calității vieții profesionale;
5. Evidențierea modului în care raportul inegal între muncă prestată și recunoașterea obținută duce la scăderea gradului de satisfacție al personalului medical;
6. Identificarea surselor de conflict la locul de muncă;
7. Stabilirea unei relații între condițiile de lucru și calitatea vieții profesionale ;
8. Stabilirea modului în care deficitul provocat de migrația personalului medical afectează calitatea vieții profesionale.
9. Stabilirea gradului de implicare al personalului medical în acțiuni menite să îmbunătățească calitatea vieții profesionale ;
10. Identificarea modului în care condițiile de lucru afectează viața personală a salariaților din sistemul sanitar.

Ipotezele cercetării

1. Factorii care influențează gradul de satisfacție al personalului și calitatea vieții profesionale sunt, în ordine ierarhică: nivelul câștigurilor salariale, condițiile de muncă, statusul profesional.
2. Considerăm ca există o legătură pozitivă între calitatea vieții profesionale a salariaților din sistem și calitatea serviciilor medicale.
3. Dacă efectele crizei economice se fac resimțite și în sistemul sanitar atunci criza economică influențează în mod negativ calitatea vieții profesionale.
4. Prezumăm că finanțarea insuficientă în contextul crizei dar și ca deficiență cronică a sistemului sanitar, dublată de gestiunea defectuoasă a fondurilor conduce la scăderea calității vieții profesionale prin intermediul următorilor factori:
 - a) Deficitul de medicamente și materiale sanitare
 - b) Dotarea deficitară cu aparatură și tehnică
 - c) Lipsa materialelor de protecție
 - d) Deficitul de personal
5. Prezumăm că deficitul de medicamente și materiale sanitare alterează calitatea serviciilor medicale, relațiile personalului cu pacienții și orgoliul profesional conducând la diminuarea calității vieții profesionale.
6. Dotarea insuficientă cu aparatură și tehnică alterează calitatea serviciilor medicale și orgoliul profesional conducând la diminuarea gradului de satisfacție profesională
7. Prezumăm că asigurarea deficitară a materialelor de protecție și de lucru pentru personal crește riscurile la care acesta se expune și/sau diminuează calitatea serviciilor medicale și reduce gradul de satisfacție a personalului față de propriul loc de muncă
8. Deficitul de personal, având cauze multiple, conduce la creșterea sarcinilor de serviciu, scăderea calității serviciilor medicale și scăderea gradului de satisfacție față de propriul loc de muncă.

Analiza datelor

După cum se poate vedea în figura alăturată (Fig.1), distribuția respondenților pe județele Regiunii de Sud-Est respectă distribuția salariaților, pentru care eșantionul este reprezentativ la nivel de aceste județe.

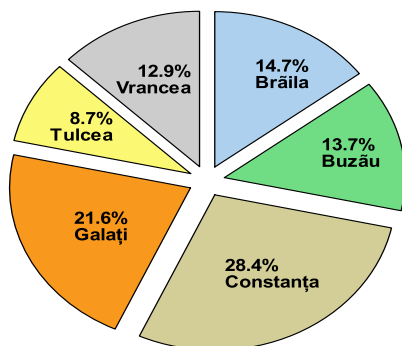


Fig.1

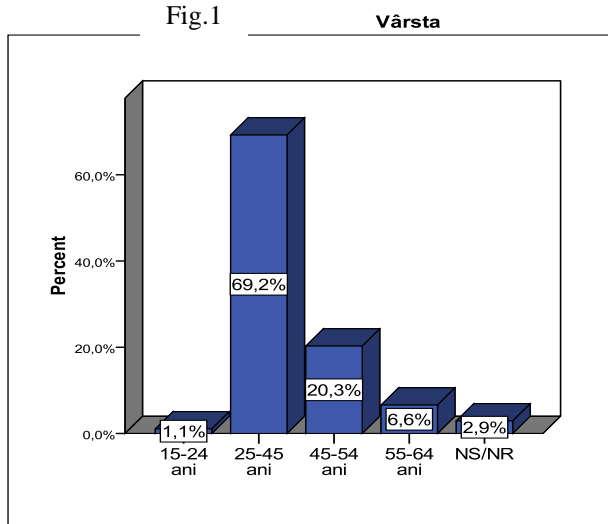


Fig.2

Datele indică, în bună măsură, stratificarea pe vârste a personalului sanitar din Regiunea de Sud-Est, arătând totodată faptul că se poate vorbi de o limitare a numărului celor foarte tineri care pot intra în sistem. Analiza încrucișată cu

studiile indică faptul că 45% dintre respondenți sunt persoane cu vârste cuprinse între 25 și 45 de ani (Fig.2), care au absolvit *studiile postliceale*.

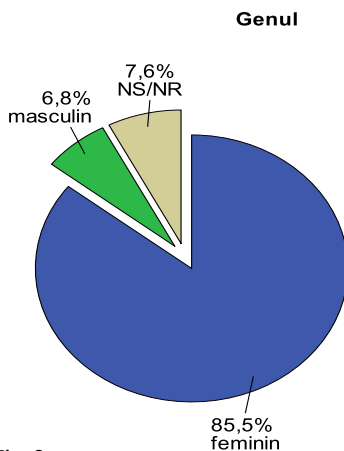


Fig.3

Numărul mare al respondenților care nu au răspuns la această întrebare, respectiv menționarea *genului* (Fig.3), este determinat de teama lor de a nu fi identificați (situație care a reieșit în cursul cercetărilor calitative), indicând astfel un grad de presiune asupra libertății de exprimare pe care îl suportă salariații.

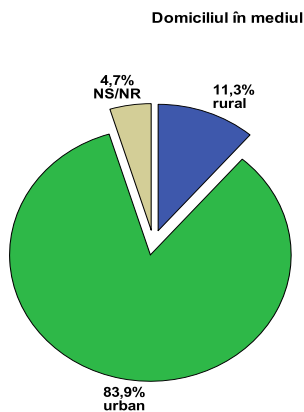


Fig.4

Distribuția respondenților conform mediului de proveniență (Fig.4) arată faptul că majoritatea persoanelor chestionate au domiciliul în mediul *urban*, respectiv 83,9%.

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

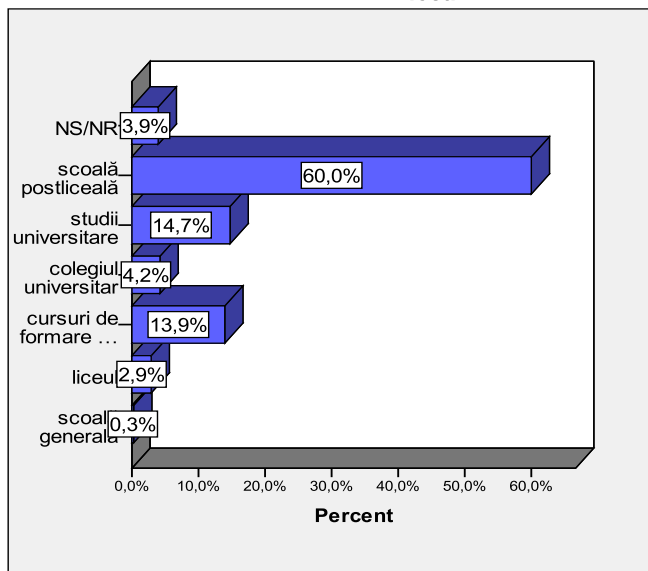


Fig.5

Nivelul studiilor arată că majoritatea respondenților o reprezintă asistenții medicali, absolvenți ai școlilor *postliceale*, respectiv 60% (Fig.5).

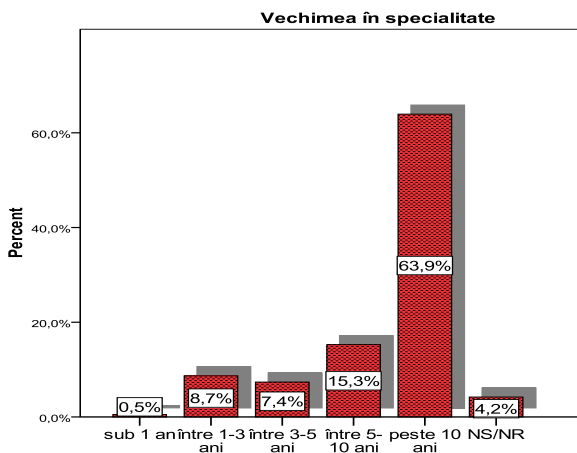


Fig.6

Analiza încrucișată a vechimii în specialitate cu școala absolvită indică faptul că 40% (Fig.6) dintre respondenți sunt persoane angajate în perioada 1994-2000, absolvente ale școlii *postliceale*.

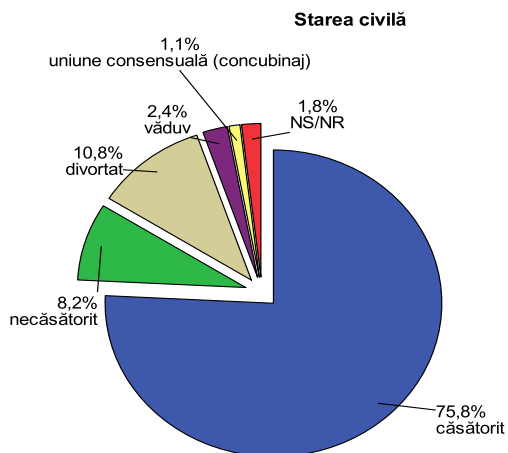


Fig.7

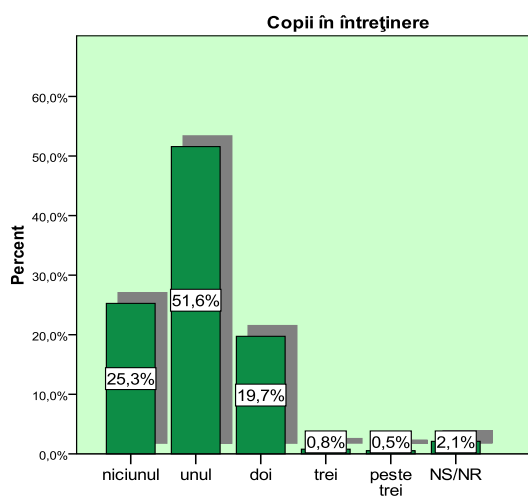


Fig.8

Analiza încrucișată arată că 5,8% dintre respondenții *divorțați* (Fig.7) au *un copil* în întreținere (Fig.8).

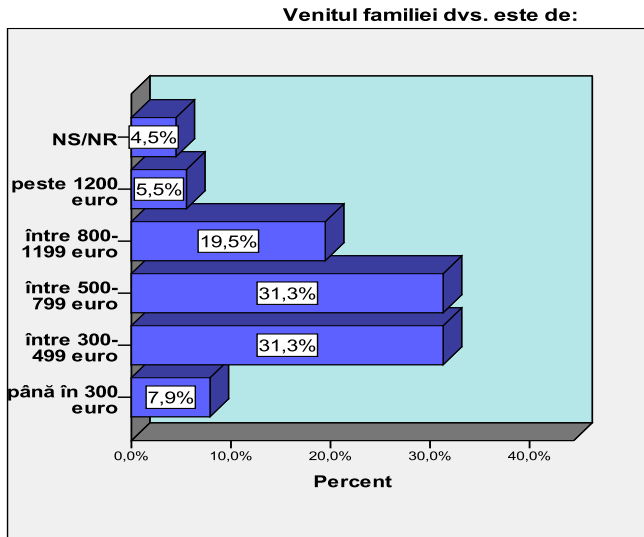


Fig. 9

Totodată, majoritatea respondenților (62,6%, Fig. 9) au veniturile familiei cuprinse între cca. 1200 și 3200 RON.

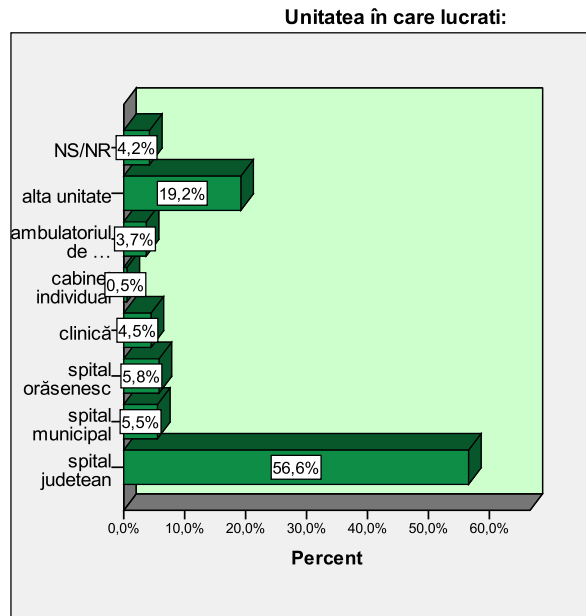


Fig.10

Majoritatea respondenților este formată din persoane care lucrează în *spitalele județene* (aici fiind incluse și spitalele clinice de urgență, Fig.10). Se poate observa, totodată, structura compozită a grupului țintă, acesta acoperind toate tipurile de unități sanitare.

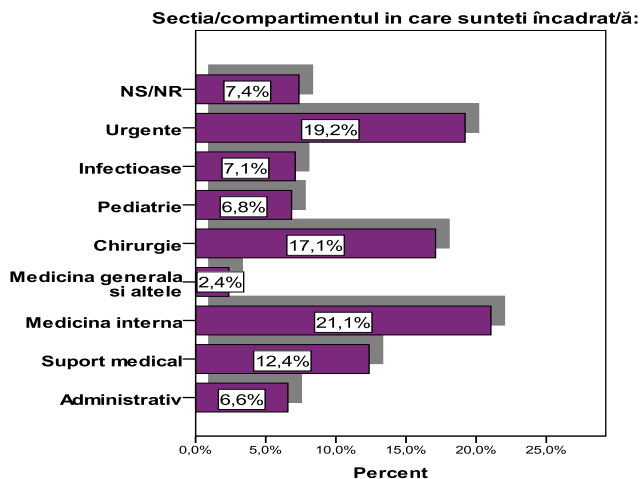


Fig.11

Pentru o analiză mai clară, a fost redus numărul secțiilor de spital la câteva tipuri generice, create pe baza domeniului de activitate. Motiv pentru care secțiile nu se regăsesc ca atare (Fig.11), așa cum apar ele în nomenclatorul unităților sanitare, ci sunt alocate fiecărui tipului cel mai apropiat de specificul ei.

La locul dumneavoastră de muncă (secție/compartiment) aveți un colectiv format din:

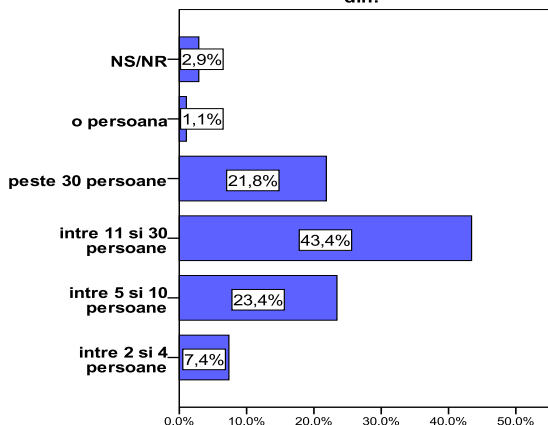


Fig.12

1. Modalitatea de intrare în sistem

Înainte de a vă angaja în sistemul sanitar, ați lucrat în alt sector?

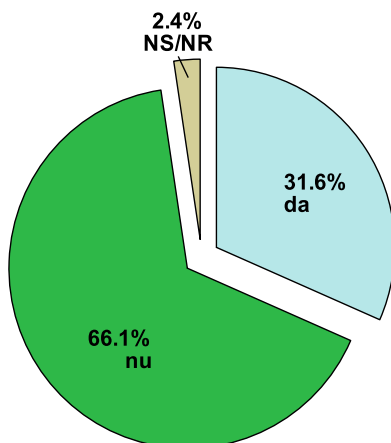


Fig.13

Având în vedere situația de pe piața muncii a angajaților chestionați din sistemul sanitar, majoritatea de 66.1% (conform Fig.13) a afirmat faptul că *nu a lucrat în alt sector* înainte de a se angaja în cel sanitar, ceea ce denotă stabilitate și posibilitatea imediată de angajare, în cadrul sistemului sanitar după finalizarea studiilor de specialitate. Un procent de 31.6% dintre participanții la cercetare au menționat faptul că *au lucrat și în alt sector* înainte de a se angaja în cel sanitar, 14,7% fiind absolvenții de *școală postliceală*.

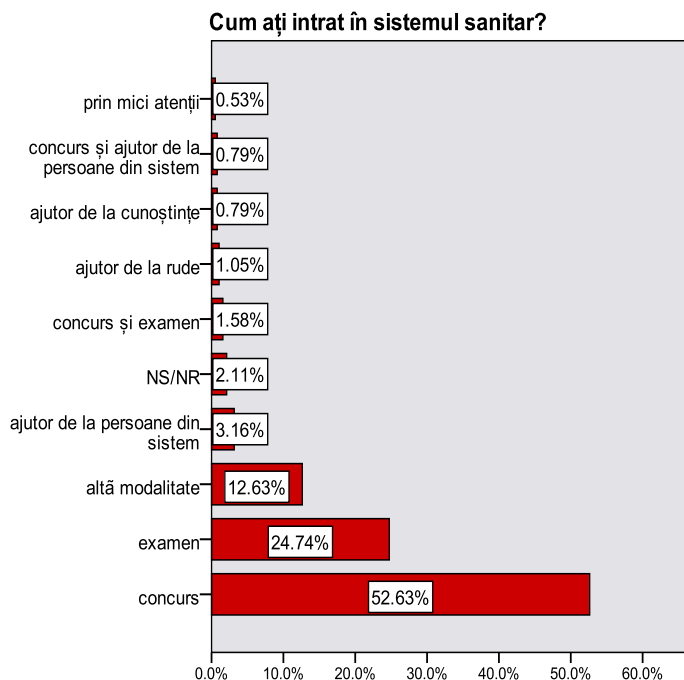


Fig.14

În ceea ce privește modul prin care personalul sanitar chestionat a fost angajat, majoritatea (52.63%, Fig.14) a menționat metoda de *concurs*, 24.74% *examenul* și 1.58% *concurs și examen*, indicând astfel modalități oficiale de intrare în sistem în ceea ce-i privește. Au fost menționate însă și *alte metode* (12.63%), fără a fi specificate, precum și *ajutorul de la persoane din sistem* pentru 3.16% dintre respondenți, 1.05% *ajutor de la rude*, procentaj egal de 0.79% *concurs și ajutor de la persoane din sistem* sau *ajutor de la cunoștințe*, existând totuși un procent de 0.53% care au menționat ca și metodă de acces la sistemul sanitar *mici-le atenții*. Astfel, deși metodele principale de angajare sunt *concursul* și *examenul*, există cazuri în care se apelează la relații de diverse naturi pentru acces în sistem. La capitolul „alte metode” se remarcă faptul că 11,3% nu au mai lucrat în altă parte, ceea ce ar putea fi coerent cu încadrarea prin repartitie.

De remarcat faptul că cca. 23% dintre respondenți declară că nu au fost încadrați prin examen sau concurs, acesta fiind un punct de pornire în analiza fenomenului corupției la angajarea în sistem.

**De la absolvire si până am găsit un loc de muncă
am asteptat o perioadă de:**

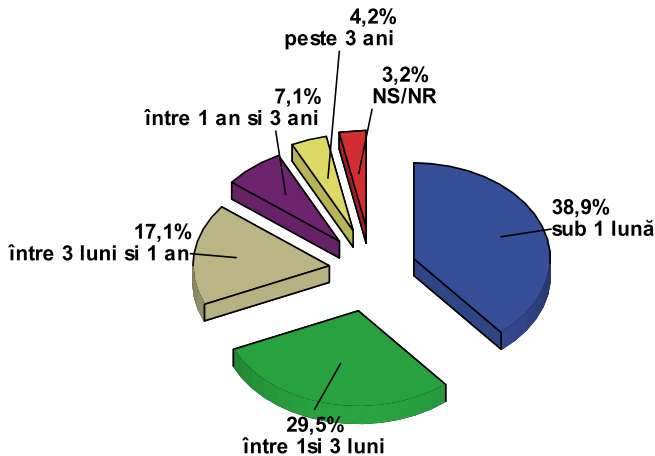


Fig.15

Din momentul absolvirii studiilor de specialitate și până la angajare, conform Figurii nr.15, persoanele chestionate au așteptat, în proporție de 38.9% *sub o lună*, 29.5% *între 1 și 3 luni* și 17.1% *între 3 luni și 1 an*, ceea ce relevă perioada relativ scurtă și posibilitatea de acces în sistemul sanitar în momentul finalizării studiilor necesare. Procentaje precum 7.1% au menționat perioade mai mari, respectiv *între 1 și 3 ani* și 4.2% *peste 3 ani*, însă tendința se remarcă la procentajele mari ale perioadelor scurte de așteptare a persoanelor înainte de a se angaja în sistemul sanitar.

Ultima dată ați fost promovați în funcție:

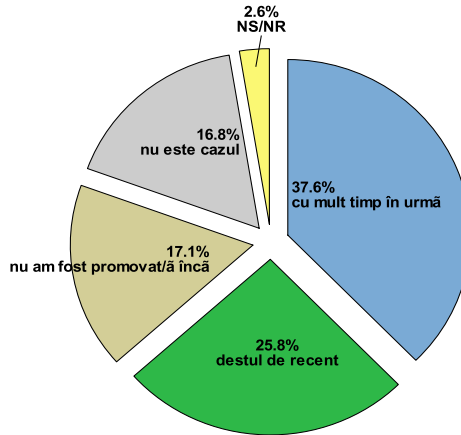


Fig.16

Analizând posibilitatea de promovare a angajaților chestionați, 37.6% au afirmat că au fost promovați *cu mult timp în urmă* (Fig.16) și 25.8% *destul de recent*, existând însă și un procentaj de 17.1% care *nu au fost promovați încă* și 16.8% care au menționat că *nu este cazul* unor promovări, fapt care ar putea să sublinieze rigiditatea sistemului de promovare în funcție din cadrul sistemului sanitar.

Analizând corelația dintre întrebarea precedentă și întrebarea privind vechimea în specialitate, remarcăm faptul că majoritatea celor promovați recent sunt angajați cu vechime de *peste 10 ani* (15.3%) sau *între 5-10 ani* (5.3%), existând însă și un procentaj de 7.6% dintre angajații cu *peste 10 ani* vechime care nu au fost promovați încă, ceea ce denotă lipsa oportunităților multiple de promovare în sistem și perioada lungă de așteptare a angajaților până la beneficierea de noi funcții. În discuție ar putea fi, în același timp, un traseu de carieră defectuos, cu puține trepte, fapt evidențiat și de resemnarea celor cu o vechime în muncă de peste 10 ani.

2. Restructurare. Alt loc de muncă

Conșiderați că, în caz de restructurare a postului, șansele dumneavoastră de a găsi un loc de muncă în țară sunt:

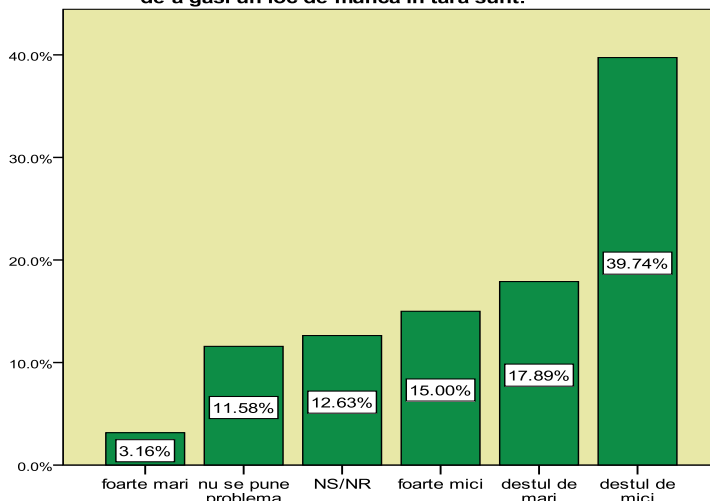


Fig.17

În eventualitatea în care s-ar ajunge la restructurare și concedieri (posibilitatea considerată improbabilă de doar 11,58% dintre respondenți, conform Fig.17) 54,74% dintre respondenți consideră că au șanse *mici* și *foarte mici* de a găsi un loc de muncă, situație care este de natură a contura teama stârnită de măsurile de restructurare; analiza încrucișată arată că 10,8% au *peste 45 de ani*. Analiza corelațiilor arată faptul că persoanele necăsătorite sunt mai optimiste în ce privește posibilitatea de a-și găsi un loc de muncă, 19,4% dintre acestea indicând acest lucru, în timp ce doar 3,5% dintre persoanele căsătorite sunt optimiste.

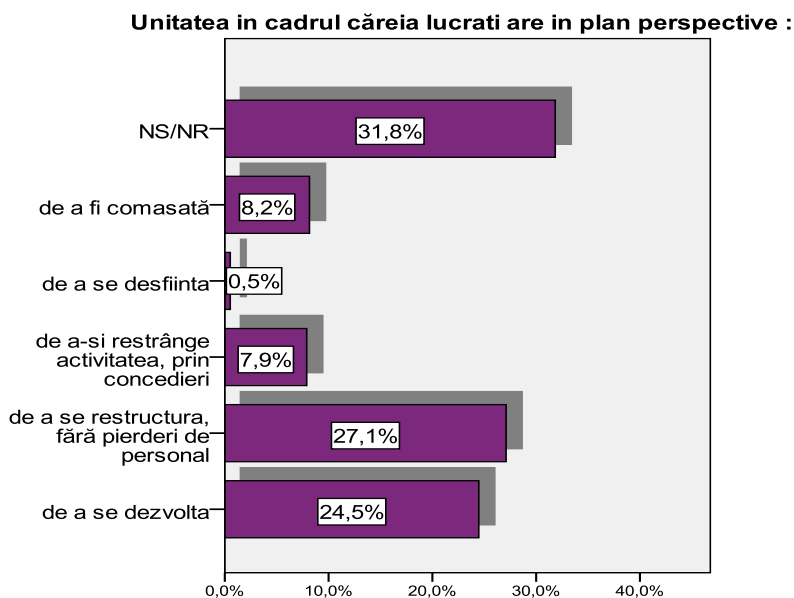


Fig.18

51,6% dintre respondenți (conform Fig.18) nu iau în calcul posibilitatea unei *reduceri de personal* în unitatea în care lucrează (cu mențiunea că este o situație combinată, 2010-2011). Se remarcă, de asemenea, și lipsa informațiilor sau lipsa interesului privind soarta unității la 31,8% dintre respondenți (în condițiile în care 17,9% din cei care consideră că au *șanse mici* și *foarte mici* de a se angaja în caz de restructurare sunt din rândul acestora) semn fie al unei implicări reduse în ceea ce privește soarta unității, fie al unui deficit de informație, deci al unei distanțe create între management și angajați. Se simt amenințați direct de *concedieri* 7,9% dintre subiecți, 6,1% fiind dintre cei care consideră că au *șanse mici* sau *foarte mici* de angajare. Per ansamblu, se poate constata existența unui sentiment de incertitudine privitor la soarta locurilor de muncă pentru un număr semnificativ de angajați, el căpătând intensități diferite în funcție de situațiile particulare.

Pentru viitorul apropiat aveți în vedere să găsiți un alt loc de muncă mai bun tot în cadrul sistemului sanitar.

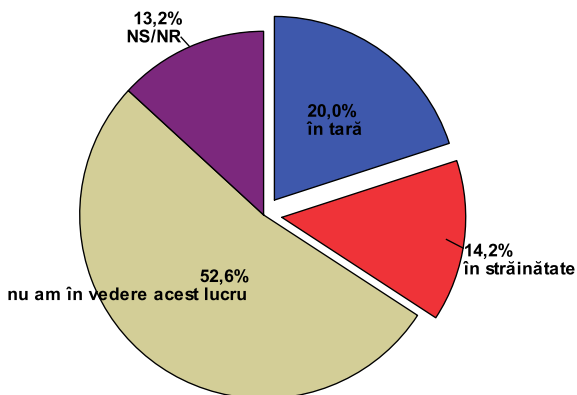


Fig.19

În privința anticipării mobilității personalului, se remarcă faptul că 34,2% (Fig.19) dintre respondenți *intenționează* să-și schimbe locul de muncă, iar 14,2% intenționează *să-și caute un loc de muncă în străinătate*. Faptul că 52,6% din respondenți au evaluat faptul că *nu au în vedere* găsirea unui loc de muncă mai bun tot în cadrul sistemului sanitar trebuie analizat din perspectiva factorilor de tip pull ai migrației, analiză ce va fi demarată în partea a doua a cercetării: tendința de migrație a personalului din sistemul sanitar. De remarcat, de asemenea, este faptul că procentul persoanelor care doresc schimbarea locului de muncă în viitorul apropiat este aproape constant în cercetările ultimilor ani, el putând fi luat în considerare pentru migrarea personalului medical.

Pentru viitorul apropiat, aveți în vedere să găsiți un alt loc de muncă mai bun în afara sistemului sanitar.

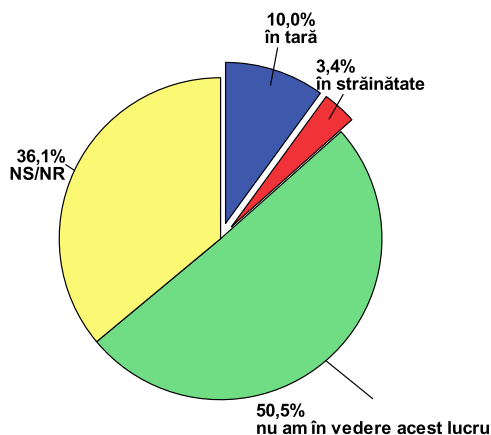


Fig.20

Remarcă faptul că 13,4% dintre respondenți (conform Fig.20) intenționează să părăsească sistemul sanitar pentru a lucra în alte sectoare, fie în țară fie în străinătate.

În vederea găsirii unui nou loc de muncă ati urmat o altă formă specială de pregătire în plan profesional?

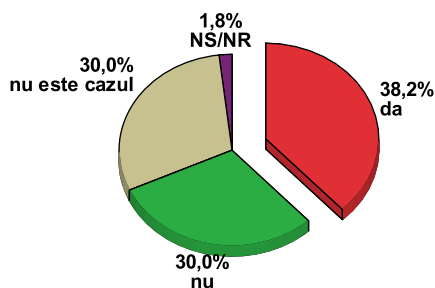


Fig.21

Datele indică drept certă intenția a 60% dintre respondenți (Fig.21) de a rămâne în sistemul sanitar românesc. În același timp, atrage atenția faptul că cca. 40% dintre subiecți s-au pregătit, ori cel puțin au luat în considerare, posibilitatea de a-și găsi un alt loc de muncă. Analiza corelațiilor indică faptul că 20% dintre

respondenții consideră că au *puține șanse* de a găsi un loc de muncă și, în același timp au urmat cursuri de formare profesională pentru a-și găsi un loc de muncă, în timp ce 18,1%, deși consideră că au *șanse puține* de a-și găsi un loc de muncă în caz de disponibilizări, nu au apelat la cursuri de formare profesională. Persoanele căsătorite au urmat în mai mare măsură cursuri de formare în vederea găsirii unui loc de muncă decât cele necăsătorite; însă, orientarea cea mai mare către formare ca strategie de păstrare sau schimbare a locului de muncă o au persoanele divorțate. De remarcat faptul că 12,9% dintre subiecți sunt persoane necăsătorite, care consideră că au șanse foarte mari de a ocupa un alt loc de muncă și care au urmat un curs de formare profesională. Principala modalitate de formare în discuție o constituie studiile universitare.

În secția/compartimentul în care lucrați, personalul implicat în realizarea sarcinilor de serviciu este:

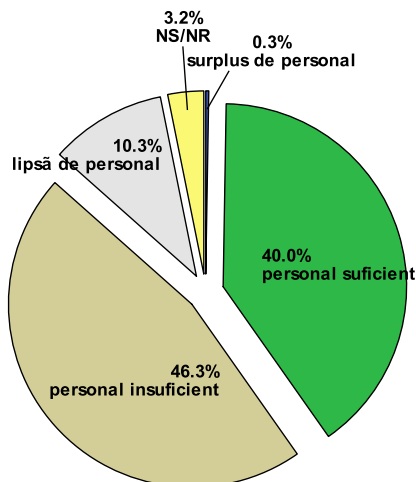


Fig.22

Se poate constata că 56% (conform Fig.22) dintre respondenți consideră că locul lor de muncă se confruntă cu un *deficit de personal*. Analiza corelată indică faptul că deficitul cel mai mare se înregistrează în cazul spitalelor județene (31,9%).

Pe primul loc ca și lipsă de personal (cumulat) se situează județul *Constanța* (18,2%), procentul celor care indică o formă de lipsă, față de cei care au indicat personal suficient, fiind dublu.

Consearați că la locul dumneavoastră de muncă există o lipsă de personal datorată:

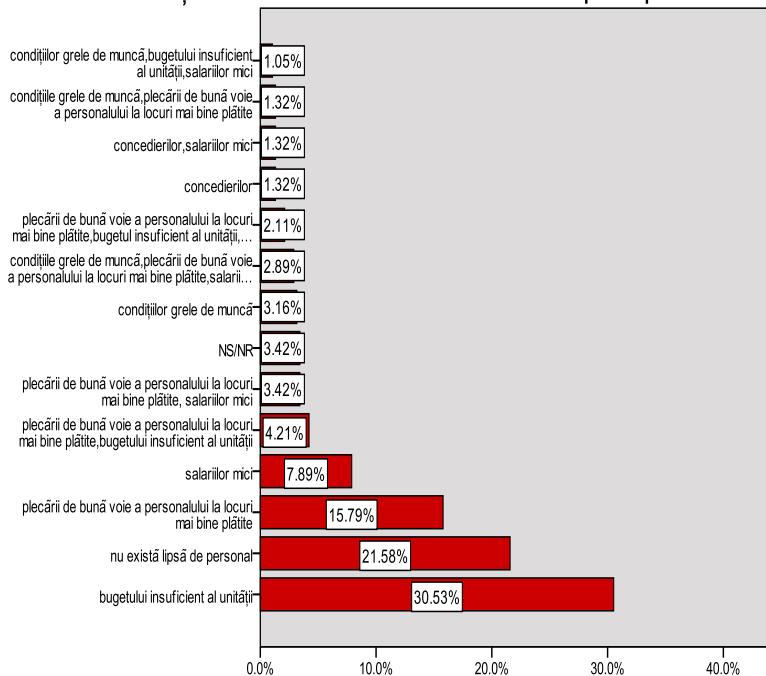


Fig. 23

Principala cauză care determină lipsa de personal o constituie *bugetul insuficient al unității* (30,53%, Fig.23), în acest caz fiind vorba de imposibilitatea unităților de a angaja personal. A doua mare cauză a deficitului de personal o constituie *salariile prea mici* care conduc la plecarea de bunăvoie a salariaților către locuri de muncă mai bine plătite, în variantă combinată 36,31% dintre respondenți indicând această situație. Aceasta fiind o întrebare de control pentru întrebarea anterioară (n chestionar a fost așezată la distanță de întrebarea anterioară), se remarcă de asemenea faptul că doar 21,58% dintre respondenți consideră că *nu există o lipsă de personal*, cu mult sub procentul pe care l-au indicat câteva întrebări mai sus de 40%.

În momentul renunțării la locul de muncă de către colegi, cât de repede este ocupat postul acestuia de o altă persoană?

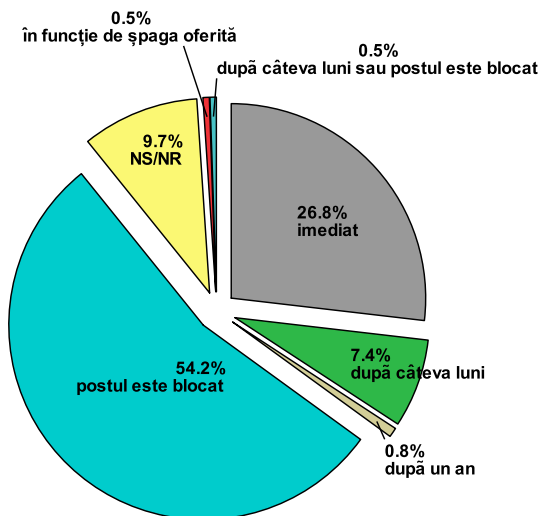


Fig.24

Figura de mai sus, respectiv Fig.24, indică faptul că deficitul de personal intervine de fapt pe conjugarea celor două cauze menționate anterior, respectiv *bugetul insuficient* și *plecarea personalului*, la care se adaugă mecanismele instituționale deficitare, în special faptul că *posturile sunt blocate* (situație indicată de 54,2% dintre respondenți).

Având în vedere procentajul ridicat ce indică *posturile blocate* în urma plecării colegilor, putem presupune că sarcinile sunt preluate de către angajații rămași și volumul de muncă este ridicat, ceea ce conduce la creșterea stresului angajaților și a responsabilităților.

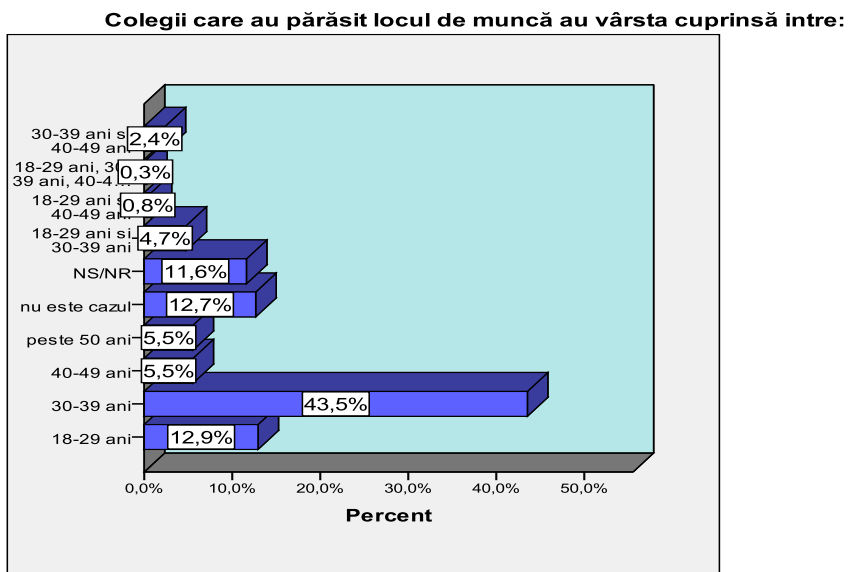


Fig.25

Se remarcă o mare mobilitate a salariaților care au vârsta cuprinsă *între 30 și 39 de ani* (Fig.25).

În situația în care colegii dumneavoastră își schimbă locul de muncă, acest fapt conduce la: prelungirea programului de lucru.

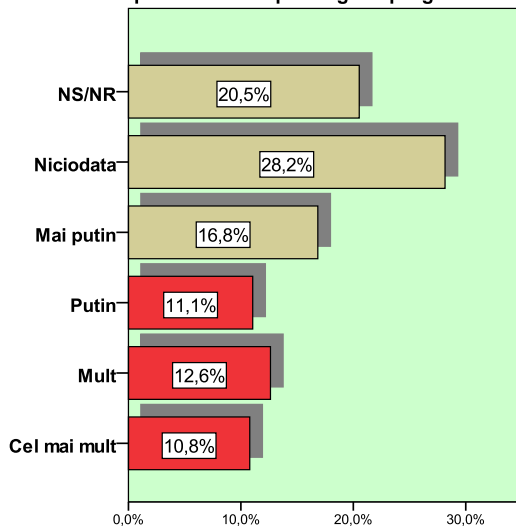


Fig.26

Deficitul de personal, consecutiv plecării colegilor, *afectează programul de lucru*, prin prelungirea acestuia, în cazul a 23,4% (Fig.26) dintre subiecți. Un procent de 56,4% consideră că plecarea colegilor nu duce sau duce puțin sau foarte puțin la prelungirea programului de lucru, ceea ce denotă faptul că sarcinile de serviciu preluate de la cei care au plecat fie nu sunt rezolvate, fie sunt rezolvate de o calitate îndoielnică. Acest fapt reiese și din figura nr. 27.

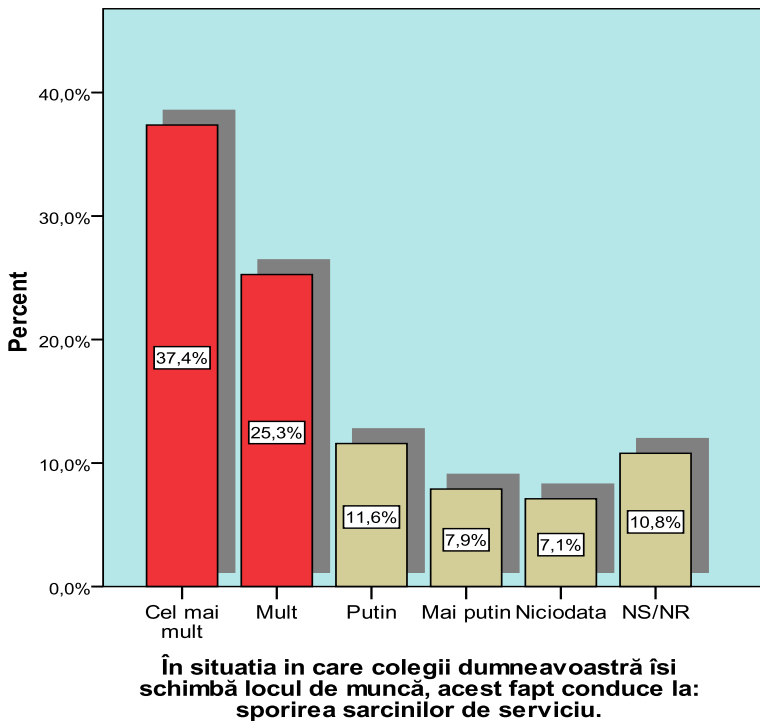


Fig.27

62,7% dintre respondenți (Fig.27) indică faptul că deficitul de personal, intervenit îndeosebi prin plecarea colegilor, are drept consecință *o sporire a sarcinilor de serviciu* care, la rândul ei, poate conduce la scăderea calității serviciilor medicale (cu condiția ca sarcinile personalului să nu fi fost anterior subestimate; ipoteza merită o analiză atentă pentru a putea vorbi în mod clar de o diminuare a calității serviciilor).

În situația în care colegii dumneavoastră își schimbă locul de muncă, acest fapt conduce la: diminuarea capacității de rezolvare a cerințelor la locul de muncă.

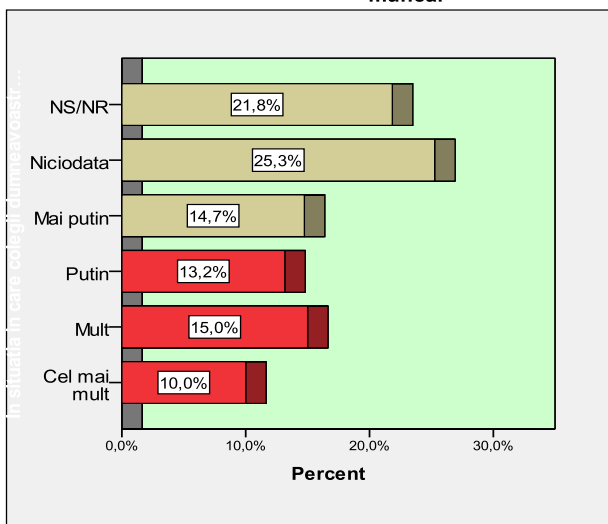


Fig.28

Putem observa că ipoteza anterioară este confirmată, 38,2% dintre subiecți indicând, conform Fig.28, o *scădere*, în grade variabile, a capacității de satisfacere a cerințelor de la locul de muncă datorită absenței personalului necesar, 25,5% din cazuri provenind din *spitalele județene*.

În situația în care colegii dumneavoastră își schimbă locul de muncă, acest fapt conduce la: creșterea siguranței propriului loc de muncă

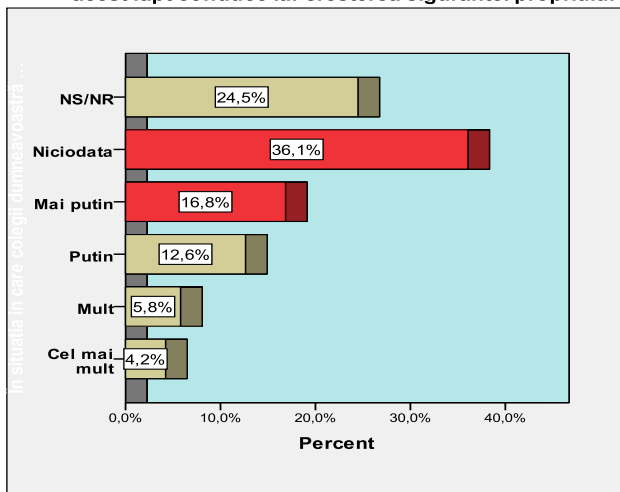


Fig.29

În situația în care colegii dumneavoastră își schimbă locul de muncă, acest fapt conduce la: greutatea de adaptare la locul de muncă a noului angajat

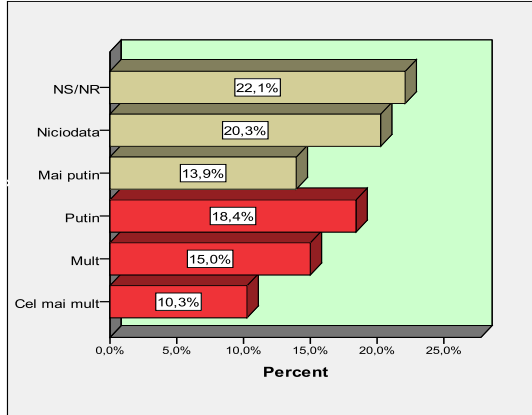
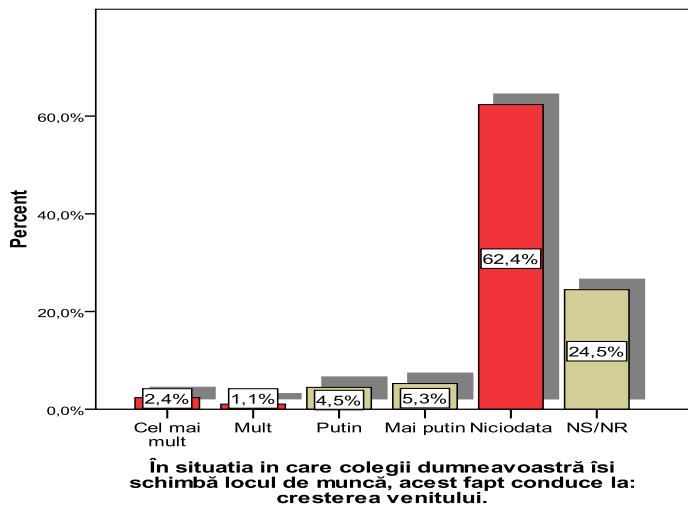


Fig.30

Scăderea numărului de personal nu este însoțită de o creștere substanțială a siguranței propriului loc de muncă pentru cei rămași, doar 22,6% (Fig.29) dintre subiecți indicând o astfel de legătură, în grade variabile. Ceea ce se evidențiază în cazul scăderii numărului de personal este blocarea posturilor rămase vacante, blocare ce conduce la imposibilitatea efectuării de noi angajări menite să echilibreze distribuția responsabilităților la locul de muncă, astfel încât serviciile oferite pacienților să nu cunoască modificări semnificative.



În situația în care colegii dumneavoastră își schimbă locul de muncă, acest fapt conduce la: creșterea veniturii.

Fig.31

În mod clar, timpul muncit suplimentar și sarcinile suplimentare nu conduc la o creștere proporțională a veniturilor, fiind în marea majoritate a cazurilor

nerecompensat conform prevederilor legale în vigoare, doar 3,5% (Fig.31) dintre subiecți (deci sub marja de eroare) indicând *situații de plată suplimentară*.

În situația în care colegii dvs. își schimbă locul de muncă acest fapt conduce la:

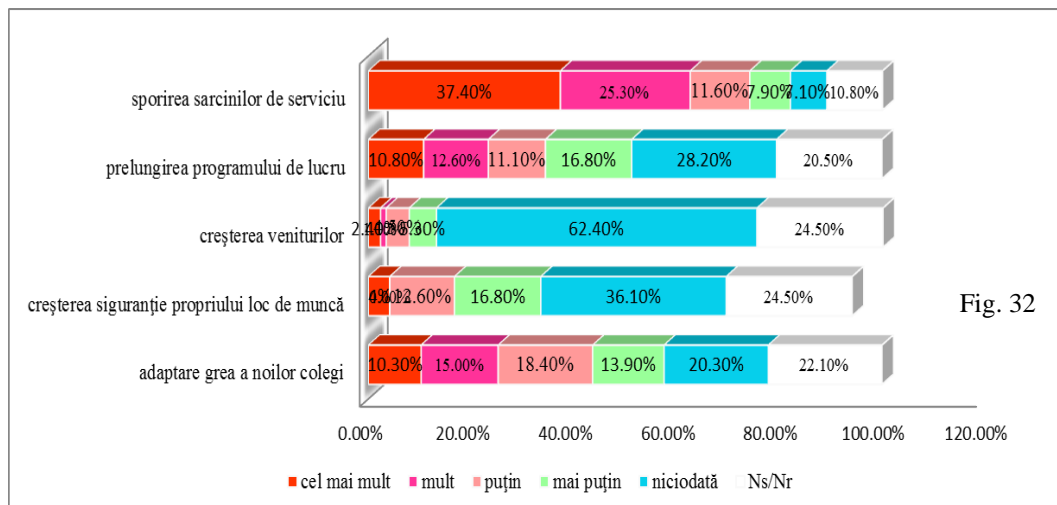


Fig. 32

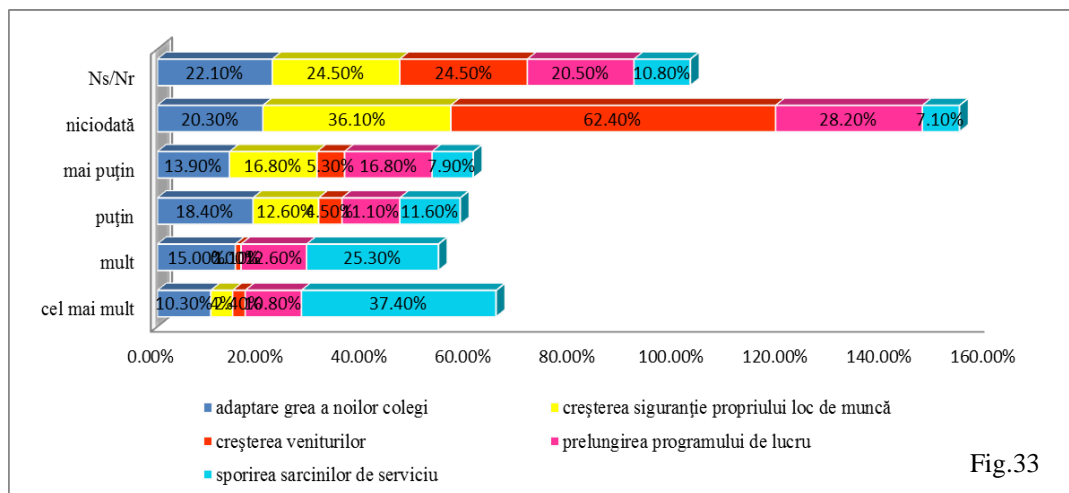


Fig.33

Având în vedere imaginea de ansamblu asupra situației în care colegii își schimbă locul de muncă, aceasta determină cel mai mult (Fig.32 și Fig.33) *sporirea sarcinilor de serviciu, mai puțin prelungirea programului de lucru și niciodată la creșterea veniturilor* celor rămași în sistem. Astfel, putem concluziona faptul

că, deși nu sunt remunerați suplimentar și sunt supuși uneori la prelungirea programului de lucru, angajații secțiilor unde există personal plecat, sunt nevoiți să suplinească funcțiile acestora și să îndeplinească mai multe sarcini simultan.

Ați întâlnit la locul dumneavoastră de muncă colegi cu o pregătire slabă în domeniu?

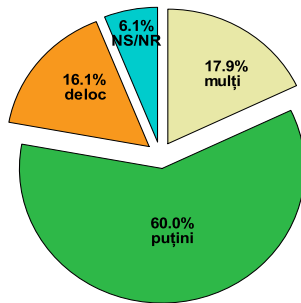


Fig.34

Doar 17,9% (Fig.34) dintre respondenți menționează existența mai multor colegi cu *pregătire lacunară*, însă el trebuie interpretat și prin prisma celor 60% care afirmă că au întâlnit *puțini*, situația fiind de natură a indica atât necesitatea unei mai bune pregătiri în domeniu a personalului sanitar prin programe de formare profesională continuă, cât și, mai ales, o bună pregătire inițială. Analiza corelată indică existența unei legături între nivelul scăzut de pregătire al unora dintre colegi și problemele ridicate de reducerea transferului între generații.

3. Condițiile de lucru

Considerati că, la locul dumneavoastră de activitate, condițiile de lucru sunt:

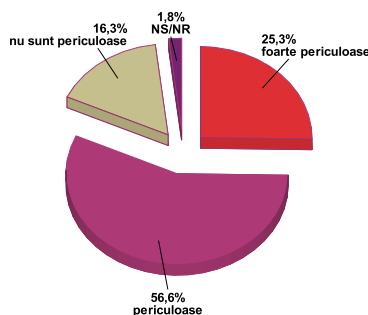


Fig.35

Marea majoritate a subiecților, respectiv 81,9% dintre ei, conform figurii de mai sus (Fig.35) consideră că își desfășoară activitatea în condiții de lucru *periculoase și foarte periculoase*, factor care are un impact destul de puternic în ceea ce privește calitatea vieții profesionale a angajaților din sistemul sanitar.

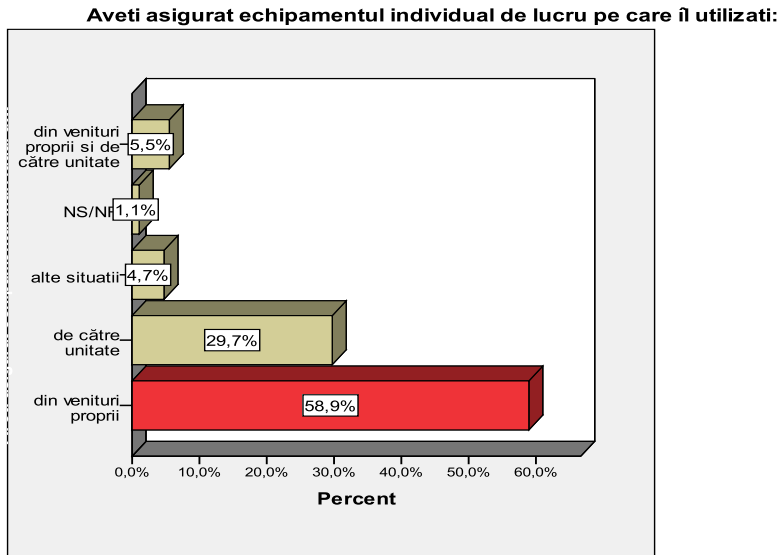


Fig.36

Cca. 60% (Fig.36) dintre respondenți sunt nevoiți să-și *cumpere echipamentul individual de lucru*, doar pentru cca. 30% acesta fiind *asigurat* în exclusivitate de către unitate. Aceasta situație intervine ca factor de frustrare și insatisfacție față de locul actual de muncă pentru angajații din sistem.

Considerati că echipamentul individual de protecție este:

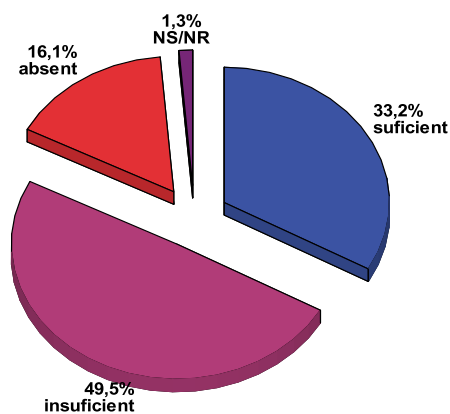


Fig.37

Echipamentul individual de protecție este *deficitar* pentru 65,6% dintre subiecți (Fig.37), în 16,1% cazuri acesta *lipsind în totalitate*. Fără îndoială, lipsa echipamentului de protecție reprezintă un factor de risc destul de important pentru starea de sănătate a angajaților din sistem, afectând în aceeași măsură și siguranța acestora la locul de muncă.

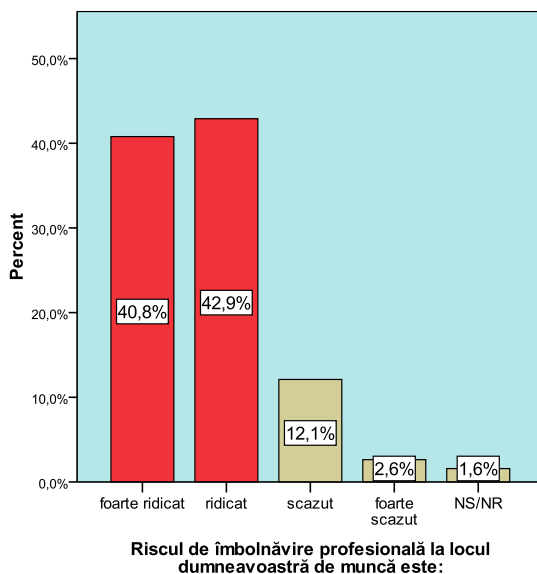


Fig.38

Absența echipamentului de protecție sau existența lui neîndestulătoare, la care se adaugă alte deficiențe ale sistemului, conduc la situația în care 83,7% dintre subiecți consideră că riscul de îmbolnăvire la locul de muncă este *ridicat* și *foarte ridicat* (Fig.38). Trebuie menționat, însă, că în discuție este o evaluare subiectivă, posibil a fi perturbată și de strânsa legătură între estimarea riscurilor și nivelul sporurilor de care beneficiază salariații. Intervenția altor factori este indicată de faptul că 26% dintre subiecți, deși apreciază că riscul de îmbolnăvire este *foarte crescut*, consideră în același timp că echipamentul individual de protecție este *suficient*, destul de probabil subiecții având în vedere riscurile inerente locului de muncă.

Ati intalnit cazuri de accidente si boli profesionale care produc incapacitatea temporară de muncă cel puțin 3 zile

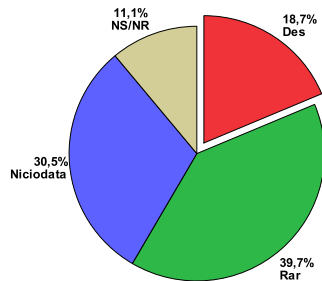


Fig.39

Putem observa o distribuție a numărului de cazuri de accidente și boli profesionale invers proporțională cu gravitatea cazurilor, fiind un model firesc, ceea ce confirmă faptul că întrebările au fost tratate cu seriozitate. Au incidență foarte mare cazurile care produc *incapacitate de muncă temporară pentru mai mult de 3 zile* (Fig.39), dar *mai puțin de 6 luni* (18,7%, Fig.40) și cele care produc *peste 6 luni*, fără a fi vorba însă de invaliditate (Fig.43), ambele situații fiind peste marja de eroare.

Ati intalnit cazuri de accidente si boli profesionale care produc incapacitatea temporară de muncă cel puțin 6 luni

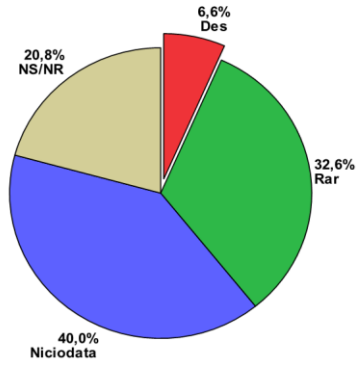


Fig.40

Ati intalnit cazuri de accidente si boli profesionale mortale

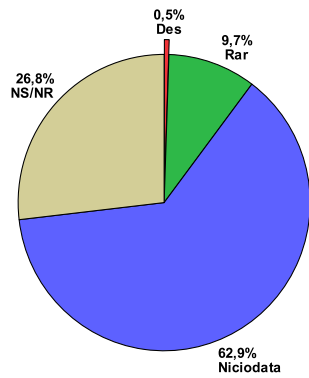


Fig.41

Ati intalnit cazuri de accidente si boli profesionale colective

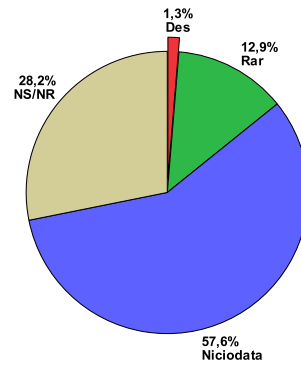


Fig.42

Ati intalnit cazuri de accidente si boli profesionale care produc invaliditate

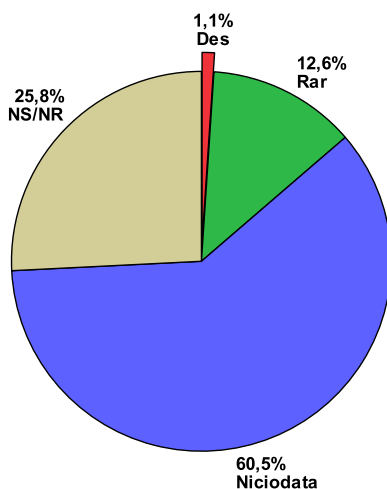


Fig.43

Actul medical reprezintă o formă de activitate socială care se desfășoară în flux continuu timp de 365 de zile din 365 de zile, 24 de ore din 24 de ore, fără un program stabil pentru pauza de masă, dar cu un program stabilit pentru schimbul de zi și schimbul de noapte. Cadrele medicale sunt angajate în acest ritm de muncă neîntrerupt. Ele au indicat faptul că știau de la bun început care este natura locului de muncă și, intrând în sistem, și-au asumat conștient să răspundă unei activități „la foc continuu”.

Indicatorul de referință în această analiză este timpul de muncă. La un loc de muncă acceptabil social el este previzibil planificat.

Nu și în sistemul sanitar însă, deoarece în funcție de unități există o singură tură de zi, există activitate în ture, există activități care trebuie acoperite în week-end și în toate sărbătorile legale. Răspunsurile primite privesc experiența prin care au trecut participanții în situațiile diferite ale activității lor în sistemul sanitar, de aceea avem în acest caz o analiză care – în consonanță cu indicatorul de referință – este diacronică. În primul rând, să observăm reacția pe care o au participanții față de munca în ture din perspectiva vârstei și a modului cum percep ei că turele de noapte îi afectează diferențiat.

Nu vom insista foarte mult în evidențierea, prin relatările participanților, a faptului că turele de noapte îi afectează în toate privințele descrise de cărțile de specialitate. Trebuie să observăm că angajații din sistem sunt conștienți de aceste afecțiuni, le cunosc din pregătirea lor teoretică și, așa cum am mai menționat, își asumă conștient aceste urmări.

În sine, turele de noapte nu sunt un factor de nemulțumire profesională. Și angajații au recunoscut acest lucru în mod direct. O parte dintre ei s-au declarat chiar mulțumiți de existența acestor ture, deoarece beneficiază de timp liber în cursul zilei când pot rezolva nenumărate probleme personale.

Turele de noapte devin un factor de nemulțumire în combinație cu unele situații din sistemul sanitar, precum plata lor relativă, creșterea volumului de muncă datorată personalului insuficient, expunere mai mare la agresivitate din partea pacienților sau aparținătorilor (aspect pe care l-am urmărit deja).

Programul de lucru nu este în momentul de față clar reglementat după analiza efectuată pe răspunsurile date de participanți. Pe lângă ritmul biologic dereglat de existența obligatorie a turelor de noapte, în fond de natura muncii, se adaugă stresul datorat personalului insuficient la locul de muncă în urma blocării posturilor și a creșterii, din acest motiv, a volumului de muncă. Acest aspect îl vom urmări în mod special prin setul de întrebări ce urmează. În plus, se adaugă nemulțumirea față de munca neplătită.

Cum vă afectează turele de noapte?

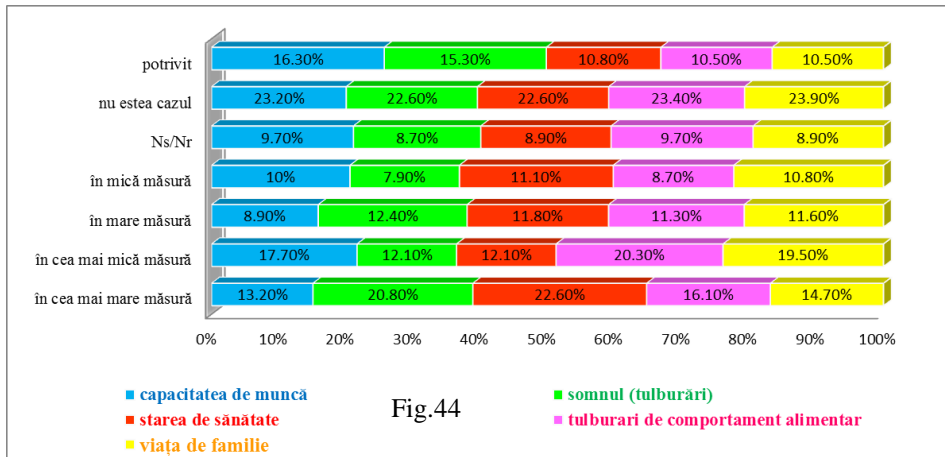


Fig.44

Turele de noapte afectează în cea mai mare măsură starea de sănătate (22,60%) și somnul (20,80%, Fig.44, Fig.45).

Cum vă afectează turele de noapte?

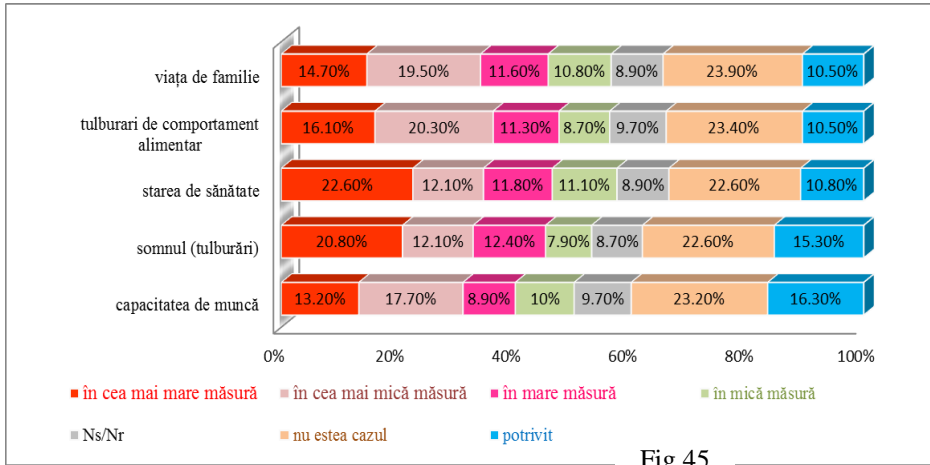


Fig.45

4. Satisfacția față de locul de muncă

Următorii factori provoacă insatisfacție la locul de muncă:

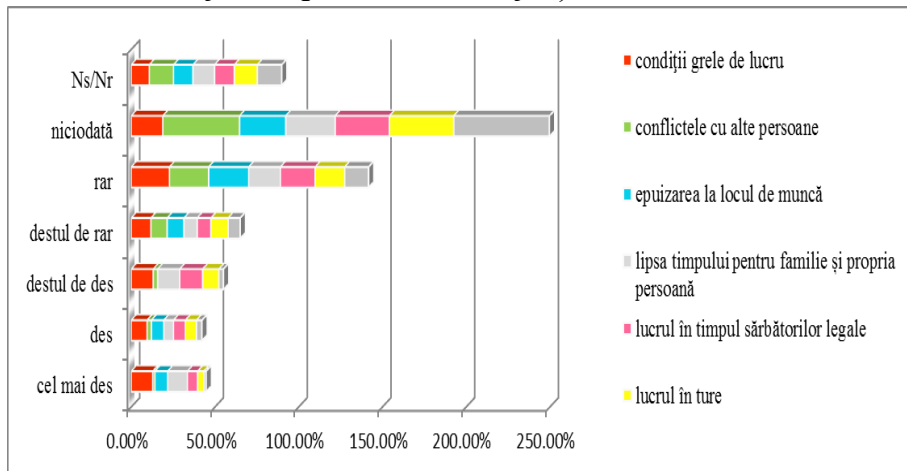


Fig.46

Gradul de satisfacție față de propriul loc de muncă pare a fi destul de ridicat; trebuie însă făcută diferența între satisfacția față de propriul loc de muncă și satisfacția față de propria profesie.

Următorii factori provoacă insatisfacție la locul de muncă:

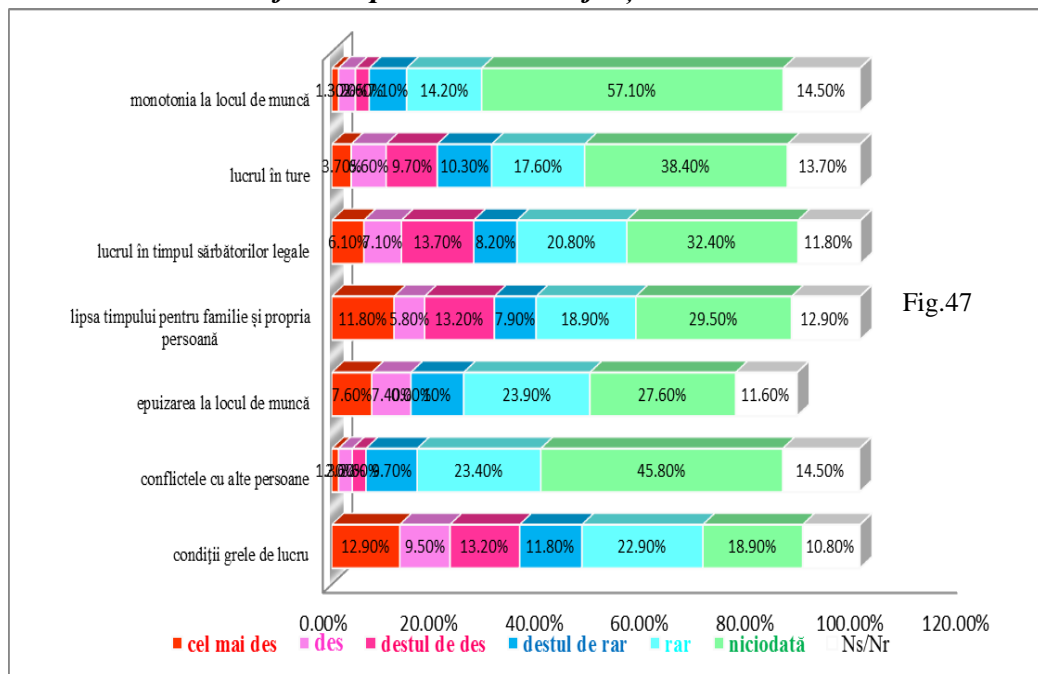


Fig.47

În ceea ce privește cauzele insatisfacției la locul de muncă pe primul loc se situează *condițiile grele de lucru* (35,6% cumulat, Fig.46 și Fig.47), urmate de *lipsa timpului pentru familie și propria persoană* (30,8% cumulat) și *lucrul în timpul sărbătorilor legale* (26,9% cumulat). De remarcat că influența câtorva dintre factori este mai mare, printre subiecți aflându-se și din cei care nu lucrează în ture, în timpul sărbătorilor legale etc. Se remarcă faptul că 57% dintre respondenți nu consideră serviciul *monoton*, fapt care este coerent cu un grad ridicat de satisfacție față de propria profesie.

Ce v-ar determina să schimbați locul de muncă?

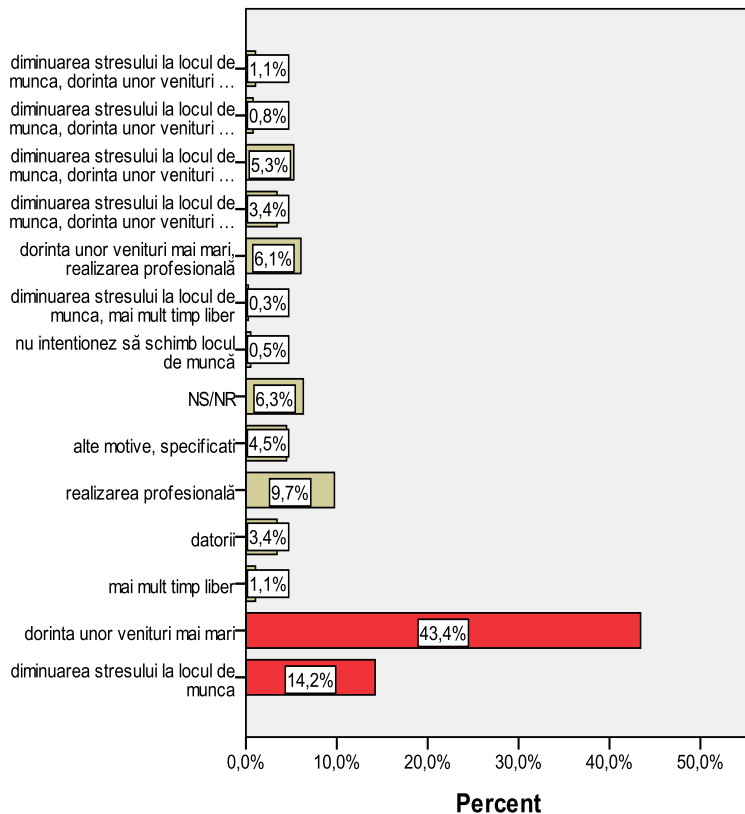


Fig.48

În ceea ce privește motivele care ar putea determina schimbarea locului de muncă 43,4% (Fig.48) dintre respondenți au indicat *dorința unor venituri mai mari*; acesta este principalul motiv, el dând seama și de factorii *pull* care acționează în sensul întreținerii sau chiar intensificării fluxului migrator. Suplimentar, rețineți atenția încă doi factori: *diminuarea stresului la locul de muncă* (cercetarea calitativă a pus în discuție cele mai importante surse de stres) și *dorința de realizare profesională* care aduce în discuție o regândire a traseelor de carieră din cadrul sistemului sanitar.

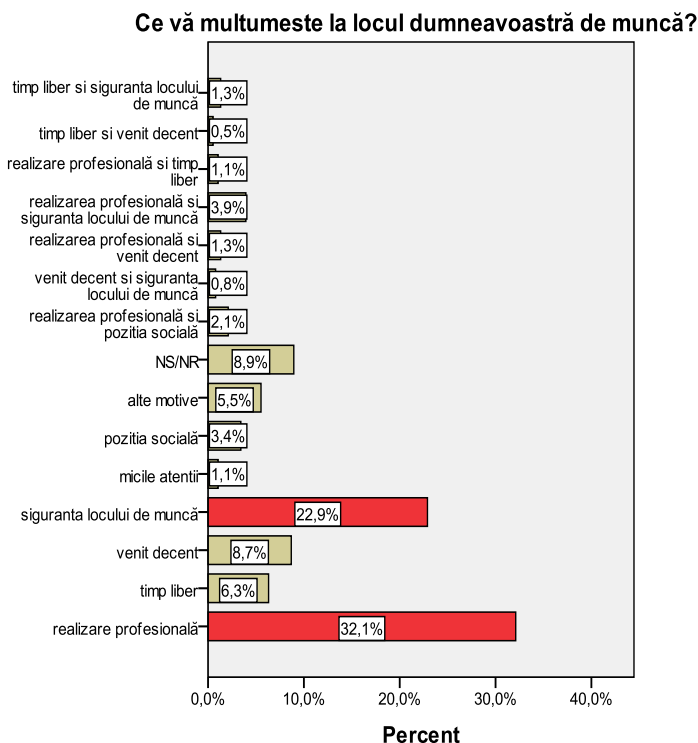


Fig.49

Principalul motiv de satisfacție privind actualul loc de muncă, așa cum evidențiază și figura nr.49, îl constituie *realizarea profesională* (acesta fiind mai curând un motiv de satisfacție față de propria profesie); el trimite la un anumit status social. În același timp, trebuie observată concurența dintre *dorința unor venituri mai mari*, ca factor ce poate determina plecarea salariaților, și *realizarea profesională* ca factor ce influențează rămânerea la actualul loc de muncă. De remarcat faptul că, la crearea echilibrului intervine și *siguranța locului de muncă*, acesta acționând în favoarea menținerii salariaților la actualul loc de muncă. Având în vedere situația de incertitudine privind locul de muncă creată de măsurile de reformă, poate fi pusă în discuție alterarea acestui echilibru, în sensul accentuării importanței factorilor care impulsionează căutarea unui alt loc de muncă. Se remarcă faptul că doar 8,7% (Fig.49) dintre respondenți iau în considerare existența unui venit decent ca sursă de satisfacție, semn că nivelul actual al veniturilor nu cântărește foarte mult în factorii ce mențin salariații la actualele locuri de muncă.

Salariul dumneavoastră este cuprins între:

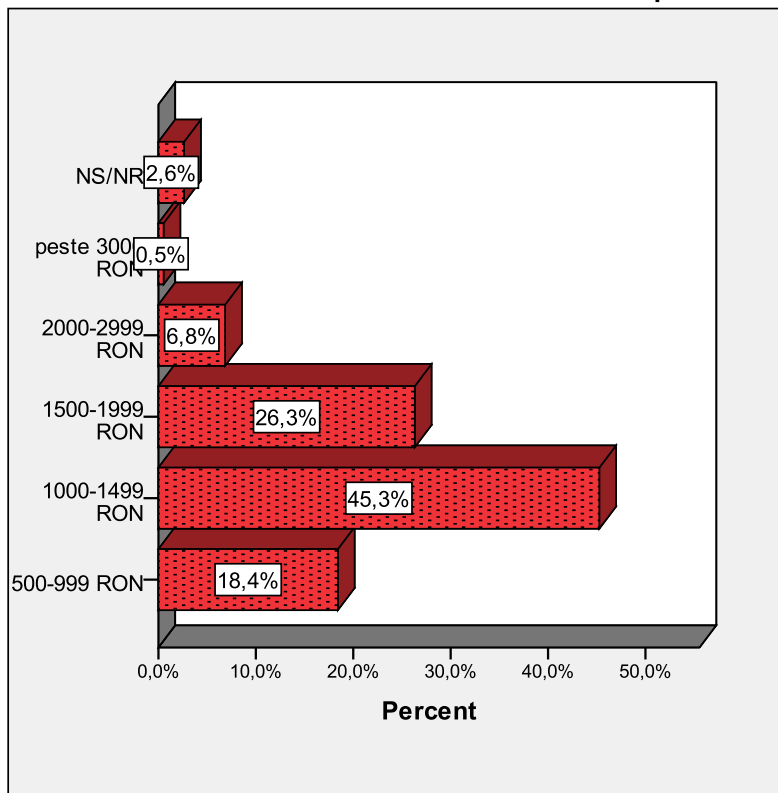


Fig.50

Se remarcă faptul că 63,7% dintre respondenți au veniturile situate sub 1500 RON în condițiile în care lucrează în sistemul „foc continuu”, iar 71,6% au salariile cuprinse între 1000 și 1500 RON.

Ce venit considerati că v-ar fi suficient:

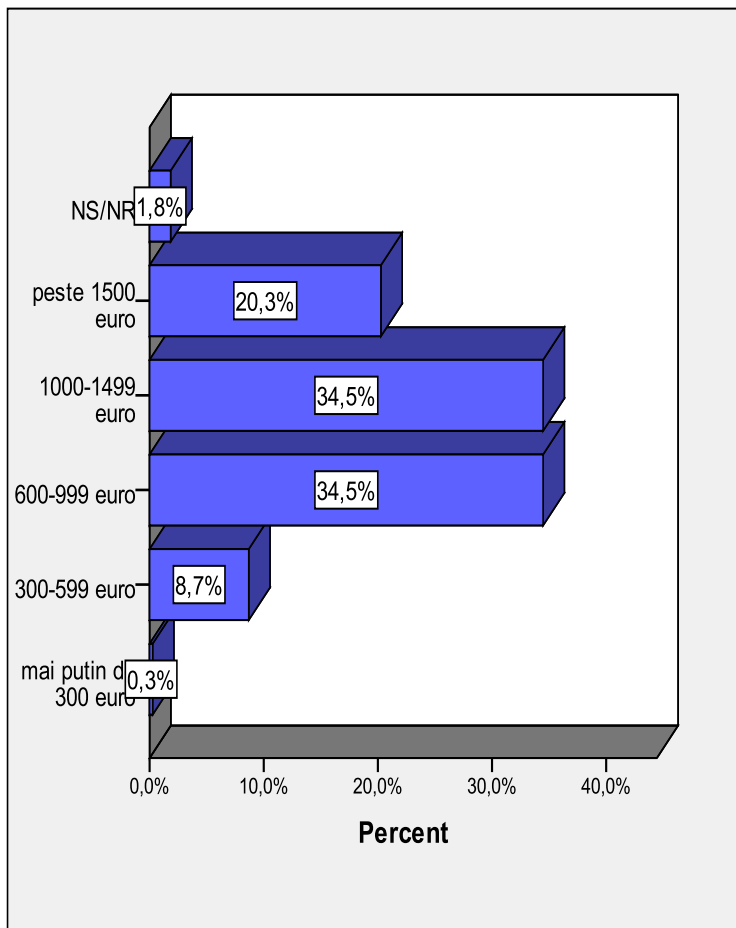


Fig.51

Se poate observa faptul că 89,3% dintre respondenți consideră că salarii de peste 2500 RON ar fi satisfăcătoare raportat la muncă depusă și idealul propriu de bunăstare, 50,8% luând în considerare venituri de peste 4200 RON. Dacă raportăm salariul dorit la cel obținut (așa cum reiese din fig. 50) putem observa principala sursă de insatisfacție a vieții profesionale, în condițiile în care salariile sunt situate la cca. 30% față de nivelul la care aspiră salariații. Totodată, observăm că idealul de salarizare este puternic „contaminat” de veniturilor obținute de colegii plecați la muncă în Occident.

Lucreți peste programul normal de lucru?

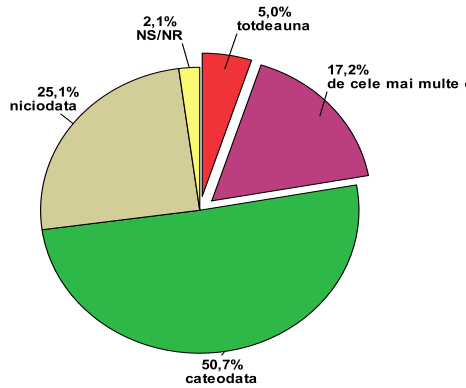


Fig.52

Se poate observa că 22,2% dintre respondenți (Fig.52) lucrează în mod obișnuit *peste programul normal de lucru*. Corelația cu alte întrebări arată că subiecții, în cea mai mare parte a cazurilor, *nu sunt plătiți* pentru munca efectuată peste programul normal de lucru.

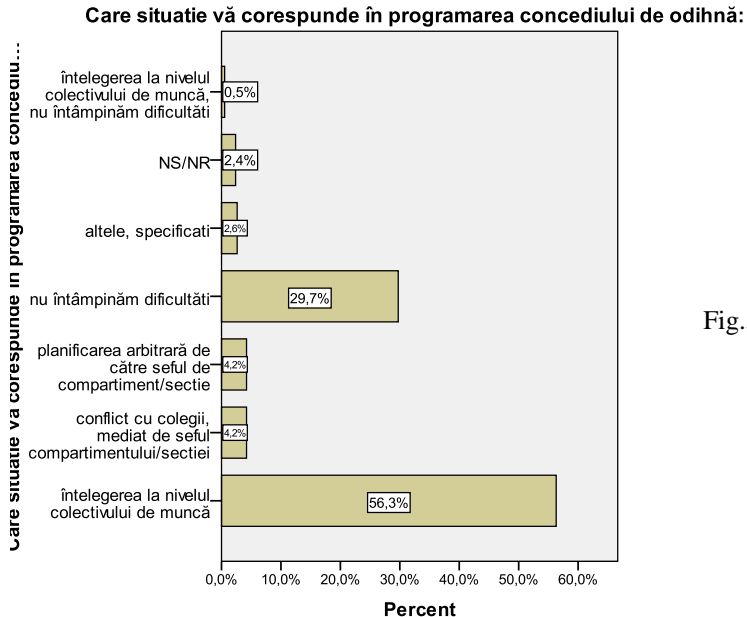


Fig.53

La cercetarea cantitativă nu au fost semnalate dificultăți în ceea ce privește concediul de odihnă, ele fiind indicate într-o măsură redusă la cercetarea focus grup.

În ultimii ani v-ați implicat în următoarele revendicări:

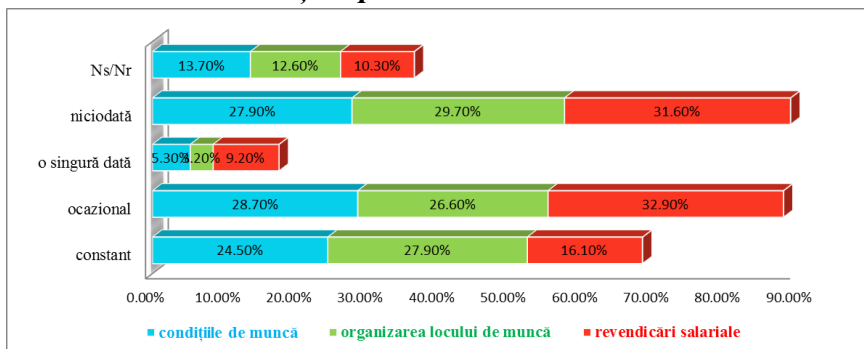


Fig.54

Se poate observa un grad moderat de implicare a salariaților în anumite revendicări, implicarea cea mai mică fiind în *revendicările salariale* și cea mai mare în *organizarea locului de muncă* (Fig.54).

În ultimii ani v-ați implicat în următoarele revendicări:

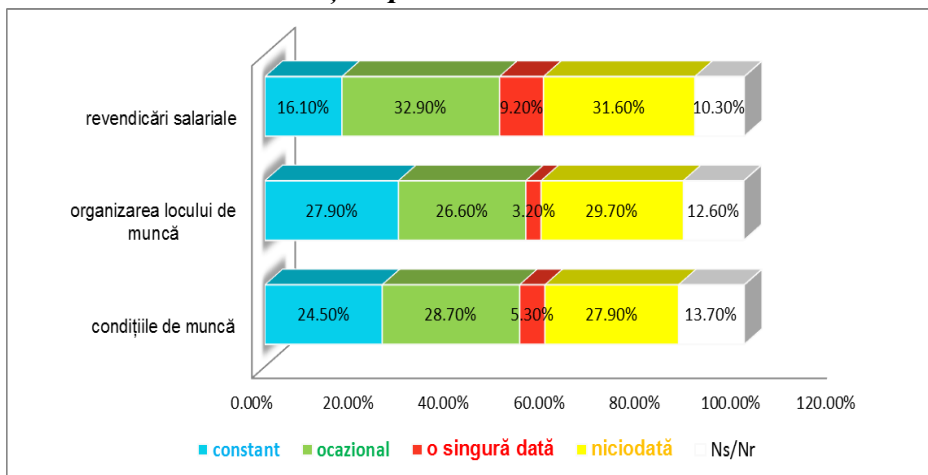


Fig.55

Neimplicarea în activități de revendicare, în ultimii ani, este relativ constantă pentru cca. 30% dintre salariați (Fig.55), aceștia adăugându-se celor care au bifat *nu știu/nu răspund*, conducând la un total de cca. 40% dintre subiecți care *nu s-au implicat* în niciuna din cele trei tipuri de revendicări. Datele indică astfel dorința de *implicare* în revendicări pentru doar 60% dintre respondenți.

Cât de multumit/ă sunteți de veniturile pe care le obțineți în raport cu munca depusă:

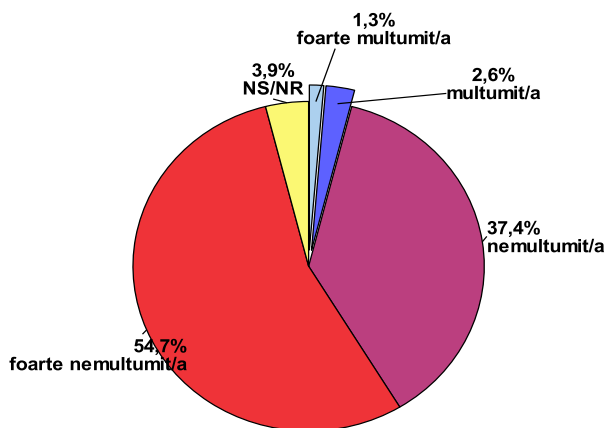


Fig.56

Se poate observa o *nemulțumire* generalizată față de veniturile obținute în raport cu munca depusă, cca. 55% dintre subiecți fiind foarte *nemulțumiți* (conform Fig.56). Așa cum aminteam anterior, veniturile constituie principalul factor de nemulțumire față de propria viață profesională, în condițiile în care salariații resimt faptul că ele dau seama de statusul lor social, care nu este raportat la rolul social pe care îl au.

Obțineți venituri suplimentare dintr-o activitate efectuată în timpul liber, care ține de profesie.

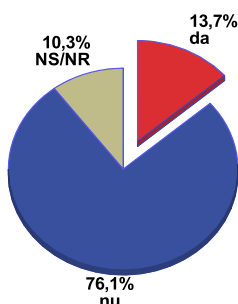


Fig.57

Cca. 14% dintre respondenți *lucrează și în afara locului de muncă* de bază (Fig.57, Fig.58), în general la cabinete medicale particulare. Analiza corelațiilor

arată că cca. 90% dintre persoanele care lucrează în altă parte sunt *nemulțumite* și *foarte nemulțumite* de veniturile pe care le realizează în raport cu munca depusă. De asemenea, se poate observa că persoanele care lucrează și în altă parte au, în marea lor majoritate, veniturile *sub 2000 RON/lună*.

Obtineti venituri suplimentare dintr-o activitate efectuată in timpul liber, în afara profesiei.

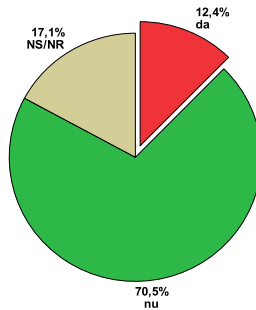


Fig.58

La locul de muncă aveți conflicte cu:

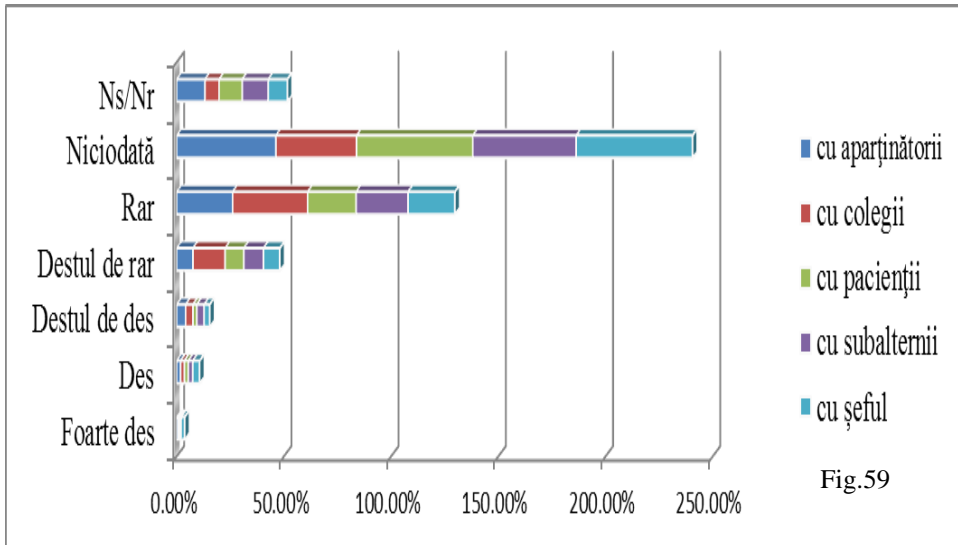


Fig.59

Situațiile evidențiate de cercetarea calitativă, în cadrul căreia respondenții au indicat conflictele care apar mai ales cu pacienții și aparținătorii acestora, în special pornind de la lipsa materialelor și medicamentelor, se regăsesc în acest tip

de analiză, 52% dintre respondenți (cumulat pe toate situațiile conflictuale, conform Fig.59), indicându-le.

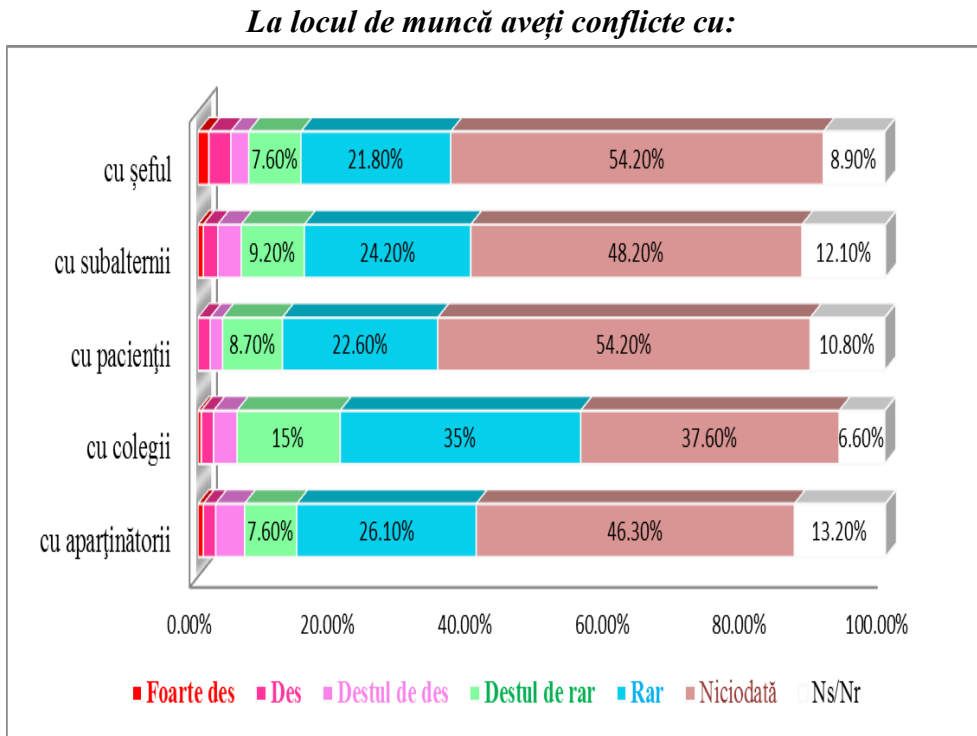


Fig.60

Analiza detaliată a distribuției răspunsurilor indică situații diferențiate în funcție de tipul de conflict. Astfel, conflictele cu colegii, chiar dacă în special rare, sunt cele mai multe (65,8%), fiind urmate de conflictele cu aparținătorii (40,5%), conform Fig.60.

Ce factori v-ar determina să plecați la muncă în străinătate?

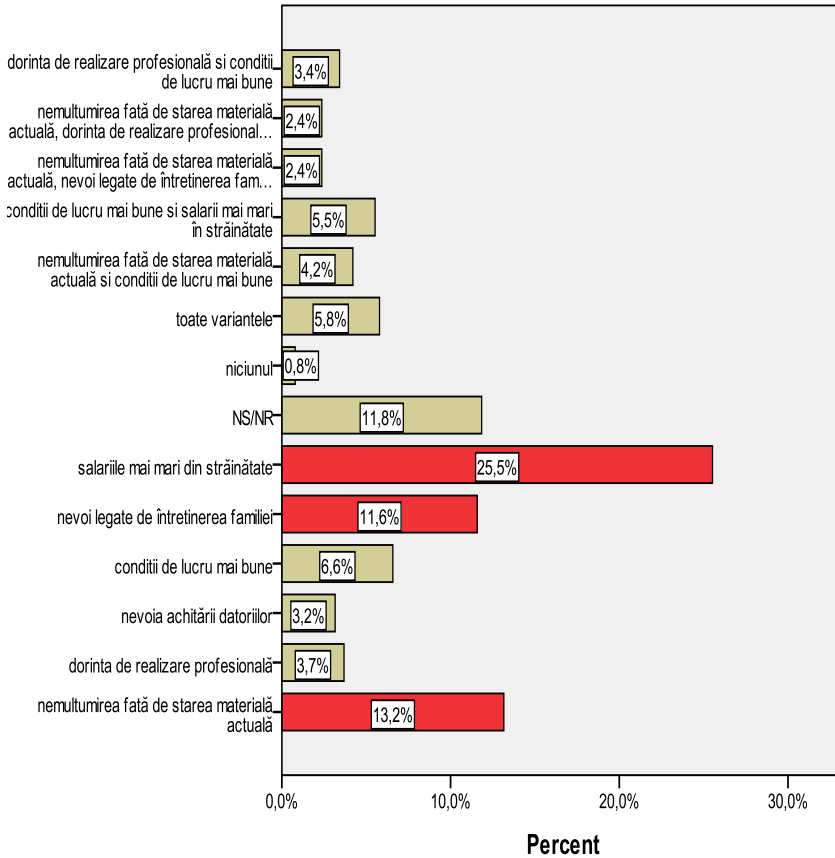


Fig. 61

Din perspectiva tendinței de migrație, din factorii ce pot determina plecarea, se remarcă în primul rând *salariile mai mari din străinătate* (un factor de tip *pull*, deci de atracție a personalului, Fig.61), urmat de *nemulțumirea față de starea materială actuală* și *nevoile de întreținere a familiei* (ambii factori de tip *push* adică cei care „împing” salariații să plece constituind posibile cauze ale unei eventuale plecări). Astfel, din perspectiva opțiunilor cele mai frecvente putem constata un echilibru al acțiunii factorilor de tip *pull* și de tip *push*.

Ce factori vă împiedică să plecați la muncă în străinătate?

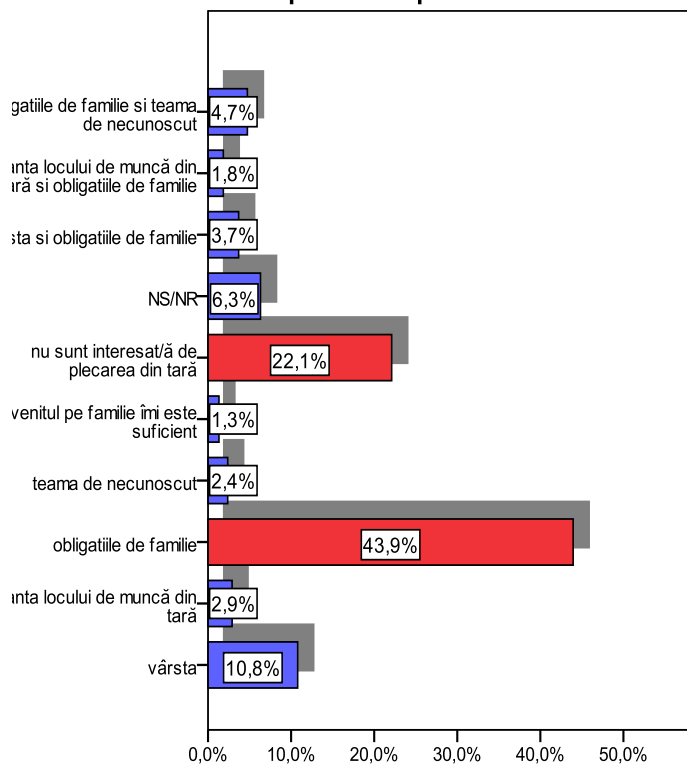
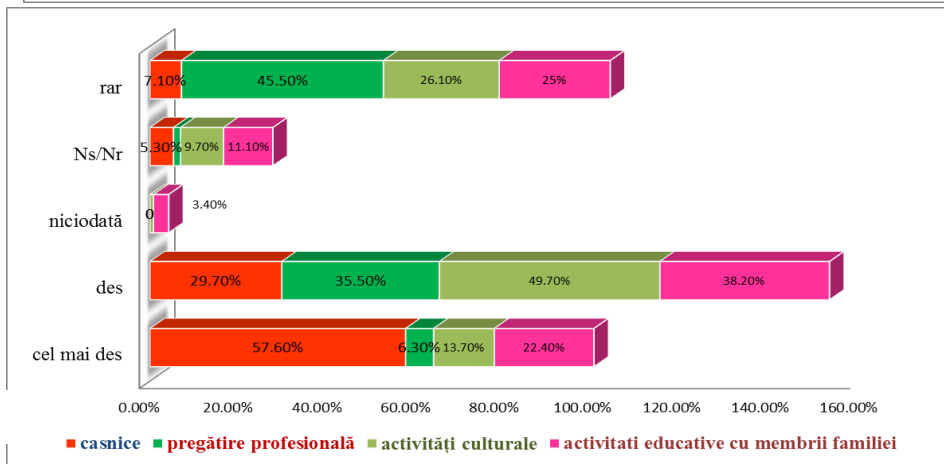
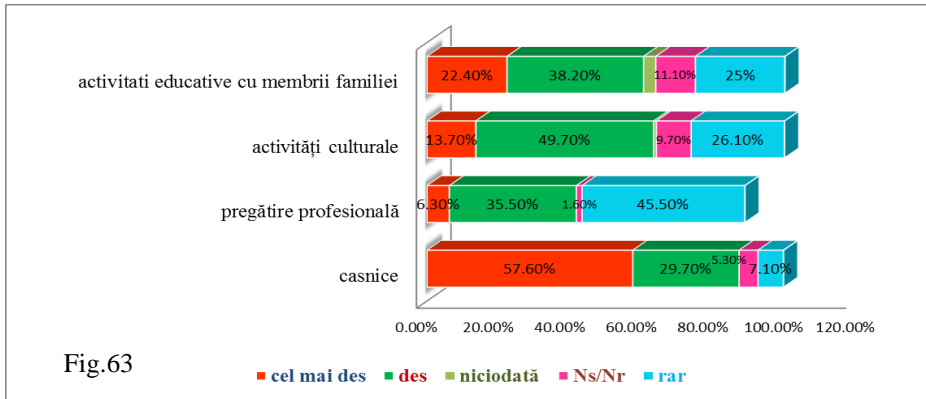


Fig.62 Procent

Analiza corelațiilor arată că în cazul celor 13,1% care s-au arătat hotărâți să plece la muncă în străinătate doar 5,2% au indicat *dorința unor salarii mai mari*, corelat cu întrebarea *Ce v-ar determina să vă schimbați locul de muncă?* și doar 3,3% corelat cu întrebarea *Ce factori v-ar determina să plecați la muncă în străinătate?*. Diferențele procentuale sunt distribuite relativ uniform între celelalte opțiuni, cu excepția *dorinței de realizare profesională*, care înregistrează 1,9% raportat la prima întrebare. Astfel, datele arată că structura deciziei este una complexă, în funcție de condițiile existente și opțiunea personală, unul sau altul din factori putând să depășească în importanță pe cei considerați majoritari.

Obligațiile de familie constituie principalul impediment în calea plecării la muncă în străinătate pentru 44% (Fig.62) dintre respondenți, fiind urmat de *vârsta* (cca. 11%). Doar 22,1% dintre respondenți nu sunt interesați de plecarea din țară; dacă îi adăugăm și pe cei care nu au răspuns sau nu s-au putut decide în privința unui răspuns, putem observa că 73% dintre respondenți au analizat posibilitatea plecării, avantajele și dezavantajele unei decizii în acest sens.

Cum vă petreceți timpul liber?



Analiza corelațiilor arată că vârsta intervine ca factor ce împiedică plecarea, în special peste vârsta de 45 de ani (cumulat, 11,5% dintre respondenți) și *obligățiile de familie* sunt cel mai frecvent invocate de grupa de vârstă 25-45 de ani (cumulat, cca. 44% dintre respondenți). *Obligațiile de familie* sunt invocate de 35% dintre subiecții care sunt în același timp și căsătoriți (totalul celor căsătoriți fiind de 75%), și de 37,1% din subiecții care au cel puțin un copil (dintr-un total de 43,9%), 6,8% referindu-se la *alte obligații de familie* decât cele legate de creșterea copiilor.

CONCLUZII

la cercetarea cantitativă privind satisfacția personalului din sistemul sanitar

Nu au putut fi identificate relații univoce, pozitive sau negative (direct proporționale sau invers proporționale), între doi sau mai mulți factori, ivindu-se ideea unui model plurifactorial, de care trebuie ținut cont în analiza calității vieții profesionale.

A. Calitatea vieții profesionale

1. Principalii factori care influențează *gradul de satisfacție al personalului* (identificați din răspunsurile la întrebarea: *Bifați factorii care provoacă insatisfacții la locul de muncă:*) sunt:

- *veniturile* (43,4% în formă simplă și 60% cumulat). Analiza calitativă relevă faptul că influența acestui factor fiind invers proporțională cu vârsta subiecților. Măsurile luate în contextul crizei economice au constituit o importantă sursă de insatisfacție. De asemenea, comparația cu alte secții și, în special, cu nivelul câștigurilor din alte state, accentuează sentimentul de insatisfacție. Motivația financiară este privită uneori și din perspectiva plăților informale, existând motive de invidie între diferitele categorii profesionale din sistem. Vârful ierarhiei plăților informale îl constituie medicul (profesorul, apoi șeful de secție și la urmă medicul), urmat apoi de asistentă.

- *stresul la locul de muncă* (14,2% simplu și 30% cumulat).

Acestora li se adaugă următorii: (identificați din răspunsurile la întrebarea: *Ce vă mulțumește la locul dvs. de muncă?*)

- *realizarea profesională* (32,1% în formă simplă și 40,5% în formă cumulată), prezentă și sub forma statusului profesional în cadrul abordării calitative. Acesta suportă atât o perspectivă obiectivă, exprimată în aprecierea pe care salariatul o simte din partea societății față de profesia sa, cât și una subiectivă, salariatul proiectând o imagine a unui anumit status pe care și-o întreține pentru propria satisfacție (imagine care este deseori întreținută de grupul apartenențelor la aceeași profesie) sau continuând să trăiască cu imaginea unui status

social anterior, care acum este de fapt pierdut.¹ Statusul profesional ridică însă și probleme, fiind numeroase disputele dintre diferitele categorii profesionale, ele înscriindu-se în general pe următoarele axe: medici versus asistente, asistente versus personal auxiliar, personal medical versus personal TESA. Aceste dispute fac parte însă din întreținerea imaginii propriului status, faptul de a avea subordonați ierarhic contribuind la întreținerea imaginii propriului loc ierarhic.

- *siguranța locului de muncă* (22,9%)

(din răspunsul la întrebarea: *Ce v-ar putea determina să plecați la muncă în străinătate?*)

- *condițiile de lucru* (6,6% simplu și 16,3% combinat).

Trebuie observată posibila coincidență între doi factori, *stresul la locul de muncă* putând fi interpretat din perspectiva *condițiilor de lucru*. Sintetizând, **principalii factori care determină gradul de satisfacție al personalului din sistemul sanitar sunt: nivelul veniturilor, condițiile de lucru, realizarea profesională și siguranța locului de muncă**. Per ansamblu, la momentul cercetării se poate observa că primii doi factori acționează predominant negativ în timp ce ultimii doi acționează pozitiv. Cum ponderea primilor doi este mult mai mare putem considera că gradul de satisfacție al personalului este scăzut.

Cercetarea ne arată faptul că analiza gradului de satisfacție trebuie făcută pe două dimensiuni:

a) ***Gradul de satisfacție față de propria profesie*** - operațional în special în cazul profesiilor care implică un nivel mai mare de pregătire profesională; având în vedere structura eșantionului putem spune că el este relevant pentru asistenții medicali și unele profesii din sfera personalului T.E.S.A. Acesta suportă la rândul său influențe în special dinspre raportul dintre *rolul și statusul social* al profesiei.

b) ***Gradul de satisfacție față de locul de muncă***, ce poate fi analizat pentru toate categoriile profesionale, însă având o pondere diferită în nivelul general de satisfacție, în funcție de influența exercitată de primul factor. Acesta este influențat în special dinspre *condițiile de muncă*.

Ambele dimensiuni suportă influențe din partea factorului *nivelul veniturilor salariale*.

¹ Exemplul absolvenților de liceu sanitar dinainte de 1989 este elocvent, perioadă în care această formă de pregătire era considerată una de elită, vizibilă și prin intermediul numărului mare de candidați la această formă de școlarizare.

Trebuie să menționăm faptul că este depreciat în măsură mai mare gradul de satisfacție față de locul de muncă, comparativ cu gradul de satisfacție față de propria profesie.

Factorii care constituie cauze ale insatisfacției la locul de muncă, în afară de nivelul de salarizare, pe primul loc se situează *condițiile grele de lucru* (35,6% cumulativ) urmate de *lipsa timpului pentru familie și propria persoană* (30,8% cumulativ) și *lucrul în timpul sărbătorilor legale* (26,9% cumulativ). Cu mențiunea că factorii de insatisfacție analizați de noi au generat un model care per ansamblu poate fi considerat ca indicând un grad de satisfacție relativ ridicat, derivat mai curând din gradul de satisfacție față de propria profesie.

2. Calitatea vieții profesionale a salariaților din sistem influențează în mod semnificativ calitatea serviciilor medicale prestate către pacienți. În același timp se remarcă și o influență exercitată de calitatea serviciilor medicale asupra calității vieții profesionale. Deficitul de personal, datorat îndeosebi de plecarea colegilor din sistem, poate sta la baza scăderii calității serviciilor medicale prin sporirea sarcinilor de serviciu.

În situația în care colegii își schimbă locul de muncă, acest fapt conduce (cel mai mult, 37.40%) la sporirea sarcinilor de serviciu, astfel încât calitatea serviciilor medicale poate scădea odată cu apariția acestui factor.

3. Cum nivelul câștigurilor salariale constituie un important factor al gradului de satisfacție al personalului, în multe cazuri chiar cel mai important, iar efectele crizei economice s-au resimțit în primul rând prin diminuarea câștigurilor salariale, există o certă influență negativă a crizei economice asupra calității vieții profesionale, respectiv cu cât efectele crizei sunt mai severe cu atât scade gradul de satisfacție a personalului. Având în vedere confirmarea ipotezei nr. 1 putem spune că influența negativă este potențată atât de lipsa materialelor și medicamentelor necesare tratamentului pacienților, adică de scăderea calității serviciilor medicale acordate pacienților, cât și de diminuarea materialelor necesare protecției salariaților.

4. Finanțarea insuficientă, în contextul crizei, dar și ca deficiență cronică a sistemului sanitar, dublată de gestiunea defectuoasă a fondurilor, conduce la scăderea calității vieții profesionale prin factori precum:

- Insuficiența medicamentelor și materialelor sanitare
- Dotarea deficitară cu aparatură tehnică

- Lipsa/insuficiența materialelor de protecție: Echipamentul individual de protecție este deficitar pentru 65,6% dintre subiecți, în 16,1% cazuri acesta lipsind în totalitate. Cca. 60% dintre respondenți sunt nevoiți să-și cumpere echipamentul

individual de lucru, doar pentru cca. 30% acesta fiind asigurat în exclusivitate de către unitate. Marea majoritate a subiecților, respectiv 81,9% din ei, consideră că își desfășoară activitatea în condiții de lucru periculoase și foarte periculoase. Absența echipamentului de protecție sau existența lui neîndestulătoare, la care se adaugă alte deficiențe ale sistemului, conduc la situația în care 83,7% dintre subiecți consideră că riscul de îmbolnăvire la locul de muncă este ridicat și foarte ridicat. Trebuie menționat însă că în discuție este o evaluare subiectivă, posibil a fi perturbată și de strânsa legătură între estimarea riscurilor și nivelul sporurilor de care beneficiază salariații. Intervenția altor factori este indicată de faptul că 26% dintre subiecți deși apreciază că riscul de îmbolnăvire este foarte crescut consideră în același timp că echipamentul individual de protecție este suficient, destul de probabil subiecții având în vedere riscurile inerente locului de muncă.

- Deficitul de personal: Se confirmă influența sub-finanțării sistemului sanitar asupra deficitului de personal. Principalele cauze sunt cele de ordin financiar, precum „bugetul insuficient al unității” (30,53%), în acest caz fiind vorba de imposibilitatea unităților de a angaja personal, precum și salariile prea mici care conduc la plecarea de bunăvoie a salariaților către locuri de muncă mai bine plătite.

Partea a II-a: Tendința de migrație

Introducere

Problema cercetată are în vedere tendința de migrație a personalului din sistemul sanitar corelată cu identificarea factorilor care determină acest fenomen. Motivul principal pentru care migrația personalului sanitar se impune ca problemă socială este acela că aceasta afectează calitatea serviciilor medicale, îngreunând în același timp accesul în timp util al populației la oferta de îngrijiri.

Studiile efectuate anterior privind migrația asistentelor medicale din România subliniază lipsa reglementării în domeniul sanitar românesc, precum și inegalitatea teritorială corelată cu o penurie a numărului de cadre medicale, determinată atât de o planificare inadecvată a personalului medical, cât și de creșterea fenomenului de migrare a acestora către țări în care profesia și persoana sunt respectate și unde condițiile de trai sunt mai bune².

În prezent, mișcarea migratorie a asistentelor medicale și a medicilor între țările din Europa înregistrează un nivel relativ redus, datorat în mare parte barierele culturale și lingvistice, în ciuda promovării recente a dreptului de liberă circulație pe piața muncii în interiorul Uniunii Europene. Pe lângă acestea, rezultatele cercetării desfășurate au relevat printre altele, că și vârsta și dorința de a rămâne aproape de familie sunt printre factorii care îi determină pe angajații din sistemul sanitar să nu părăsească România.

Examinarea migrației personalului din sistemul sanitar ar trebui să se bazeze în primul rând pe conștientizarea magnitudinii acestei probleme, pe determinarea exactă a numărului de emigranți dar și a caracteristicilor economico-profesionale ale țărilor de destinație, pentru a putea contura apoi factorii care stau la baza deciziei de a părăsi sistemul național de sănătate și de a continua activitatea într-o altă țară. Cercetarea de față încearcă să determine în mare parte, dimensiunea calitativă a tendinței de migrare, mai exact identificarea factorilor legați de condițiile de muncă și a celor legați de calitatea vieții personalului sanitar care duc la creșterea ratei migratorii, concentrându-se în același timp pe încercarea de a contura trăsăturile specifice ale sistemului sanitar românesc, accentul căzând pe

² Cristian Vlădescu, Victor Olsavsky, *Migrația asistentelor medicale: cazul României*, Management în sănătate, 4/2009

neajunsurile acestuia, tocmai din dorința de a putea formula soluții eficiente menite să ducă la creșterea calității serviciilor oferite.

Obiectivul general al cercetării

Identificarea factorilor care determină migrația personalului din sistemul sanitar dar și a celor care îi împiedică pe aceștia să părăsească țara, precum și o estimare a tendinței de migrație, raportată la nivelul interpretării dorinței exprimate de respondenți referitoare la o posibilă emigrare.

Obiective specifice:

1. Stabilirea de corelații între migrația personalului din sectorul sanitar și calitatea vieții profesionale a acestora.
2. Identificarea gradului și a surselor de informare ale personalului din sectorul sanitar în ceea ce privește piața muncii în alte țări.
3. Stabilirea relației de cauză-efect între migrația personalului medical și scăderea calității serviciilor medicale oferite.
4. Identificarea modului în care întoarcerea personalului medical în țară contribuie sau nu la îmbunătățirea calității serviciilor medicale.
5. Realizarea profilului emigrantului din sistemul sanitar.

Ipoteze:

1. Estimarea tendinței de migrație a personalului trebuie să ia în considerare două tipuri de factori: factori care determină migrația și factori care împiedică migrația, decizia de a pleca la muncă în străinătate fiind rezultatul unui raport între cele două tipuri de factori.
2. Factorii care determină tendința de migrație și, în final, plecarea unor salariați la muncă în străinătate se împart în două tipuri: factori care „împing” salariații să caute un loc de muncă mai bun (factori de tip *push*) și factori care atrag personalul în străinătate (factori de tip *pull*), ambii factori conturând, în măsuri diferite, tendința de migrație și intervenind în motivarea deciziei de a pleca.
3. Prezumăm că principalii factori de tip *pull* sunt *nivelul de salarizare, condițiile de lucru, dorința de realizare profesională* și, într-o oarecare măsură, *gradul de civilizație*, iar factorii de tip *push* sunt *salariul actual, condițiile de muncă, perspectivele locului de muncă actual*.
4. Prezumăm că tendința a personalului din sistemul sanitar este influențată în mod semnificativ de calitatea vieții profesionale a personalului.

5. În condițiile blocării angajărilor datorită prevederilor legale în vigoare plecarea unui procent semnificativ de salariați la muncă în străinătate antrenează deficit de personal medical.
6. Prezumăm că există o legătură între decizia de a pleca și tipul de informații pe care salariatul le are despre condițiile de muncă și de salarizare din Occident.
7. Munca în Occident constituie o sursă de schimbare a mentalității și a standardelor profesionale, fiind unul din factorii principali care contribuie la conturarea parametrilor de satisfacție profesională și față de locul de muncă, exercitând o influență semnificativă asupra calității vieții profesionale în sensul creșterii așteptărilor față de profesie și locul de muncă.

Analiza datelor

1. Intenția de migrație

Pentru viitorul apropiat, aveți în vedere să găsiți un alt loc de muncă mai bun tot în cadrul sistemului sanitar?

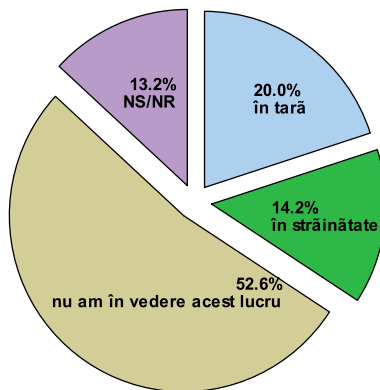


Fig.65

În ceea ce privește perspectivele de viitor pentru schimbarea locului de muncă, tot în sistemul sanitar, 52.6% (Fig.65) au menționat că *nu au de gând* să facă această schimbare. Dintre cei care vor totuși să își schimbe locul de muncă, 20% ar face-o *tot în cadrul sistemului sanitar din țară*, în timp ce 14.2% în *străinătate*, ceea ce este un procent considerabil în ceea ce privește tendința de migrație a personalului participant la studiu.

Pentru viitorul apropiat, aveți în vedere să găsiți un alt loc de muncă mai bun în afara sistemului sanitar?

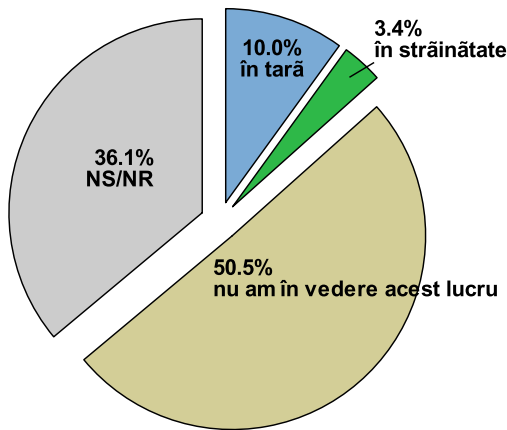


Fig.66

Dacă avem în vedere schimbarea locului de muncă în afara sistemului sanitar (conform Fig.66), majoritatea de 50.5% dintre respondenți *nu doresc acest lucru*, 10% ar face schimbarea de loc *în afara sistemului sanitar tot în țară* și 3.4% ar fi dispuși să schimbe domeniul, dar *în altă țară*, ceea ce reconfirmă disponibilitatea de a pleca în străinătate a angajaților, fie pentru a se angaja în același sistem, fie în sisteme diferite.

Cât de hotărât/ă sunteți să găsiți un loc de muncă similar în afara țării:

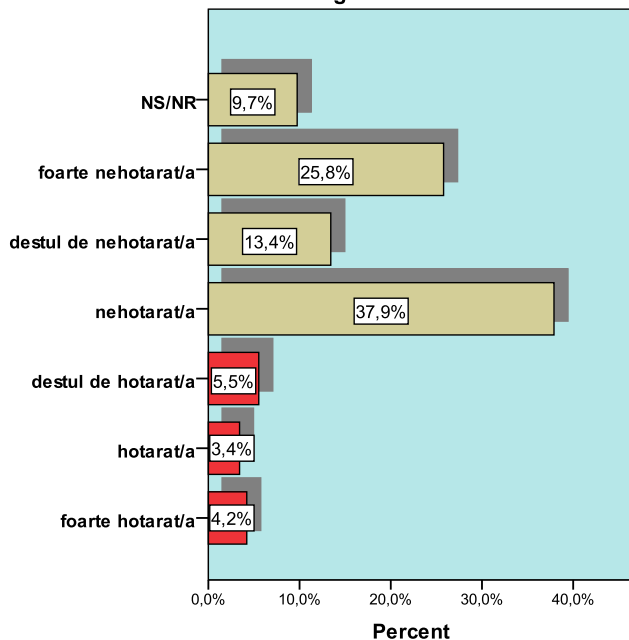


Fig.67

Dacă la întrebarea privitoare la intențiile de viitor privind găsirea unui loc de muncă mai bun tot în sistemul sanitar 14,1% dintre respondenți au indicat faptul că ar dori să caute un loc de muncă mai bun în străinătate, scalarea stării de hotărâre privind intențiile de plecare arată că 13,1% (Fig.67) dintre subiecți sunt *hotărâți*, în diferite grade, să plece la muncă în străinătate. Așa cum am mai subliniat, intențiile de plecare se mențin în jurul procentului de 14% în toate cercetările desfășurate de noi în ultimii ani.

Dacă interpretăm starea de nehotărâre ca o posibilitate de a lua în considerare demersurile pentru a pleca în străinătate observăm că cca. 40% dintre respondenți se situează într-o zonă de *așteptare*, intervenția diferiților factor putând muta balanța deciziei în favoarea plecării. Analiza corelațiilor arată că 6,3% dintre subiecți au indicat *intenția de a pleca* la muncă în străinătate și, în același timp, se consideră încă *nehotărâți*. Situația este de natură a indica faptul că interpretările date de subiecți celor două întrebări sunt diferite calitativ și, în același timp, intențiile lor suportă mai multe tipuri de influențe, cum ar fi posibile modificări în bugetul familiei, posibilitatea de a găsi un loc de muncă mai bun în țară sau încă un loc de muncă etc.

2. Situația colegilor plecați în străinătate

Aveți colegi de secție/compartiment care au plecat în ultimii trei ani:

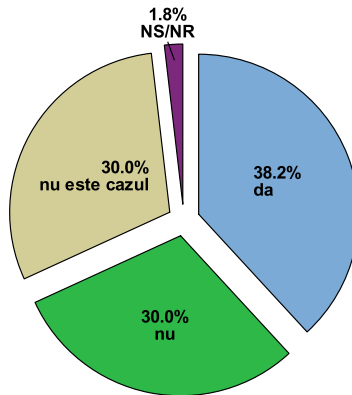


Fig.68

Reținem în primul rând amploarea fenomenului migrației personalului medical în condițiile în care cca. 45% dintre respondenți declară că *au colegi de secție* sau compartiment care au plecat în ultimii 3 ani în străinătate. Răspunsul trebuie interpretat în contextul diversității respondenților, specifică unui eșantion reprezentativ la nivelul celor 6 județe în care s-a desfășurat cercetarea. Din perspectiva repartizării geografice, pe județe, a migrației se disting Brăila (55,78%) și Galați (51,38%), restul județelor înregistrând sub 50% respondenți care indică faptul că au colegi plecați la muncă în străinătate. Analiza corelată cu diferitele tipuri de unități sanitare indică faptul că plecările au loc din toate tipurile de unități sanitare, înregistrându-se procente apropiate, situate în jurul a 50%. Analizând tendința de migrație a colegilor de secție/compartiment celor chestionați care au plecat în ultimii trei ani la muncă în străinătate, procentul cel mai mare de 38.2% a *confirmat* plecarea acestora, în timp ce 30% au menționat că *nu* (Fig.68). Analizând procentajul de 38.2%, poate fi considerat crescut, având în vedere condițiile sistemului sanitar din momentul cercetării, în care posturile erau blocate.

Din câte cunoașteți, colegii dumneavoastră care lucrează în străinătate câștigă:

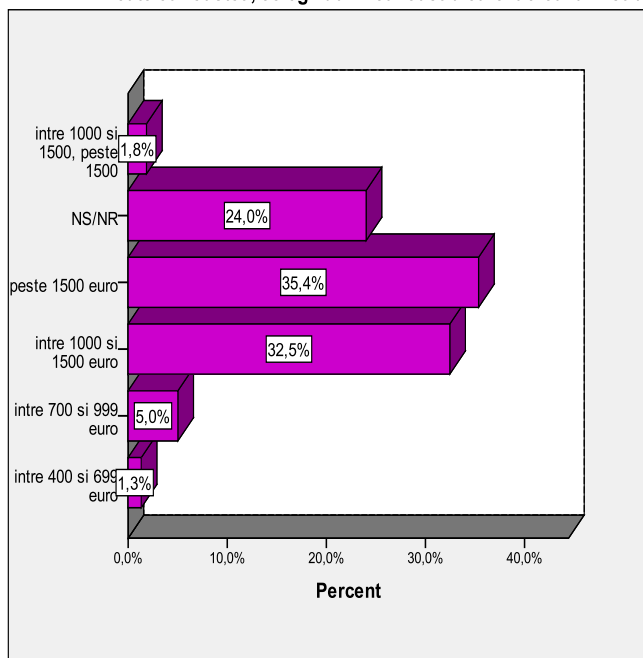


Fig.69

Nivelul câștigurilor constituie un puternic motiv care poate determina salariații să plece la muncă în străinătate, dând contur factorilor de tip *pull*. La această idee ne conduce și faptul că cca. 40% dintre respondenți au indicat venituri *peste 1000 euro* (Fig.69) ale colegilor plecați la muncă în străinătate și consideră că le-ar fi suficient un venit de *peste 1000 euro*, fapt care sugerează că o bună parte din așteptările salariale se conturează pornind de la posibilitățile oferite de lucru în alte state. În același timp, analiza corelațiilor arată că 14,2% dintre respondenți și-au exprimat *intenția de a pleca la muncă în străinătate* în următoarea perioadă, 11,8% indicând în același timp salarii ale colegilor *peste 1000 de euro*, 10% dintre subiecți, indicând în mod simultan și faptul că nivelul câștigurilor pe care și le-ar dori este situat peste 1000 euro. Se conturează astfel ideea că factorul *pull* începe să-și exercite din plin acțiunea pe zona salariilor de la pragul de 1000 euro în sus.

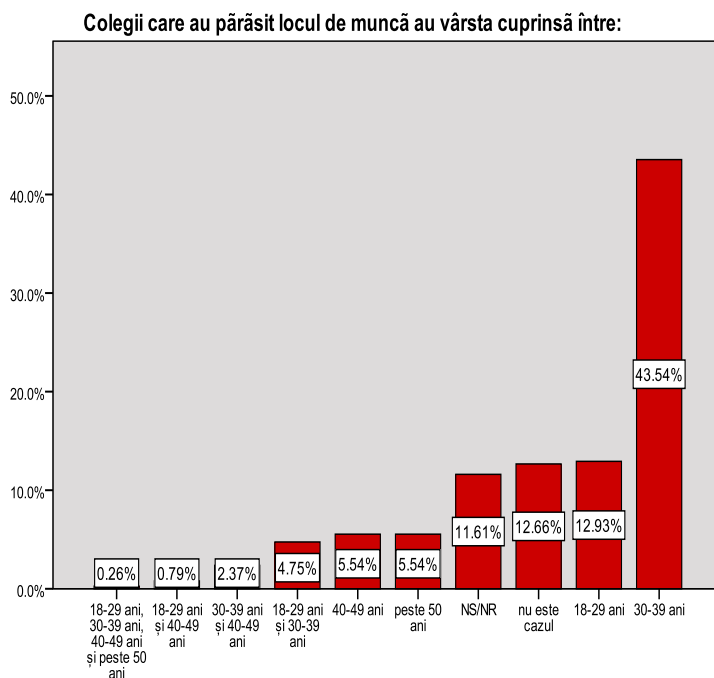


Fig.70

Ca și medie de vârstă a celor care au părăsit locul de muncă, 43.54% (Fig.70) consideră că aceștia se încadrează între *30-39 ani* și 12.93% între *18-29 ani*, ceea ce arată grupe de vârstă scăzute și faptul că cei tineri de regulă își schimbă locul de muncă mai ușor, față de procentajul de 5.54% care au menționat colegii cu vârste de *peste 50 ani* sau același procentaj cu vârste de *40-49 ani*.

Prin revenirea din străinătate a personalului sanitar care a lucrat în sistem:

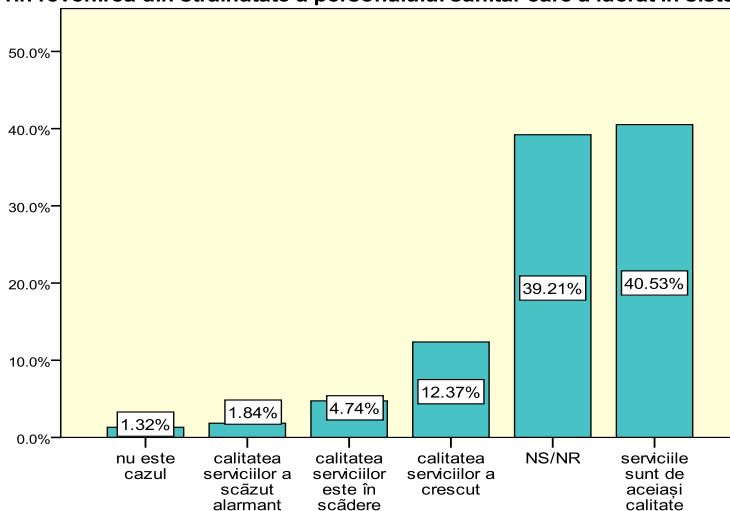


Fig.71

Analizând calitatea serviciilor prin prisma întoarcerii în sistem a celor plecați în străinătate pentru a munci, 40.53% (Fig.71) consideră că acest fapt conduce la *păstrarea calității serviciilor*, în timp ce un procentaj mai scăzut, de 12.37% consideră că acest aspect calitativ *a crescut*. De partea cealaltă, există și procente de 4.74% care consideră că prin întoarcerea în sistem a celor care au muncit în străinătate calitatea serviciilor este *în scădere* și 1.84% *în scădere alarmantă*, ceea ce relevă, fie incapacitatea celor întorși în sistemul românesc de a pune în practică ceea ce au exersat în străinătate, fie imposibilitatea colegilor de a sesiza acest fapt.

Ati ocupat un loc de muncă în sistemul sanitar din străinătate?

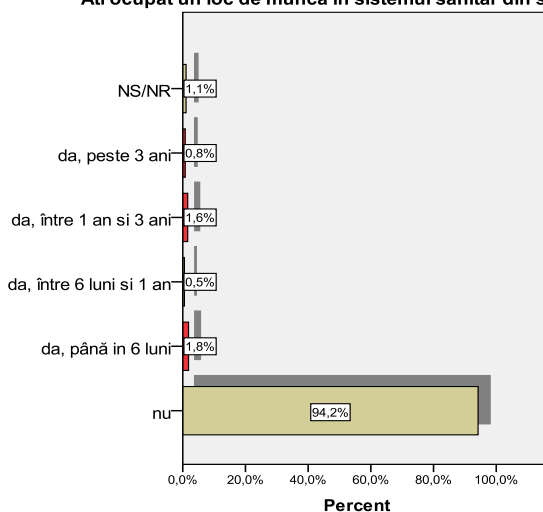


Fig.72

Procentul subiecților care declară că *au lucrat în străinătate*, pentru diverse perioade, este de 4,7% (Fig.72); în principiu, acesta ar putea oferi câteva informații privind tendința de întoarcere. Cu observația însă că el se situează sub marja de eroare a cercetării cantitative. Ponderea respondenților care au lucrat în străinătate *între unul și trei ani* este mai mare decât în cazul altor perioade de plecare, ea putând în principiu fi legată de posibilitatea salariiților de a lua concediu fără plată pentru a pleca pentru o perioadă la muncă în străinătate.

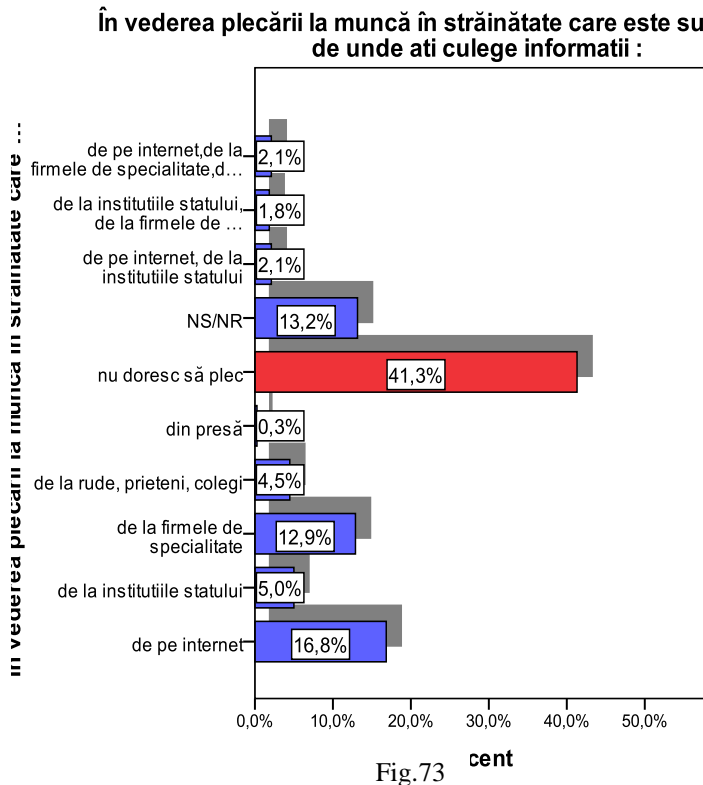
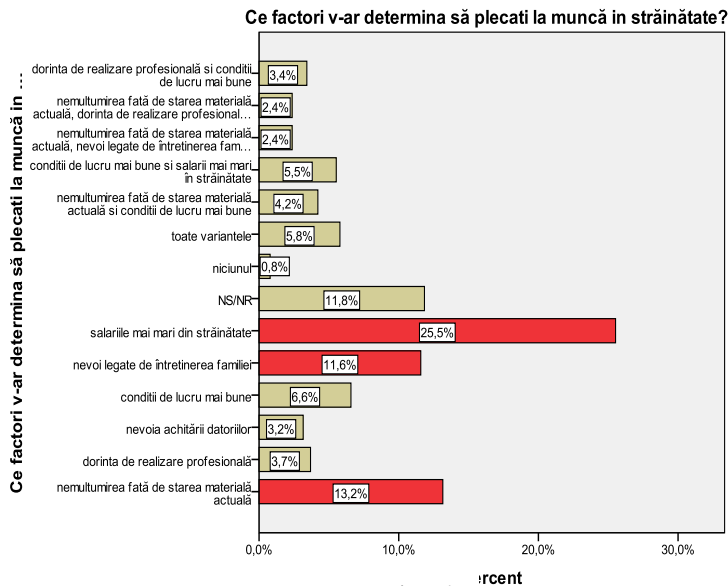


Fig.73

Rețin atenția în primul rând cei 41,3% dintre subiecți care au răspuns în mod clar că nu doresc să plece; dacă adăugăm și pe cei care nu au răspuns la această întrebare ajungem la procentul de 45% dintre respondenți care iau în considerare posibilitatea plecării la muncă în străinătate, gândindu-se chiar la canalele potrivite (Fig.73) pentru a se informa în acest sens³.

³ Din perspectiva coerenței răspunsurilor 1,3% din cei care au afirmat o formă de hotărâre pentru a pleca și 0,5% dintre cei care și-au exprimat intenția de a căuta un loc de muncă în străinătate indică în același timp că nu doresc să plece. Aceste procente se încadrează în marja de eroare a cercetării cantitative.

3. Motivația fenomenului de migrație



Din perspectiva tendinței de migrație, din factorii ce pot determina plecarea se remarcă în primul rând *salariile mai mari din străinătate* (un factor de tip *pull*, deci de atracție a personalului) urmat de *nemulțumirea față de starea materială actuală* și *nevoile de întreținere a familiei* (Fig.74; ambii factori de tip *push* adică cei care „împing” salariații să plece constituind posibile cauze ale unei eventuale plecări). Astfel, din perspectiva opțiunilor cele mai frecvente putem constata un echilibru al acțiunii factorilor de tip *pull* și de tip *push*.

Analiza corelațiilor arată că la în cazul celor 13,1% care s-au arătat hotărâți să plece la muncă în străinătate doar 5,2% au indicat *dorința unor salarii mai mari* corelat cu întrebarea *Ce v-ar determina să vă schimbați locul de muncă?*) și doar 3,3% corelat cu întrebarea *Ce factori v-ar determina să plecați la muncă în străinătate?*. Diferențele procentuale se distribuie relativ uniform între celelalte opțiuni cu excepția *dorinței de realizare profesională* care înregistrează 1,9% raportat la prima întrebare. Astfel, datele arată că structura deciziei este una complexă, în funcție de condițiile existente și opțiunea personală unul sau altul din factori putând să depășească în importanță pe cei considerați majoritari.

Ce factori vă împiedică să plecați la muncă în străinătate?

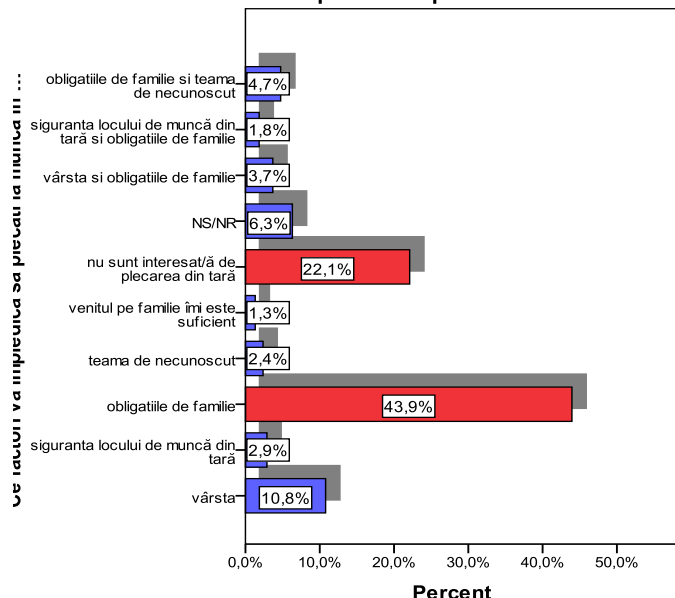


Fig.75

Obligațiile de familie constituie principalul impediment în calea plecării la muncă în străinătate pentru 44% dintre respondenți, fiind urmat de *vârsta* (cca. 11%, Fig.75). Doar 22,1% dintre respondenți *nu sunt interesați* de plecarea din țară; dacă îi adăugăm și pe cei care nu au răspuns sau nu s-au putut decide în privința unui răspuns putem observa că 73% dintre respondenți *au analizat* posibilitatea plecării, avantajele și dezavantajele unei decizii în acest sens.

Analiza corelațiilor arată că vârsta intervine ca factor ce împiedică plecare în special peste vârsta de 45 de ani (cumulat, 11,5% dintre respondenți) și obligațiile de familie sunt cel mai frecvent invocate de grupa de vârstă 25-45 de ani (cumulat, cca. 44% dintre respondenți). Obligațiile de familie sunt invocate de 35% dintre subiecții care sunt în același timp și căsătoriți (totalul celor căsătoriți fiind de 75%), și de 37,1% din subiecții care au cel puțin un copil (dintr-un total de 43,9%), 6,8% referindu-se la alte obligații de familie decât cele legate de creșterea copiilor. Raportul *lipsă personal – dorința de a pleca*: 8,9% dintre respondenți indică în mod simultan lipsă de personal sau personal insuficient (totalul este de 56,6%) la locul de muncă și dorința de a pleca (totalul celor care doresc să plece fiind de 14,1%). Raportul *condiții de lucru - dorința de a pleca*: 13,1% dintre respondenți indică în mod simultan condiții de lucru foarte periculoase sau periculoase și dorința de a pleca.

CONCLUZII

la cercetarea cantitativă privind migrația

Luând în considerare faptul că nivelul de salarizare și condițiile existente la locul de muncă constituie factori esențiali care determină calitatea vieții profesionale și, totodată, intervin în determinarea migrației se remarcă influența exercitată de calitatea vieții profesionale asupra tendinței de migrație. Astfel, calitatea vieții profesionale scăzute contribuie în mod semnificativ la creșterea tendinței de migrație a personalului din sistemul sanitar.

Din perspectiva tendinței de migrație, remarcăm, ca factori de tip *pull*, salariile mai mari din străinătate (atracția financiară începe pe zona obținerii de salarii de la 1000 euro în sus), urmate de nemulțumirea față de starea materială actuală și nevoile de întreținere a familiei (ambii factori de tip *push* adică cei care „împing” salariații să plece constituind posibile cauze ale unei eventuale plecări). Din perspectiva opțiunilor cele mai frecvente putem constata un echilibru al acțiunii factorilor de tip *pull* și de tip *push*.

Calitatea vieții profesionale scăzute contribuie în mod semnificativ la creșterea tendinței de migrație a personalului din sistemul sanitar. Acest fapt este evidențiat de relația inegală de tip cost-beneficiu existentă între condițiile precare de muncă existente și nivelul insuficient de salarizare.

Lipsa reglementărilor eficiente în domeniul sanitar, concretizată în majoritatea cazurilor prin blocarea angajărilor pe posturile vacante, ca urmare a migrației, antrenează situații de deficit de personal medical.

Decizia de a emigra este puternic influențată de informațiile legate de salarizare și de condițiile de muncă din Occident, pe care angajatul din sistemul sanitar le obține de la colegii care au părăsit țara.

Pe lângă beneficiile salariale, munca în străinătate îi atrage pe angajații din sistemul sanitar românesc, din prisma diferenței standardelor profesionale precum și a mentalităților. Acești factori de tip *pull* acționează în conturarea parametrilor de satisfacție profesională și față de locul de muncă.

B. CERCETAREA CALITATIVĂ

Partea I

Calitatea vieții profesionale

Introducere

Calitatea vieții este un concept sociologic care poate fi definit prin gradul de satisfacție și de împlinire pe care un individ îl resimte pe parcursul vieții sale personale. *Calitatea vieții profesionale* constituie unul dintre aspectele concrete ale formei de împlinire umană, iar dacă luăm în considerare relația dintre timpul de muncă și timpul liber în destinul fiecărui individ – cel puțin în cazul societății contemporane – ne apare ca fiind indiscutabil faptul că durata timpului de muncă este cea care acaparează într-o măsură considerabilă timpul nostru de viață. Iată de ce un studiu cu privire la calitatea vieții profesionale – fără a fi exhaustiv – este extrem de relevant pentru descrierea calității vieții umane, în cazul nostru al calității vieții cadrelor medicale.

Activitatea – munca – prestată de salariații din sistemul sanitar este plină de varietate și de provocări. Ea necesită, datorită înaltei responsabilități față de viața umană, a pacienților, o pregătire teoretică temeinică și o deprindere la fel de competentă a punerii în practică a cunoștințelor dobândite. De aceea, statutul social și profesional al cadrului medical se situează pe o treaptă superioară și, în foarte multe privințe, se detașează în raport cu alte categorii profesionale ce au absolvit o treaptă de școlarizare echivalentă.

Sensul și conținutul muncii în sistemul sanitar oferă o posibilitate remarcabilă de realizare personală. Mihaly Csikszentmihalyi descoperă câteva elemente de bază ale satisfacției care rezultă în urma desfășurării unei activități: prezența unei sarcini de îndeplinit, realizabilă, incitantă și care presupune o aptitudine specială; concentrarea pe activitatea desfășurată; sarcina are scopuri clare și reacția de răspuns apare imediat; persoana acționează cu o implicare profundă, ceea ce conduce la eliminarea din conștiință a grijilor și frustrărilor cotidiene; manifestarea sentimentului de control asupra propriilor acțiuni; preocuparea pentru propria persoană dispare, dar sentimentul de sine reapare mai puternic după efectuarea activi-

tății. Dacă ne raportăm la activitatea desfășurată în sistemul sanitar, atunci pentru o apreciere calitativă a vieții profesionale în acest sector trebuie să identificăm prezența acestor elemente susceptibile să confere un înalt sens vieții angajaților din domeniu.

Cercetarea de față nu are pretenția de a da un răspuns atât de înalt în ordinea evaluării sensului vieții umane, însă poate prefigura starea de satisfacție profesională în care se află lucrătorii din sistemul sanitar din Regiunea Sud-Est.

Ceea ce vom urmări în mod concret vor fi elementele care contribuie la sentimentul de mulțumire/nemulțumire la locul de muncă. Aceste elemente sunt: facilitățile de care se bucură angajații, condițiile de muncă, conținutul muncii, relațiile de muncă și cadrul organizatoric al muncii.

Intrarea în sistem, modalitățile de calificare și de promovare la locul de muncă, programul de lucru, posibilitățile de câștig, constituie dimensiunile de bază ale locului de muncă în actualul context socio-economic. Dezbaterile legate de aceste teme au avut în vedere și au scos la suprafață dinamica fenomenelor care au intrat în discuție. Subiecții cercetării au avut ca termeni de comparație situația existentă în trecut, felul în care a evoluat aceasta, modalitatea în care își desfășoară activitatea colegii plecați la muncă în Occident și propriile idealuri profesionale, exprimând o atitudine de mulțumire sau nemulțumire în privința elementelor centrale ale activității lor profesionale.

Intrarea în sistemul sanitar

Indiferent de perioadă, intrarea normală în sistemul sanitar este facilitată de pregătirea școlară a personalului. În perioada comunistă și câțiva ani după aceea, forma de intrare în sistem a constituit-o repartitia pe post în funcție de media anilor de studii. Personalul care a intrat în sistem prin această formă s-a arătat mulțumit de modalitatea de acces, indicând faptul că ea era stimulativă pentru pregătirea școlară a celor ce au ales această carieră profesională. Faptul că se știa dinainte că în funcție de pregătirea școlară prezentă sunt determinate șansele de acces la un post în sistemul sanitar sau la o formă de învățământ universitar îi motiva pe elevii liceelor sanitare în pregătirea lor teoretică și profesională.⁴ Trebuie să înțelegem, totuși, această mulțumire în contextul în care societatea funcționa pe

⁴ Nu trebuie însă să idealizăm perioada comunistă deoarece și atunci sistemul era viciat de trasee informale de angajare. Diferențele ar fi, poate, unele cantitative, deoarece numărul celor care aveau acces la diferitele forme de trafic de influență estimăm că era mai mic.

baza unei planificări centralizate, o societate care școlariza previzibil un număr de cadre medicale, în general insuficient pentru a acoperi nevoile de servicii medicale raportat la normativele de personal din Occident. S-a încercat compensarea deficitului după 1989 prin multiplicarea rapidă a modalităților de formare⁵ și creșterea numărului de elevi/studenti formați, însă, după cum vom vedea în continuare, deficitele au continuat să persiste datorită altor cauze. Mulțumirea față de forma repartiției a fost exprimată și de cei care au intrat în sistem după 1989, fapt ce se explică prin menținerea sistemului repartiției până la sfârșitul ultimului deceniu al sec. XX: N.D., f., Galați: *Pe vremuri, când terminai liceul sanitar, exista această posibilitate de a li se oferi celor care îl terminau un loc de muncă.* C.L., f., Galați: *În funcție de notele obținute, aveai posibilitatea să îți alegi un post. Ți alegeai în funcție de media pe care o aveai.* N.D., f., Galați: *Până în 1994 s-a întâmplat asta deoarece exista liceul sanitar, dar din 1995 fiecare își caută și pe unde găsește, printr-o cunoștință.*

Categoria de participanți la dezbaterile focus grup care a trecut prin experiența repartiției pe post și, în același timp, a cunoscut cealaltă formă de intrare în sistem – concursul – a indicat frecvent faptul că diferența dintre cele două forme poate fi caracterizată, simplu, prin cuvintele *ușor/greu*. Astfel, această apreciere exprimă modul în care facilitatea de integrare în sistemul sanitar a suferit o degradare: M.L., f., Brăila: *Am primit repartiție la terminarea liceului sanitar. Sunt promoție a liceului sanitar și nu am avut nici o problemă.* B.M.A., f., Brăila: *Același lucru și eu, tot prin repartiție.* R.M.M., f., Brăila: *Erau alte vremuri, acum e mult mai greu.* Există, cum era de așteptat, excepții și înainte de această perioadă, inclusiv pe timpul comunismului: C.E., f., Brăila: *Am intrat prin relații. Am fost chemată de șefa de partid, care era șefa colegei mele.*

Treptat, regulile se schimbă, trecându-se la varianta *concurs*⁶ (sau *examen* în cazurile în care este un singur concurent pe loc) însoțită de alte metode informale. În funcție de vârsta participanților, aprecierea față de intrarea în sistem prin concurs devine circumspectă și tot mai neîncrezătoare: I.M., f., Constanța: *Se știe că în sistemul sanitar cineva recomandă pe altcineva. Deci, venind din afară printr-un concurs cinstit, foarte rar se întâmplă să ocupi un loc; doar să fie foarte multe locuri și să fie candidați puțini. Eu vorbesc de anul 2000, când am terminat eu.* De remarcat este faptul că începând din această perioadă (anul 2000), se instituie și obișnuința ca viitorii angajați să fie recrutați dintre cei care au avut mai

⁵ Spre exemplu, înființarea școlilor postliceale pentru asistenții medicali.

⁶ Concursurile, deși sunt în principiu modalități echitabile de angajare, nu sunt lipsite de contestații informale, imaginea pe care acestea o au în rândurile angajaților nefiind tocmai cea de corectitudine.

întâi o perioadă de voluntariat, fie din proprie inițiativă, fie la solicitarea informală a angajatorului (exprimată uneori doar la nivel de șef secție/asistent șef). Excluzând problemele legate de posibilitatea substituirii raportului de muncă de către cel de voluntariat (problemă pertinentă de altfel), voluntariatul prezintă pentru angajatori atât avantajul unei forțe de muncă neremunerată pentru o perioadă scurtă de timp (de observat faptul că voluntariatul face parte dintr-o strategie de adaptare a unităților sanitare la condițiile create de blocarea angajărilor), cât și pe cel al pregătirii forței de muncă înainte de a fi angajată, suplinind unele deficiențe ale activității practice din timpul școlarizării: B.V., f., Galați: *La noi sunt câteva care fac voluntariat de vreo doi-trei ani, dar știu că suntem noi din generația veche, cu școală postliceală și așteaptă să iasă X la pensie pentru a intra în locul ei, dar eu nu generalizez și nu contest că sunt și fete foarte bine pregătite. Eu lucrez aici de 30 de ani și toate fetele care erau bune au plecat. Sunt fete cu trei-patru ani de postliceală, dar nu știu nici măcar limba română.* Au fost semnalate și cazuri extreme, ce merg până la doi ani de voluntariat: S.C., f., Galați: *Iar acum, după 2000, am făcut doi ani de voluntariat.* Putem astfel spune că voluntariatul constituie și o formă de pregătire informală care, *de lege ferenda*, ar putea beneficia de recunoașterea organismelor profesionale.

Liberalizarea societății românești a condus și la liberalizarea educației, pe lângă școlile de stat apărând foarte multe forme particulare de pregătire sanitară. Sistemele de pregătire inițială pentru asistenții medicali s-au diversificat, apărând mai multe nivele de pregătire cu diferențe semnificative între ele. Spre exemplu, între absolventul de postliceală, dar fără bacalaureat și absolventul de facultate, diferența în principiu este foarte mare. În aceste condiții după 1995 s-a instalat treptat un dezechilibru între numărul absolvenților și posibilitatea de absorbție a pieței forței de muncă.⁷ Acest fapt, combinat cu o politică de limitare a intrărilor în sistemul public, a condus la greutatea găsirii unui loc de muncă, la suspiciuni privind desfășurarea concursurilor, la forme preliminare de angajare, precum voluntariatul. Participanții au atras atenția asupra importanței relațiilor în câștigarea concursului, asupra corupției care apare în legătură cu ocuparea unui loc de muncă: Ș.M., f., Constanța: *Eu am mai dat un concurs la primire urgențe și locurile fiind aranjate, nu am intrat. Mi s-a spus că am avut nota cea mai mare la teorie, iar la practică a fost o discuție liberă și nu știu pe ce criterii s-a notat, pentru că în momentul în care s-au afișat rezultatele, aveam 7 la teorie și 5 la practică și eram sub limită.*

⁷ De observat că la început acest dezechilibru era unul practic, după 2003-2004 el devenind mai curând unul teoretic în condițiile în care Occidentul reușește să absoarbă un număr impresionant de salariați specializați pe zona medicală.

Mai târziu am constatat că la scris erau note și de 9, 10, chiar dacă mie mi s-a spus că am nota cea mai mare și mi-am dat seama că treaba fusese aranjată înaintea examenului, cine o să intre și cine nu.

Așadar, observăm faptul că modalitatea de intrare în sistem prin repartiție era simplă, lipsită de stres, chiar dacă existau și atunci recomandări de la partid sau bariere impuse de domiciliul înscris pe buletin. Modalitatea actuală – concursul – este umbrită de nenumărate suspiciuni, este stresantă, câțiva participanți – foarte puțini – mărturisind că au îndrăznit să conteste rezultatele concursului.

Tot după anul 2000, datorită limitărilor legale pentru intrarea în sistem, s-a dezvoltat și mecanismul angajărilor repetate pe AS (angajat sezonier), în locul persoanelor care aveau contractul de muncă suspendat; după mai multe astfel de angajări, salariatul reușește să intre în sistem cu contract pe perioadă nedeterminată⁸.

Au fost indicate și modalități informale de intrare în sistem, precum C.L., f., Buzău: *Sistemul sanitar în sine. Se știe că cineva recomandă pe altcineva. Deci, din afară, printr-un concurs cinstit, foarte rar se întâmplă; doar să fie foarte multe locuri și să fie candidați puțini. Eu vorbesc de anul 2000, când am terminat eu sau S.V., f., Tulcea: Cel puțin la noi, din 100 de participanți, treizeci intră „pe bune”, restul de șaptezeci prin intervenții, cunoștințe, relații de nepotism, pile, inclusiv plăți pentru angajare. De asemenea, a fost indicată (în general „din auzite”) existența unor tarife. Sistemele mixte sunt și ele prezente: în cadrul unui concurs cei mai buni intră pe merit, dar intră și câțiva „pe bază de pile”.*

De observat este probabilitatea foarte mică, în cazul subiecților, de a indica modalități de intrare informale și ilegale pentru propriul caz, fiind preferate formele oficiale. Există însă și excepții, precum: A.T., f., Brăila: *Pentru mine a fost foarte greu. Am făcut și școală și copii... mă trezeam dimineața la 5 și mă culcam la 12 noaptea. A fost o reușită într-adevăr, este o împlinire. Și tot prin sistemul de relații și recomandări, să fim sinceri sau L.G., f., Buzău: Da, sistemul este blocat. Și totuși, sistemul cu mulți ani în urmă, eu vorbesc de 1994, pentru că eu am terminat ultima promoție de liceu sanitar, apoi am făcut echivalarea cu școala postliceală și apoi în cadrul Facultății de Medicină specializarea asistent sanitar diplomat. Eu am terminat liceul sanitar, am dat un examen pentru ocuparea unui post, am făcut anul de stagiu în spitalul județean pe toate secțiile din spital, apoi am dat iar alt concurs. Eu am avut norocul să merg așa cum ar fi trebuit să fie.*

⁸ De observat că un angajat nu se consideră ca făcând cu adevărat parte din sistem până nu are un CIM pe perioadă nedeterminată.

*Eu sunt de 16 ani în sistem și nu am avut nici un sprijin și influență și nimic altceva. Dar, din păcate, ce se întâmplă acum, aud foarte multe cazuri din ceea ce spuneți dumneavoastră. Sunt puține cazuri de concurs corect. Estimăm că după anul 2000 procentul celor intrați în sistem pe căi informale este mult mai mare decât cel indicat în cercetarea cantitativă, existând o tendință a subiecților de a-și considera legală propria modalitate de angajare.*⁹

Numărul mare de absolvenți, datorat multiplicării modalităților de formare, mai ales a Școlilor Postliceale, dublat de blocarea posturilor din unitățile sanitare timp de mai mulți ani, a condus la creșterea dificultății de a intra în sistem, sporind și numărul cazurilor de acces pe căi informale. Subiecții au indicat faptul că sunt mai mulți absolvenți, dar calitatea pregătirii acestora a scăzut, mai ales datorită unor sisteme neperformante de formare: R.A., f., Brăila: *nivelul elevilor care fac școala sanitară este foarte scăzut*; C.V., f., Brăila: *fără nici un fel de discriminare, acum orice brancardier, orice femeie de serviciu termină școala, va deveni asistent*. În acest context sunt relatate și angajările tip promovare; spre exemplu, angajată inițial ca infirmieră, face școala postliceală și este promovată, în baza unui examen, pe postul de asistentă. Dacă avem în vedere intrarea în sistem, nu este vorba propriu-zis de o angajare; dacă însă ne gândim la angajarea într-o anumită profesie, putem s-o analizăm la capitolul angajări.

Satisfacția față de actualul loc de muncă

Motive de satisfacție

Problema conținutului muncii este inevitabil legată de cea a sensului ei și din această perspectivă ea devine o temă de cea mai înaltă importanță pentru evaluarea calității vieții umane și a celei profesionale, în subsidiar. Sensul muncii se poate rezuma la utilitatea ei socială. Atunci când trăim acest sentiment, că suntem utili semenilor noștri, suntem, în același timp, pătrunși de o bucurie și satisfacție personală. Starea de mulțumire (sau de flux optimal, pe care îl definește Mihaly Csikszentmihalyi), ale cărei elemente le-am enumerat în Introducere, rezultă din echilibrul care se instituie între utilitatea muncii și conținutul ei. Există puține activități, din cele foarte multe care sunt utile, care sunt și plăcute. Or, plăcerea este conferită tocmai de conținutul muncii ale cărui elemente sunt reprezentate de

⁹ În acest sens trebuie observat faptul că la menținerea sistemului angajărilor informale contribuie într-o măsură semnificativă și salariații (sau potențialii angajați), orice încercare de a reglementa situația necesitând strategii de acțiune și în ceea ce privește modificarea mentalității absolvenților și salariaților.

caracteristici precum: varietate-monotonie, rutină-inovație, conducere-execuție, vocație, calificare etc. De aceea, un indicator ca acesta – *conținutul muncii* – ne va oferi date remarcabile în privința calității vieții profesionale în sistemul sanitar. El va deveni și un factor explicativ pentru rezistența pe care o au angajații la toată gama de nemulțumiri cu care se confruntă la locul de muncă, de la salariile modeste la riscurile de îmbolnăvire. De asemenea, participanții la focus grup au confirmat constatarea sociologică a faptului că există o satisfacție mai înaltă față de profesie, decât față de locul de muncă. Răspunsurile la întrebarea legată de mulțumirea la locul de muncă nu epuizează tema satisfacției profesionale. Alte teme din cadrul cercetării vor da măsura gradului de împlinire în cadrul acestui sector de muncă.

În evaluarea strictă a relației dintre salariu și mulțumirea la locul de muncă a dominat opinia că, în pofida inechitabilei remunerări, satisfacțiile oferite de meserie sunt de ordin superior: R.R., f., Galați: *Decât să fiu într-o altă funcție și să nu-mi placă, mai bine lucrez ca asistentă... nu contează numai banul.* R.M.M., f., Brăila: *Sunt mulțumită pentru că pot să fac o meserie care îmi place, în rest nu.* M.N., f., Brăila: *Același lucru pot spune și eu, îmi place specialitatea în care lucrez, îmi place meseria, în rest este foarte mult stres, remunerație minimă, condiții minime.*

Actul muncii în sine – în sistemul sanitar – este cel ce oferă mari satisfacții. Cuvântul cel mai des invocat a fost *plăcere*. În discuțiile avute pe această problemă se confirmă ceea ce Mihaly Csikszentmihalyi numea *paradoxul muncii*: „La muncă, oamenii se simt capabili și stimulați și, din acest motiv, mai fericiți, mai puternici, mai creativi și mai satisfăcuți. În timpul liber, considerând că nu au multe lucruri de făcut și că abilitățile lor nu sunt folosite, ei au tendința de a fi triști, plictisiți și nemulțumiți. Și totuși, le-ar plăcea să muncească mai puțin și să aibă mai mult timp liber”¹⁰. Iată un răspuns în același spirit: E.D., f., Constanța: *Este o bucurie când merg la muncă; zilele de concediu de multe ori sunt o povară. O zi, două - te odihnești. Pentru mine este o foarte mare bucurie când merg la muncă, merg cu mare drag, vă spun sincer.* Deseori, profesia este privită și ca o formă de împlinire personală. Contribuie la asta și sentimentul pe care-l oferă salvarea pacienților.

Ce anume apreciază cadrele medicale că este plăcut în meseria lor? În primul rând, salvarea de vieți, însuși obiectul muncii. Salvarea unei vieți a fost cel mai des invocată. Ameliorarea stării de sănătate a pacienților le produce lucrători-

¹⁰ CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly, *Flux. Psihologia fericirii*, Humanitas, 2008, p. 218.

lor din sistemul sanitar aceeași mare satisfacție. Aceste două obiective ale muncii sunt coroborate cu aprecierea de care se bucură din partea pacienților sau aparținătorilor: I.M., f., Constanța: *Avem satisfacții foarte mari. În primul rând atunci când vine un om la tine foarte grav bolnav și după ce îl tratezi, când îi vezi zâmbetul pe față, este o mare mulțumire sufletească și o satisfacție profesională că ai putut să ajuți pe cineva.* Z.C., m., Vrancea: *Ești folositor celui de lângă tine în modul cel mai real, având grijă de sănătatea lui și poți aplica în practică și profunda astfel cunoștințele acumulate. Nu numai la locul de muncă, ci și în afara lui, poți salva viața unui om sau poți participa la salvarea vieții cuiva, ceea ce reprezintă o mare mulțumire sufletească pentru tine, nu numai profesional, ci și ca om.* I.L., f., Galați: *Satisfacția noastră apare când îl pui pe copil sănătos mamei în brațe și îl vezi peste câțiva ani. Sau găza aia mică de 600 de grame, ce înseamnă 99% deces, reușești să o salvezi și îl vezi pe copil peste câțiva ani sănătos. Vin mamele și apare gândacul cel mic cu buchețelul de flori și zice „sărut mâna, mulțumesc frumos!”. Și facem poze cu ei, ne mulțumesc mamele. Este un loc de muncă frumos, unde chiar ai satisfacții.* M.C., f., Galați: *Ai o satisfacție deosebită atunci când ai văzut că ai făcut un lucru care depinde de tine și aduci celui alt mulțumire, un zâmbet unei mamei sau eu știu... mi s-a întâmplat să mă întâlnesc pe stradă după trei luni și să-mi zică o mămică: „mulțumesc pentru sfatul pe care mi l-ai dat”. Atunci chiar te simți bine și ai multă vreme o mulțumire sufletească.* După cum se poate constata aprecierea personalului pentru actul medical de calitate efectuat este un motiv puternic pentru satisfacția muncii în sistemul sanitar. **Mulțumirile pacienților** (uneori inclusiv prin plăți informale¹¹) constituie și ele un factor care influențează gradul de satisfacție al personalului. Comportamentul pacienților poate influența în mod semnificativ situațiile, în special în cazurile de violențe de limbaj și chiar fizice.

Serviciul face parte din viața unei mari părți dintre subiecți, existând cazuri în care ei preferă serviciul chiar în dauna concediului de odihnă: S.C., f., Galați: *Pentru mine revenirea la serviciu a fost o încântare;* P.A., f., Galați: *Eu, pe anul trecut, nu mi-am luat concediul de odihnă, am preferat să stau alături de colege.* Tonul atmosferei pare a fi dat pe linie ierarhică, un rol important avându-l șeful de secție: O.S., f., Buzău: *Medicul șef de secție influențează foarte mult atmosfera din secția în care lucrezi. Foarte mult! Atât timp cât medicul șef de secție știe să-și conducă personalul pe care îl are în subordine, atunci se creează și respectul*

¹¹ Plățile informale însă influențează într-un mod complex gradul de satisfacție, constituind în mod simultan și sursă de insatisfacție.

între medic, asistentă și infirmieră, și pacienții îți vorbesc altfel, atâta timp cât medicul inspiră încredere în personalul cu care lucrează, nu există nici un fel de problemă, atâta timp cât medicul cu care lucrezi te consideră un nimic și pacientul știe că poate să facă cu tine ce vrea și ești la dispoziția lui.

În al doilea rând, este apreciată ca plăcută cooperarea, munca în echipă, solidaritatea la locul de muncă. *Suntem ca o familie, ne înțelegem, ne ajutăm* au fost expresiile care au subliniat calitatea vieții profesionale în acest mediu.

Alte motive de mulțumire evidențiate au fost: implicarea cu responsabilitate în actul muncii, satisfacția dată de investirea cu o responsabilitate deosebită pe care o aduce profesiunea, permanenta provocare, lipsa de monotonie, programul flexibil și gestiunea timpului, posibilitatea de autoperfecționare: N.G., f., Brăila: *Eu deserveșc două compartimente din spital. Sunt încadrată pe secția de chirurgie, dar fac parte și din echipa operatorie. Dimineața îmi fac treaba pe sector, iar în momentul în care se organizează pentru blocul operator, am plecat în blocul operator. Ca să pot face așa ceva mi-au trebuit foarte mulți ani de muncă și de competențe asimilate. Pentru mine, când văd că mă pot ridica la un anumit nivel, satisfacția este foarte mare.*

Făcând un bilanț, această temă a scos la lumină un sens al vieții din perspectiva actului muncii. Acest sens nu definește nici modul, nici stilul de viață, ci viața însăși, iar în plan sociologic expresia care trebuie invocată este cea de *statut social*. Au făcut acest lucru cu prisosință participanții la focus grup. Cum s-au autodefiniți este remarcabil: P.O., f., Tulcea: *Profesia de asistent medical să știți că este foarte frumoasă*; B.M.C., m., Galați: *Ne-am ales meseria aceasta pentru că ne place, poate suna chiar și retoric*; M.C., f., Galați: *Faci ce-ți dictează sufletul, te gândești că asta e menirea ta; cel care îl iubește pe Dumnezeu, are credință, se face preot, cel care vrea să ajute un bolnav se dedică meseriei noastre.*

Angajații din sistem au subliniat că munca pe care o desfășoară corespunde aptitudinilor lor și dincolo de aprecierile estetice ale meseriei, care decurg din plăcerea muncii, din bucuria și satisfacțiile trăite, pentru ei există o evaluare realistă a statutului profesional. „*Noi reprezentăm clasa de mijloc în societate*” a fost o afirmație aprobată în general de asistentele medicale.

Siguranța locului de muncă atârână în balanță satisfacției într-o măsură semnificativă, astfel încât se poate estima că orice modificare semnificativă în această zonă (spre exemplu, predominanța contractelor pe perioadă determinată) afectează ceilalți factori care participă la conturarea satisfacției și intervine în orientarea deciziilor. Ea este cu atât mai apreciată cu cât șomajul este mai prezent în societate. Asistenții și medicii s-au declarat mulțumiți de siguranța locului de

muncă, în special în sistemul de stat, unde preferă să rămână în ciuda multor neajunsuri. În multe situații au indicat faptul că punând în balanță greutățile și riscurile, sunt mulțumite de sistem pentru că le oferă siguranța locului de muncă: M.M., m., Galați: *În mare parte, suntem mulțumiți că încă mai avem acest loc de muncă.* Ș.A., f., Constanța: *Întotdeauna este loc de mai bine, problema este că atunci când te hotărăști să pleci la un alt loc de muncă trebuie să ai și siguranța lui.* B.M.C., m., Galați: *Ținând cont că se tot vorbește de reduceri, la noi, totuși, în sistemul sanitar, nu s-au făcut reduceri foarte multe, ci redistribuiri. Nu avem colegi care să fi rămas fără locuri de muncă, eventual au fost redistribuiți de la o secție la alta. Sistemul este deficitar ca număr de personal, ar fi fost chiar culmea să se mai facă reduceri.*

Rezumând, cadrele sanitare și-au asumat pentru statutul lor profesional cuvântul *vocație*. Pentru cadrele medicale există o mulțumire față de profesia îmbrățișată, o mulțumire că locul de muncă este stabil, că riscul pierderii acestuia este minim raportat la alte profesii de pe piața muncii, în condițiile în care concedierile sunt în parte evitate prin intermediul redistribuirilor, în condițiile personalului insuficient din sistemul sanitar. Angajații au arătat că au îmbrățișat din vocație această meserie, că ea corespunde aptitudinilor lor, că se simt provocați la locul de muncă, fiind solicitați permanent să decidă în rezolvarea sarcinilor. Concluzia este că, totuși, statutul social care i-a atras spre sistem a suferit în timp o constantă degradare, fapt pe care îl vom observa din următoarele teme de dezbateri.

Motive de insatisfacție

Dacă satisfacția față de diferitele aspecte ale locului de muncă sau vieții profesionale este exprimată în formule scurte, nemulțumirile sunt exprimate și-voi, arătând o condensare a lor pe timp îndelungat¹²: R.M., f., Brăila: *Noi scriem rețeta, noi foile, noi parafăm. Bolnavi, nu câți ar trebui să avem, 12, avem aproape 30, cu foi la mape. Rămân la pat o parte, vin la tratament și la investigații zilnic. Toți vor primii perfuzia, vor fi investigați, la oră fixă, antibiotice și așa mai departe. Muncă dublă, triplă, oricum, degeaba au scos paturi din saloane pentru că bolnavii sunt câte 2 în pat, femei, bărbați, nu se mai știe, parcă ar fi pe timpul războiului. Cu BPOC, cu bacil Koch nedagnosticat, pe care îl îngrijim timp de trei luni cu antibiotic și constatăm că la un examen la spitalul de*

¹² Este dificil de identificat *nucleul de condensare* a acestor nemulțumiri, însă considerăm că în majoritatea cazurilor el este bazat pe aspectele financiare ale profesiei și pe problemele legate de status. În același timp, și exprimarea mulțumirii față de propria viață profesională este motivată de cauze variate, neputând exclude în anumite cazuri și satisfacția financiară prilejuită de plățile informale.

pneumoftiziologie a descoperit că este purtător de coc și după câteva luni urmează să ne îmbolnăvim și noi cele care i-am acordat îngrijirea și am stat aproape, că n-ai cum să stai la distanță și să faci tratament unui bolnav. Stai în sufletul lui, acolo și el îți suflă în față. De mască nu vorbim, pentru că nu avem. Răspunsuri întâlnite sunt variate, în funcție de locul de muncă. În aprecierea satisfacției intervin mai mulți factori, gradul de satisfacție necesitând a fi gândit dinamic, ca un balans între influența diverșilor factori.

Pe primul loc ca importanță se situează **salariul**, influența acestui factor fiind invers proporțională cu vârsta subiecților. Cum era de așteptat, sunt numeroase plângeri legate de salarii, multe dintre ele îndreptându-se spre sporurile existente (acestea antrenând nemulțumirea celor care nu beneficiază de ele). Măsurile luate în contextul crizei economice au constituit o importantă sursă de insatisfacție. De asemenea, comparația cu alte secții și, în special, cu nivelul câștigurilor din alte state, accentuează sentimentul de insatisfacție. Motivația financiară este privită uneori și din perspectiva plăților informale (M.G., f., Galați: *Noi ca și asistente nu avem motivație financiară pentru că pacientul vine la doctor cu buzunarele pline și le golește acolo. Iar doctorul spune: «O să avem grijă și de asistente»*), existând motive de invidie între diferitele categorii profesionale din sistem. Vârful ierarhiei plăților informale îl constituie medicul (profesorul, apoi șeful de secție și la urmă medicul), urmat apoi de asistentă.

Nivelul de câștiguri raportat la nevoile personale constituie o importantă sursă de stres profesional, mai ales că subiecții invocă în mod repetat „băncile” drept un factor de presiune: G.A., m., Galați: *Toată lumea vine la servicii ca să-și ia salariul și să-și plătească băncile*. În privința posibilităților de câștig și a altor facilități de acest ordin, nemulțumirile au fost exprimate mai radical după ce guvernul a intervenit cu măsura de diminuare cu 25% a salariului. În afara contextului crizei economice, angajații s-au arătat relativ mulțumiți de venitul obținut, de existența salariului de merit și a tichetelor de masă. Este evident că eliminarea acestor facilități a dat naștere unor dezbateri încinse în cadrul cărora a dominat spiritul de revoltă.

Făcând abstracție de conjunctura creată de criză economică, putem explica relativa stare de mulțumire față de posibilitățile de câștig prin corespondența care există între satisfacția oferită de profesie și veniturile obținute, posibilitatea obținerii unor venituri suplimentare în afara programului de lucru, și chiar din „atențiile” oferite de pacienți: D.M., f., Brăila: *Oricum nu se poate trăi din salariu, trăiești din șpăgi, asta este adevărul, la ce să ne ascundem după deget? Nu trăim din salariul care se dă de la Minister, mai ales acum cu 25% reducere, este dezastru!*

O facilitate de care nu se bucură salariații și pe care au invocat-o constant, ca o formă de nedreptate profesională, a fost aceea legată de lipsa asigurării gratuităților în cazul în care personalul are nevoie de tratament medical: D.M., f., Vrancea: *Noi nu beneficiem de gratuitate, la tratamente, la rețete, medicamente. La nimic!*. Aici au fost invocate situațiile altor categorii profesionale din societatea românească care figurează ca unul din termenii comparației: lucrătorii Căilor Ferate Române, care se bucură de călătorii gratuite, angajații unor ministere care beneficiază de asemenea de nenumărate servicii gratuite.

Nu trebuie să lăsăm impresia că posibilitățile de câștig sunt singurul factor care îi motivează profesional pe angajații din sistemul sanitar. Faptul că ei rămân în sistem își găsește explicația și în stabilitatea locului de muncă, iar în situația în care angajații din sistem resimt o puternică presiune financiară se decid să emigreze pentru un salariu care corespunde nevoilor lor materiale.

Departate de a epuiza problema legată de starea de mulțumire sau nemulțumire față de veniturile realizate, menționăm faptul că ea va intra în analiza noastră în contextul abordării celorlalte teme.

Urmează factorul oferit de **statusul profesional**, care suportă atât o perspectivă obiectivă, exprimată în aprecierea pe care salariatul o simte din partea societății față de profesia sa, cât și una subiectivă, salariatul proiectând o imagine a unui anumit status pe care și-o întreține pentru propria satisfacție (imagine care este deseori întreținută de grupul apartenențelor la aceeași profesie) sau continuând să trăiască cu imaginea unui status social anterior, care acum este de fapt pierdut¹³. Statusul profesional ridică însă și probleme, fiind numeroase disputele dintre diferitele categorii profesionale, ele înscriindu-se în general pe următoarele axe: medici versus asistente, asistente versus personal auxiliar, personal medical versus personal TESA: I.M., f., Galați: *Eu da, pentru că nu mai sunt satisfacții. Satisfacțiile profesionale sunt mici pentru că muncii mele nu îi este acordată importanță, pentru că într-o unitate sanitară personalul auxiliar este prost văzut de cel medical. Am fost tratați ca paraziții ce trăiesc pe spatele cadrelor medicale, ținând cont că un spital de talia celui județean nu poate funcționa numai cu cadre medicale. Există o grămadă de alte mecanisme care poate nu sunt conștientizate de pacient, care vine să se trateze din punct de vedere medical, dar serviciile de achiziții a materialelor, salariile la 18000 de persoane, contabilul financiar. Deci, noi suntem marginalizați la satisfacția materială. Ghinionul meu este că am ter-*

¹³ Exemplul absolvenților de liceu sanitar dinaintea de 1989 este elocvent, perioadă în care această formă de pregătire era considerată una de elită, vizibilă și prin intermediul numărului mare de candidați la această formă de școlarizare.

*minat Facultatea de Științe Administrative și nu mă pot angaja în sistemul privat, iar masterul pe care l- am făcut nu-mi folosește decât în sistemul de stat. Mai ales în condițiile date. Aceste dispute fac parte însă din întreținerea imaginii propriului status, faptul de a avea subordonați ierarhic contribuind la întreținerea imaginii propriului loc ierarhic. Subiecții mai în vârstă sau care sunt prezenți de mai mult timp în sistem reclamă scăderea statutului social comparativ cu perioadele anterioare (V.M.M., f., Tulcea: *Eu am terminat în '81 și să fii soră medicală atunci era ceva*; G.G., f., Tulcea: *Acum suntem undeva mai jos.*), situație la care consideră că a contribuit și mass-media: C.N., f., Tulcea: *Cred că și mass-media contribuie. Când e vorba de un scandal în sistemul sanitar, singurii vinovați întotdeauna sunt asistenții.*; C.N., f., Tulcea: *Ideea pacienților e că asistentul bea cafea și fumează.**

Lipsurile materiale și lipsa aparaturii constituie un alt motiv de insatisfacție: B.C., f., Galați: *Este picătura în momentul în care îți vine un pacient și nici nu l-ai dus bine în salon și îl întrebi dacă a venit cineva cu el ca să îi dai listuța să se ducă singur la farmacie să-și cumpere ce îi trebuie. Este degradant, atât pentru noi, cât și pentru pacienți*; G.C., f., Tulcea: *Dar nu prea ai ce face când ți se dă o cutie cu 10 mănuși la o mulțime de pacienți. Trebuie să intri în salon și să îi spui pacientului că trebuie să își cumpere singur tratamentul, seringile, branule.....* Ele conduc la condiții de lucru impropii, cu risc mare de îmbolnăvire.

Ne bucurăm de respect social, dar el este în declin – este o idee afirmată constant. Alte forme de expresie raportat la statutul social: M.P., f., Galați: *E vorba de un anumit statut social. La urma urmei, una e să fii funcționar public și alta asistent medical...* D.V., f., Galați: *Ești bine văzut totuși...* S.C., m., Galați: *Îți oferă un statut social destul de mare. Poate nu atât cât a fost înainte de revoluție... dar unul mai mare comparativ cu un funcționar public sau o vânzătoare.* Însă statutul social pare să fie resimțit mai curând raport la perioadele anterioare: M: *Care era situația înainte de '89? Fiindcă majoritatea ați fost angajați în perioada aceea.* H.C., f., Vrancea: *Respectul pentru asistentul medical era mult mai mare, și din partea medicilor și a pacienților... Ni se recunoșteau într-adevăr meritele în sistem.* Generațiile dinainte de anul 1989 regretă pierderea prestigiului pe care-l aveau absolvenții liceelor sanitare. Judecând per ansamblu, salariații cu vechime în sistem deplâng o scădere a prestigiului profesiilor din cadrul acestuia, la această diminuare contribuind și mass-media: R.A., m., Buzău: *Prestigiul meseriei nu mai este același ca acum 15-20 de ani*; I.I., f., Buzău: *Acest fapt s-a întâmplat și din cauza mass-mediei*; M.A., f., Buzău: *Atunci făceai treabă puțină și erai respectat, acum faci foarte multe lucruri și nu ești respectat.*

Este nevoie să precizăm că nu a fost exprimată mulțumirea în sistemul sanitar din partea personalului auxiliar, TESA. Sentimentul trăit de acești angajați este unul de marginalizare, de desconsiderare a muncii lor. Percepuți drept consumatori ai bugetului alocat sistemului, mai degrabă inutili în actul medical, au precizat că suferă din această cauză, suferință coroborată cu un salariu nesatisfăcător („*Am fost tratați ca paraziți ce trăiesc pe spatele cadrelor medicale*”): S.M., f., Constanța: *Eu reprezint partea tehnică și foarte mulți când aud de partea tehnică, consideră că se pot descurca și fără noi. Dar dacă într-o zi partea tehnică nu-și face treaba, fiecare în compartimentul lui, spitalul nu mai funcționează, plecând de la energia electrică, alimentarea cu apă, de la tot... De când au început restructurărilor, noi suntem vizați și cei de la administrativ, că suntem neproductivi și luăm salarii de pe urmă serviciilor sanitare.* S.D., f., Constanța: *Eu reprezint partea tehnico-administrativă. De unde vin eu, ar trebui să fim 11 în schemă și suntem doar 3, vă dați seama ce muncă este? Fac statistică medicală, fac internarea, scriu proceduri, scriu coduri, fac externarea, fac tot, tot, tot, inclusiv dări de seamă, pentru toate situațiile, pentru ce, pentru un salariu de 780 lei? În aceste condiții tendința acestor profesioniști este de a părăsi sistemul. Ca să exemplificăm cu un singur motiv de mulțumire întâlnit în acest segment, redăm următoarea relatare din cadrul unei discuții focus grup: C.D., f., Tulcea: *Unde am lucrat înainte era mult mai greu, se îmbina munca fizică cu munca intelectuală, în schimb aici este mai multă muncă intelectuală, dar plătită prost. Am avut și am și acum ocazia să plec, dar stau foarte aproape de locul de muncă, vizavi, nu trebuie să fac naveta și acesta este un avantaj pentru care am rămas.* Acest segment al sistemului sanitar a menționat faptul că nemulțumirea profundă este datorată și permanentei amenințări a pierderii locului de muncă prin reducerea postului și disponibilizare, acest tip de stres fiind coerent cu măsurile administrative luate preponderent împotriva acestei categorii de personal în ultima perioadă.*

Salariații deplâng destul de des încărcarea cu sarcini suplimentare, de altă natură decât cele profesionale, respectiv lucrul la calculator: R.E., f., Tulcea: *În primul rând, e mult mai puțin timp. Stăm foarte mult și la calculator. Din timpul scurt pe care-l ai trebuie să faci o groază și pe calculator.* Soluțiile sugerate țin mai curând de angajarea unor operatori specializați în lucrul pe calculator decât creșterea nivelului propriu de pregătire, mai ales că, în parte, acest tip de reacție este determinat de dificultățile de a învăța să lucreze pe calculator. O profundă nemulțumire legată de conținutul muncii a fost exprimată de angajați în legătură cu introducerea acestei activități în cadrul programului de lucru pentru care personalul sanitar nu este calificat și care ține de rutina birocratică a introducerii datelor

în calculator: R.C.L., f., Tulcea: *Problema este alta, e muncă, dar nu mai ai timp să discuți cu pacientul. Dacă stai și faci condica la calculator (avem 70 de pacienți), îți ia tot timpul fără să mai poți ține legătura cu pacientul...* V.D., f., Constanța: *Pacientul care trece prin fața camerei de gardă nu vede decât faptul că asistenta stă acolo în fața calculatorului, nu realizează că programele informatice nu funcționează bine. Pacienții au impresia că asistentele stau acolo, picior peste picior, stau degeaba și efectiv nu fac nimic. Așa vorbesc toți în salon.* M.I., f., Vrancea: *Toate aceste codificări se fac pentru Casa de Asigurări. Și atâta bătaie de cap pentru acea Casă de asigurări și rezultatul, care este? Tot timpul apare câte o modificare, o nouă modificare, mai trebuie nu știu ce cod băgat și în final răspunsul Casei: nu au bani, nu-ți dăm bani, oricâte cazuri ai făcut, practic totul este zadarnic. Foarte multă birocrație, foarte multă!* Introducerea unor noi obligații profesionale, legate de înregistrările solicitate de Casă, în contextul lipsei de personal, accentuează problemele specifice: S.D., f., Tulcea: *În condițiile în care ni s-au pus în spate calculatoarele, noi nemaifăcând practic munca de asistent medical, suntem un fel de registratori.*

Pe fondul lipsurilor financiare apar frustrări legate de diferitele aspecte ale sistemului de asigurări sociale, în special de principiul solidarității (M.E., f., Brăila: *Cea mai mare parte a populației nu plătește asigurări, este o realitate*; B.L., f., Buzău: *Și beneficiază de servicii medicale cel mai mult*), care contribuie la accentuarea sentimentului de nedreptate socială generat de diferența mare dintre rolul și statusului social, mai exact de nerecunoașterea statusului la care aspiră salariații.

Amenințarea cu existența unor posibile concedieri întărește angoasa salariaților, zdruncinându-le încrederea în perspectiva unităților unde lucrează și, implicit, în propria perspectivă profesională, (D.L., f., Galați: *Spitalul de copii a anunțat că nu va face nici o concediere. Va redistribui dar nici un om nu va rămâne fără loc*; C.L., f., Galați: *Până la proba contrarie eu nu mai am încredere sub nici o formă, până nu văd negru pe alb.*; M.M., f., Tulcea: *Am înțeles că vor pleca acasă cei care se apropie de vârstă*; P.C., f., Tulcea: *Da pentru că la noi în spital s-a anunțat că se fac disponibilizări*) mai ales în condițiile absenței unor criterii clare de departajare a salariaților.

Aprecierea din partea șefilor ierarhici intervine și ea în determinarea gradului de satisfacție: O.I., f., Galați: *Da, profesia este ok și sunt motivată, numai că sistemul este o problemă*; P.G., f., Brăila: *În general, recunoașterea asta mulțumește cel mai mult asistentul medical, recunoașterea din partea șefului, a colectivului.* În acest plan, se remarcă și absența unui sistem ierarhic riguros, care să constituie o posibilă sursă de satisfacție.

Diferențele de salarizare în cadrul aceleiași unități constituie motiv de rănchiună, accentuând sentimentul de nedreptate socială generat de nerecunoașterea statutului profesiei și domeniului de activitate.

Aprecierea propriului loc de muncă depinde și de faptul dacă angajatul a lucrat sau nu înainte în alt domeniu de activitate.

Riscul profesional este apreciat ca fiind mare, atât în ceea ce privește sănătatea proprie, cât și atenția față de gesturile profesionale.

Organizarea sistemului este o sursă de insatisfacție; foarte rar motiv de bucurie și atunci numai prin comparație. Lucrul în ture, atunci când este cazul, este judecat diferit, în funcție de interesul personal, uneori ca motiv de satisfacție, alteori ca sursă de stres.

În privința programării concediilor de odihnă, nu a existat așteptarea ca răspunsurile să dezvăluie existența conflictelor între angajați, ci am considerat că acest drept legal poate genera doar stări pasagere de tensiune în colectivele de muncă. Ceea ce s-a confirmat. Însă, dincolo de ceea ce am dorit să verificăm, am descoperit că în sistemul sanitar dreptul legal la concediul de odihnă a devenit problematic, este greu de aplicat. Lipsa de personal, ca urmare a blocării posturilor, accelerată de plecările la muncă în străinătate, pensionare, ori prin solicitarea concediului medical, fără plată, a concediului de îngrijire a copilului, au creat o situație de incertitudine în privința exercitării dreptului legal la concediul de odihnă. Sunt afectate mai ales locurile de muncă unde există un număr mic de angajați.

Faptul că sunt nevoiți să-și cumpere echipamentul de lucru și de protecție (V.E., f., Tulcea: *Nu-i suficient că ne cumpărăm uniforme, papuci de spital, săpun, tot ce ne trebuie din banii noștri, mai cumpărăm și mănuși*; S.J.P., f., Tulcea: *Medicii evită să pună parafa pe lista pe care o dăm pacienților*) contribuie la generarea aprecierilor negative față de sistem.

Nemulțumirii angajaților privind aprovizionarea deficitară a spitalelor cu materiale sanitare, aparatură, echipamente de lucru, i se adaugă și o nemulțumire legată de gestiunea și strategiile privind personalul sanitar.

Deficitul de personal

În privința deficitului de personal au fost rare răspunsurile că acesta nu există. Personalul este suficient doar în domeniile de activitate unde încadrarea nu necesită decât un număr redus de posturi. În rest, deficitul de personal a fost confirmat și el este legat de situația din ultimii ani de criză economică în urma căreia

guvernul a decis blocarea posturilor. Deficitul de personal este generat atât prin numărul mare de plecări din sistem cât și prin restricționarea legală a intrărilor în sistemul public. Plecările din sistem se fac în primul rând datorită migrației personalului, dar și prin pensionări sau alte forme normale de plecare. Sarcinile de muncă sunt preluate automat de salariații rămași. Deficitul de personal se resimte de către angajați și în comparație cu normativele existente în străinătate, unde raportul între personalul medical și numărul de pacienți este clar precizat și este mult mai mic. Acest deficit de personal a fost constatat la locul de muncă și în cazul salariaților TESA. Ilustrăm această temă evidențiind dimensiunea deficitului, cauzele acestuia, efectele sale imediate: R.E., f., Tulcea: *Locurile sunt blocate de la nivel înalt pe toată țara, pe toate domeniile.* R.E., f., Tulcea: *Mai nou, se scot paturile din saloane, ca să fie un număr mai mic de asistenți, scot paturile ca să fie asistenți mai puțini, dar bolnavii sunt aceeași și stau doi în pat și, da, totul e legal, că e la număr de paturi.* M.I., f., Constanța: *Dacă suntem doi în loc de trei pe tură, nu că nu fac față, fac față, că sunt nevoită, dar am doar două mâini și două picioare, dar eu la ora două deja nu mai pot.*

Dacă este evidentă cauza deficitului de personal – plecările din sistem și blocarea posturilor – efectele imediate sunt: sporirea volumului de lucru prin creșterea atribuțiunilor și prelungirea programului de muncă, fără să existe și plata muncii suplimentare, diminuarea capacității de muncă și a calității serviciilor medicale, acordarea unei atenții reduse pacienților, diminuarea comunicării cu aceștia, afectarea vieții de familie: D.M., f., Brăila: *Se dublează sarcina, capacitatea de muncă se diminuează. Ții locul la două, trei persoane și financiar e același lucru.* M.A., f., Galați: *Da, dacă ai 20 de bolnavi și lucrezi într-o secție de neurologie, cum poți să îi supraveghezi în lipsă de personal?* I.M.A., f., Brăila: *Fiind suprasolicitat la serviciu, automat acasă îți neglijezi familia pentru că ești obosit.* T.Ș.E., f., Vrancea: *Sau într-o secție de Chirurgie, trebuie să răspunzi de 10 pacienți ca asistentă și tu ai 30, sau noaptea 50.* A.T., f., Brăila: *Există deficit, datorită blocării posturilor, pensionării. Muncim înzecit. Ore suplimentare neplătite. Automat și calitatea actului medical scade. În loc să te ocupi de cinci pacienți, te ocupi de douăzeci. Nu poți să fii în toate saloanele deodată, ce se întâmplă dacă într-un salon în care tu nu ești, unui pacient i se face rău? Trebuie să alergi mult. E nevoie de angajări.* M.A., f., Galați: *Noi, ca asistenți, nu avem suficient timp să relaționăm cu pacientul sau cu aparținătorul. Nu ai suficient timp să explici, să povestești. Îți faci treaba și dacă stai o jumătate de oră de vorbă, a fugit timpul ăla care era alocat altor activități.*

Participanții au propus diferite soluții pentru eliminarea deficitului de personal și au indicat câteva căi de diminuare a volumului de muncă: deblocarea posturilor, redistribuirea personalului pe secții, modificarea normativului, trierea bolnavilor în așa fel încât să fie internați cei cu probleme reale de sănătate: T.S., f., Tulcea: *În primul rând: trierea bolnavilor, cei care trebuie cu adevărat să fie internați, cei care au probleme reale de sănătate; și așa spitalele să nu mai devină hoteluri pentru toți boschetarii; noi avem pacienți pe care îi ținem cu săptămânile, fiindcă nu avem cui să-i trimitem.* T.S., f., Tulcea: *Medicul de triaj și de familie să-și facă datoria și în felul acesta, tu te ocupi exact de ce-ți trebuie.* C.O.V., f., Galați: *Să se normeze altfel munca în sănătate, doar așa mai câștigăm din calitate, calitatea actului medical. Au fost cazuri când noi am avut 50-60 pacienți, o singură asistentă, tura de după-amiază, tura de noapte-diminează erau două și una se ocupa cu calculatorul, alt necaz pe capul nostru.*

Deficitul de personal complică condițiile de muncă (J.A., f., Tulcea: *Foarte multe urgențe, am avut și o sută pe zi, pentru o singură persoană este foarte greu;* S.L., f., Tulcea: *Mai vine și din partea pacienților, a superiorilor. Sunt situații de la a fi scuipat la a fi înjurat*), accentuând stresul salariaților: A.D., f., Constanța: *La noi situația este opusă. Personal puțin, de aceea sunt multe investigații de făcut. Fiecare pacient e în grija medicului curent. Având 20 de pacienți și de ei răspunzând 5 doctori, la un moment dat fiind solicitată de toți, nu mai știi ce să faci, toți te solicită. Sunt zile când abia aștept să plec acasă. Dacă am fi mai multe am avea timp. Este cumplit, plec fără să mănânc.*

Lipsa personalului influențează calitatea serviciilor medicale (G.D., f., Galați: *Aici este problema, avem personal insuficient. Atunci calitatea actului medical se schimbă*). Uneori, personalul se simte copleșit de numărul mare de pacienți (C.T., f., Brăila: *Așa cum spuneai și voi, numărul pacienților ne depășește de cele mai multe ori;* I.R., f., Brăila: *Avem 70 de pacienți în weekend și suntem două sau trei cadre*), alteleori nu face față solicitărilor medicilor, care ajung uneori să fie mai mulți decât asistenții (C.T., f., Brăila: *O asistentă lucrează cu trei medici și pot veni toți odată;* R.A., f., Brăila: *Eu la ora actuală lucrez cu două doctorițe și am 20 de bolnavi. Și se nimeresc ca la aceeași oră să vină amândouă la vizită și nu poți să te împarți. Iar la o anumită oră trebuie să le faci și tratamentul și investigațiile pentru că te întreabă*). Lipsesc, de asemenea, infirmierele (R.A., f., Brăila: *Am avut perioade în care eram de gardă și nu aveam infirmiere noaptea;* R.A., f., Brăila: *Problema este în felul următor: noi suntem două pe gardă și sunt 80 de bolnavi și să nu ai infirmieră, să faci tratamentul și apoi să-ți pui mânușile să pui plosca la bolnav. Nu-i normal!*).

Deficitul de personal conduce la situații în care pacienții rămân nesupravegheați (R.A., f., Brăila: *Eu am avut un caz concret pe tura mea, când un bolnav a avut hemoragie digestivă și colega mea cu două infirmiere au plecat cu targa la Terapie, iar medicul m-a solicitat la un alt etaj să merg să fac EKG. I-am spus că nu pot să merg pentru că sunt singură și mi-a spus: „Nu se poate! Mergi!” Și a rămas secția goală*).

Deficit de personal înseamnă preluare de responsabilități, un volum de muncă mai mare, ture de noapte mai multe în condiții de neplată sau, în alți termeni, muncă fără un echivalent în bani. Acest deficit scade calitatea actului medical nu numai datorită efortului care conduce la o oboseală ce diminuează concentrarea și atenția angajaților, ci și datorită creșterii numărului de pacienți per cadru medical, precum și a dispersării activității într-un spațiu mai larg și impropriu supravegherii pacienților. Deficitul de personal, însoțit de reducerea numărului de paturi în spitale, a condus la supraaglomerarea secțiilor și la practica înjositoare, inumană, a utilizării patului de către două sau mai multe persoane bolnave. Nemulțumirea angajaților este legată nu numai de faptul că a scăzut timpul alocat îngrijirii fiecărui pacient, lipsei de comunicare cu acesta, dar și de faptul că a scăzut timpul liber alocat familiei, prin turele în plus care trebuie efectuate, prin prelungirea programului de lucru. O nemulțumire privind creșterea volumului de muncă este legată, cum s-a observat, de introducerea informatizării la locul de muncă, sarcină care intră tot în atribuțiunea celor ce trebuie să îngrijească bolnavii. Această nemulțumire a fost constant exprimată, mai ales în contextul în care personalul nu a fost calificat în vederea exercitării ei.

Condițiile de muncă

a) Lipsa materialelor și a medicamentelor

De modul cum este organizată munca în sistemul sanitar, cum sunt aprovizionate unitățile cu materiale sanitare și medicamente, cum sunt dotate cu aparatură medicală și cum îi este asigurată funcționalitatea, de modul cum unitatea dispune de personal suficient sau nu dispune, depinde nu numai calitatea actului medical, ci și satisfacția față de propria viață profesională a angajaților.

Cel mai grav aspect cu care se confruntă personalului din sistem îl reprezintă lipsa materialelor sanitare și a medicamentelor. În puține unități s-a afirmat faptul că există suficiente materiale și medicamente, precum UPU, Spitale Militare, CFR, Boli Psihice sau de Pediatrie. Cauzele acestor lipsuri au fost identificate de angajați în subfinanțarea sistemului, în managementul defectuos, în aprovizio-

narea deficitară, în lipsa unui control riguros cu privire la cheltuirea banilor, investiții nejustificate și ineficiente (de ex. aparatură care zace în ambalaj, nedesfăcută de ani de zile). O constatare pe care au adus-o angajații la suprafață, în repetate rânduri, a fost că asistăm în acest context, la scăderea calității serviciilor medicale. Alocarea resurselor conform actualului sistem, în principiu în funcție de numărul de pacienți, a condus în mod paradoxal la pierderea din vedere a pacientului însuși: A.T., f., Galați: *Și am ajuns mai mult să scriem decât să ne ocupăm de pacienți... important e ca raportările să iasă... pacientul e pe ultimul plan.* A.M., f., Galați: *Nu mai e calitate, e cantitate. Avem indicatori de raportat. N-am internat 100 de pacienți luna aceasta, ce ne facem?* Efectul imediat al acestei crize datorate subfinanțării sistemului sanitar este practica listei pe care pacientul o primește de la personal, listă pe care este trecut tot ceea ce bolnavul trebuie să-și cumpere pentru realizarea tratamentului. Această practică a spitalelor românești creează o mare tensiune ce apasă asupra salariaților, aducând un plus semnificativ de stres.

Ca să măsurăm în ce grad poate fi diminuat acest stres, am intervenit cu întrebarea dacă unitatea ar trebui să anunțe (afișeze) că nu are resurse financiare, motiv pentru care pacienții trebuie să-și cumpere singuri materialele necesare, medicamentele. Din discuții, chiar dacă a reieșit faptul că ar fi normal să se procedeze astfel, totuși este imposibil, deoarece este ilegal. Și atunci, cum s-a generalizat o astfel de practică ilegală la unități și în județe diferite, fără legătură între ele? Întrebarea este retorică, dar ea definește criza profundă a sistemului sanitar românesc, în cadrul căruia funcționează și cinismul birocratic de felul următor: M.D., f., Tulcea: *Mai avem o doamnă de la DSP care vine în control și ne spune că dacă nu avem medicamente, să nu le prescriem, să îi lăsăm să moară, este părerea dumneaei. Dar noi nu putem face așa ceva, iar dacă doamna ar avea un accident, nu cred că i-ar conveni să nu fie tratată, pentru că și o branulă constă bani.*

Numeroase sunt și cazurile în care subiecții reclamă lipsa de materiale: B.L., f., Galați: *Astea știți cum apar? La două-trei zile pe lună, după care, la volumul de muncă ce este, se consumă foarte repede. Speli mănușile, le folosești toată ziua și tot cu aceleași mănuși mai faci și altceva;* G.A., f., Galați: *Nu ne dau nimic, mergem la second hand și ne cumpărăm bluze, absolut tot ce ține de echipament;* D.A., f., Galați: *Dero, cu un prosop se șterg 100 de oameni. La un moment dat ajungi să te ștergi de tine și apoi costumul merge acasă la spălat.*

Lipsa medicamentelor afectează relația personalului cu pacienții și modifică uneori atitudinea pacienților față de propria stare de sănătate: I.R., f., Brăila: *Am avut perioade când spitalul nu avea nici medicamente, medicii le recoman-*

dau, iar noi trebuia să le dăm rețete. Iar ei spuneau: „Noi plătim asigurări, dumneavoastră care lucrați aici aveți facilități”. Dar nu avem nici o facilitate. Mulți au spus că decât să-și cumpere mai bine pleacă acasă. Că nu au venit la spital ca să-și cumpere medicamente. Unii subiecți consideră că este o confuzie menținută în ceea ce privește conștientizarea populației privitor la lipsurile din spitale: A.L., f., Tulcea: *Nu, nu, lucrurile acestea nu sunt în clar pentru populație. S-a lăsat starea aceasta de confuzie. Nu se știe ce este legal*). Lipsa materialelor și a medicamentelor afectează salariații și atunci când aceștia ajung în postura de pacienți (P.M., f., Tulcea: *Eu am avut o problemă în ceea ce privește sănătatea și m-a costat 40 de milioane tratamentul. Nu am avut asigurat nici măcar un ac, cumpăram și seringile*¹⁴). Lipsa reactivilor de laborator conduce uneori la imposibilitatea de a asigura analize de bază: A.L., f., Tulcea: *Pacientă cu făt mort a venit la urgență și nu se lucrează cu fibrinogenul*.

La baza **practicii listei** de medicamente și materiale pe care pacientul trebuie să le cumpere se află o acoperire legală: *pacientul are dreptul să se ducă cu bonul de la medicamentele pe care și le-a cumpărat la director pentru a i-l deconta, legislația spune că i se asigură acest drept, așadar cheltuielile pot fi decontate*. Să urmărim, însă, ce se întâmplă pe teren: I.M., f., Galați: *Avem reclamații scrise referitoare la faptul că pacienții au fost obligați să-și cumpere diverse medicamente sau materiale sanitare, deși există ordonanță unde se precizează faptul că în condițiile în care spitalul, la un moment dat, nu este în măsură să asigure toată medicația, pe baza unui referat făcut de medicul curant, contrasemnat de medicul de secție, avizat de manager, omul poate ulterior să prezinte factura și să i se deconteze banii cheltuiți în spital. Oamenii nu sunt informați, nu știu cum să-și recupereze banii, deci este o proastă informare. Li se spune că-și recuperează banii, dar nu și în ce condiții*.

Cu câteva excepții, constituite de spitale sau secții, unde lipsa materialelor nu este acută sau nu există, salariații resimt o severă lipsă de materiale sanitare și medicamente, fiind nevoiți deseori să cumpere o parte dintre cele ce lipsesc: V.F., f., Tulcea: *Bineînțeles că odată cu reducerea fondului de salarii, a banilor pentru materiale, cred că nimănui nu îi este departe faptul că noi punem bani ca să cumpărăm materiale în cadrul locului de muncă unde ne desfășurăm activitatea. Nu avem vată, nu avem seringi, nu avem spirt, mănuși, materiale de dezinfectare,*

¹⁴ Se remarcă crearea unor pseudo-structuri de putere în jurul aprovizionării cu materiale și medicamente, atât în ceea ce privește achiziția acestora, cât și în privința distribuției lor.

detergent, nu avem nimic. Bani nu sunt, dar trebuie să ne continuăm activitatea și atunci trebuie să cumpărăm de toate.

Lipsa materialelor și a medicamentelor este percepută drept o degradare a condițiilor de muncă (G.G., f., Vrancea: *E o situație penibilă să îi ceri pacientului ser fiziologic, seringă, glucoză*; S.C., f., Galați: *Ți se rupe sufletul când îi vezi pe cei care nu au deloc...*), acestea stricând totodată relațiile cu pacienții; agresiunile din partea pacienților înrăutățesc și ele condițiile de muncă. Personalul nu poate refuza tratarea acestora pe motiv de lipsuri materiale, fiind nevoit să se descurce. În cazul lipsei medicamentelor lucrurile stau altfel, fiind nevoiți uneori chiar să lase pacienții fără tratament. Lipsurile antrenează totodată reale suferințe pentru majoritatea salariaților (B.L., f., Brăila: *Prima și cea mai mare dificultate este cea materială, clar, fără discuții. Problema este cea financiară, și sistemul suferă rău de tot. Este îngrozitor să-ți vină pacientul bolnav și tu să nu ai cu ce să îi faci o injecție. Să ajungi ca asistent după 30 de ani să nu ai seringă să îi faci pacientului o injecție sau să nu ai mănuși, să îți aduci de acasă mănușile de la vopseaua de păr pe care nu le-ai folosit. Măcar să ne protejăm. Este îngrozitor de greu, este frustrant, înnebunești să rogi mereu pacienții să cumpere biberon, seringă, tot*; B.L., f., Brăila: *Este o realitate, iar pacientul se uită cu suspiciune când îi ceri toate astea și nu te crede, pentru că așteaptă să le primească*), crescând totodată riscurile profesionale. Măsurile de protecție a muncii au, în cea mai mare parte din cazuri, un caracter formal (B.M., f., Tulcea: *Avem lunar niște caiete de protecția muncii pe care trebuie să le semnăm. La un moment dat, am refuzat să semnez pentru că nu îmi asigură mănuși. La noi mănușa e prima protecție; după ce că halate ne cumpărăm noi, uniformele le-am cumpărat noi, ne-am cumpărat și romplast sau alcool că nu este...*).

Starea de insatisfacție pe care o trăiesc cei ce intră în contact cu pacienții cărora le pretind să cumpere materialele sanitare și medicamentele este puternic resimțită de angajați, creează stres la locul de muncă și relații tensionate: I.A., f., Constanța: *Bolnavul primește o listă în brațe. Vin bătrâni cu pensie mică și noi impunem să cumpere medicamente scumpe*. V.I., f., Constanța: *Dar noi suntem puse în situația de a suci vorba, de a învârti, pentru că acel bon, acea rețetă, trebuie semnată de mai multe persoane, șefi de secție, medic, e un adevărat circuit. Și fiecare se dă la o parte. Iar noi trebuie să ne învârtim, să le spunem că nu avem, că trebuie urmat tratamentul. Spunem: uite, asta mamaie, dacă ai bani să-ți cumperi, îți cumperi, dacă domnule ai bani să-ți cumperi, îți cumperi, ăsta e tratamentul recomandat de medic*. L.G., f., Vrancea: *Recomandat de medic, dar medicul nu merge niciodată să-i spună pacientului pentru că asta îi diminuează pli-*

culețul din buzunar. Și ne trimite pe noi: du-te tu! H.M., f., Vrancea: Nici nu-ți permite să afișezi, de fapt, ce ne doare cel mai mult, și cred că colegele mele sunt în asentimentul meu, situațiile acestea conflictuale între asistenți și pacienți, determinate de lipsa continuă de materiale, medicamente, asta ne doare cel mai mult...

Observăm că precaritatea legislativă conduce la necesitatea asumarea responsabilității de către personalul medical în legătură cu practica listei. Faptul că angajații sunt confrunțați cu această penurie naște o stare de tensiune/conflict nu doar între cadrele medicale, cum observăm din relatări, ci și între ele și pacienți sau aparținători: M.D., f., Galați: *...mie mi s-a întâmplat ca o bunică să îmi reproșeze că i-am dat o rețetă de 60 de lei, dar eu nu am nici o vină.* M.D., f., Galați: *Problema este că pacientul respectiv a plătit asigurări de sănătate o viață întreagă. M: Vă reproșează pacienții lucrul acesta?* M.D., f., Galați/ M.G., m., Galați/B.C.N., m., Galați/D.A., f., Galați: *Da, nu avem dreptate niciodată.*

A lucra cu materialele sanitare aduse de pacienți reprezintă un risc chiar pentru pacienții înșiși, așa cum rezultă din următoarea relatare din focus grup: R.J., f., Brăila: *Lucrez la sala de operații, unde pacientul vine cu sacoșica cu materiale sanitare absolut necesare operației; nu se știe cine le-a cumpărat, de la o farmacie probabil, eu nu am nici o dovadă dacă sunt ambalate, sterile, nu știm cum au fost transportate acele consumabile; ele pot fi înțepate, ambalajele deteriorate, sau pot conține tot felul de defecte care nu se văd la o analiză sumară vizuală; de aceea, tocmai acest mod de a proceda comportă un risc: salvezi pacientul, operația e reușită, dar există riscul ca pacientul să plece cu altă afecțiune; și atunci vinovat e personalul medical, ceea ce nu mi se pare corect. Deci, noi nu avem materiale sanitare pe care să le păstrăm în condiții corespunzătoare. Asta reprezintă pentru mine un haos și un stres, un stres la care nu mă așteptam să fiu supusă vreodată.*

Penuria de materiale sanitare și de medicamente naște în rândul personalului sanitar o stare de stres și nemulțumire față de situația înjosoare în care este pus și, în același timp, de compasiune față de pacienții cu stare materială precară: O.E., f., Vrancea: *E o situație penibilă să-i ceri pacientului ser fiziologic, seringă, glucoză.* C.C.A., f., Vrancea: *Ți se rupe inima să vezi pe cei care nu au deloc bani că își cumpără.* M.D., f., Galați: *Este degradant, atât pentru noi, cât și pentru pacienți.* C.C.V., f., Constanța: *În ultima perioadă, îți creează o stare psihică nefavorabilă faptul că te duci cu lista la pacient, un amărât care are sau nu are bani și că îi dai să cumpere, începând cu seringă și terminând cu calmante și antibioti-*

ce. H.A., f., Constanța: *Asta este cel mai mare stres.* C.C.V., f., Constanța: *Este penibilul penibilului. Umilitor.*

Dotarea spitalelor

În privința dotării spitalelor cu aparatură s-au evidențiat două probleme care îi afectează pe angajați. Prima problemă se referă la existența unei aparaturi vechi, de multe ori uzată din punct de vedere fizic și moral, și care cere nenumărate intervenții pentru a fi repusă în funcțiune, determinând în felul acesta întârzierea actului medical și constituind un risc de îmbolnăvire pentru angajați: B.C.E., f., Galați: *Noi la Radiologie avem aparatură din '77, ca să nu vorbim despre radiații, radiații secundare, uși care nu se închid. Când am de făcut radiografii pe teren, nu am șorț, astfel încât nu mă pot proteja.* M.D., f., Brăila: *Am o centrifugă veche de 25 de ani, care săptămânal trebuie reparată. Când am nevoie să centrifughez, pentru că am o urgență în sală și trebuie să determin grupa de sânge prin două metode, trebuie să am serul imediat. Nu pot, nu am centrifugă! Dau din mână, o agit, poate chiar greșesc, aplic doar o singură metodă. Aparatura esențială nu ni se aduce, injectomatul la ce ne ajută, nu prea avem nevoie de el... Aprovizionarea este în salturi. Spitalele se scaldă în aceeași mocirlă în toată țara.* M.N., f., Buzău: *Plus o aparatură deficitară. Eu lucrez într-o secție de terapie, avem două monitoare pe toată secția, trei aparate de ventilație care se strică rând pe rând și nu sunt posibilități de reparare foarte rapidă. În sălile de operație ne-au picat ventilatoarele. Tocmai în mijlocul intervenției chirurgicale! Sunt condiții, zic eu, precare. Depun referate și, de exemplu, acelui aparat trebuia să i se facă service, dar nu s-a făcut la timpul potrivit și atunci automat piesele care nu au fost înlocuite, au picat la un moment dat. Dar mai mult decât aparatura, este faptul că nu avem mânuși, perfuzoare, adică sunt niște chestii care pe mine personal mă nemulțumesc, nu am cu ce să îmi fac meseria, oricât aș vrea.*

Cea de-a doua problemă se referă la achiziții ineficiente de aparatură și echipamente de lucru. Angajații reclamă un management defectuos, care conduce la risipirea banilor, la rezolvarea unor interese personale prin achiziții. În spitale există aparate care zac nedesfăcute pentru că personalul nu știe să le utilizeze: V.I., f., Constanța: *Sunt multe aparate care stau și se umplu de praf, nu avem medici care să le folosească.* F.G., f., Constanța: *Banii pe acea aparatură se puteau investi mai eficient, dar s-au „rezolvat” niște interese personale. S-a cumpărat aparatură depășită!* M.C., f., Constanța: *Se achiziționează aparate care la o unitate spitalicească sunt refuzate și atunci sunt dirijate spre alte unități pentru a fi peste un an casate.*

b) Securitatea muncii

Securitatea și igiena muncii reprezintă o componentă importantă a dreptului la protecția socială a muncii și, totodată, un indicator relevant al calității vieții profesionale. Salariații intră permanent în contact cu factori nocivi, fizici, chimici și mai ales biologici. Existența riscului la locul de muncă în sistemul sanitar se remarcă prin existența situațiilor de accidente și boli profesionale, incapacitate temporară de lucru, pe o perioadă sau alta (ni s-au semnalat cazuri de la trei zile la șase luni), la afectarea sănătății pe termen lung. Acest risc este asumat în mod conștient. Vom urmări atitudinea angajaților față de aceste evenimente, explicațiile acestora cu privire la natura și cauzele producerii lor: P.V., f., Galați: *Majoritatea dintre noi devenim alergici în timp, de la dezinfectante, de la antibiotice. Sunt persoane care lucrează cu cei care au cancer, acolo riscurile sunt foarte mari întrucât chimioterapicele sunt foarte toxice și după câțiva ani de lucrat cu ele e grav.* C.L., f., Galați: *Și la noi e periculos, pentru că lucrăm cu citostatice și sunt foarte toxice, în țările din Occident totul se dizolvă sub vid, cu mănuși, iar noi preparăm substanțele respective aici și apoi ne întoarcem și le administrăm. A venit o echipă din Belgia și când au auzit că noi lucrăm cu citostatice, au ieșit din sala de tratamente și au spus că așa ceva nu se poate. La noi, la toate, ne pică podoaba capilară.* A.T., f., Brăila: *La noi, din 30 câți suntem pe secție, o treime avem probleme cu tiroida.* I.L., f., Galați: *Cel puțin la noi, au fost câteva cazuri de SIDA, o bolnavă chiar a și murit, cauza s-a aflat mult prea târziu și a trebuit să stăm șase luni și apoi un an, toată lumea cu teamă, pentru că toată lumea a lucrat cu ea, fiind un caz foarte grav și ea și copilul. A fost un stres pentru că nu puteai să știi dacă nu cumva te-ai contaminat și tu, deși măsurile de siguranță și securitate s-au luat, dar niciodată nu poți fi sigur.*

Ceea ce nemulțumește cadrele medicale în legătură cu expunerea la acest risc de îmbolnăvire îl constituie faptul că el nu este evaluat corect de sistem și nu este recompensat prin alocarea de sporuri pentru toate compartimentele unde se pot produce evenimente de acest gen: M.V., f., Brăila: *Ne-ar trebui un spor de stres... cum au cadrele didactice, învățătoarele... pentru că noi lucrăm cu toate categoriile, și cu agitați și cu cei în sevraj. Nu spun, umblăm după el, (pacientul) pe holuri, nu cumva să sară pe fereastră.* V.D., f., Brăila: *Aici este o problemă, noi lucrăm în secții de spital cu bolnavi proveniți din secții unde se primesc sporuri: TBC, neuropsihiatrie, HIV, iar la noi oricare bolnav venit în urgență repre-*

zintă un potențial infectat cu HIV sau cu... Deci suntem în pericol, iar noi nu primim sporuri pentru lucrurile astea.

„N-avem mănuși” a fost afirmația constantă, repetată la toate dezbaterile, prin care angajații doreau să sublinieze precaritatea condițiilor de muncă sub aspectul protecției, securității la locul de muncă. Sub această expresie se ascunde lipsa echipamentului de protecție, datorată subfinanțării sistemului. Angajații își exprimă nemulțumirea față de faptul că sunt constrânși să cumpere din veniturile personale, de cele mai multe ori, echipamentul de protecție, sau față de faptul că uneori trebuie să lucreze fără nici o siguranță. (M.G., m., Galați: *Știți ce bine este să pui o sondă de puroi și să o iei cu mâna goală?!).* De asemenea, angajații s-au plâns constant și de o lipsă a protecției din perspectiva asigurării gratuității tratamentului pentru ei, persoane care lucrează într-un sistem în care riscurile de îmbolnăvire sunt permanente, pe când alte segmente ale muncii se bucură de gratuități la locul lor de muncă sau chiar în cadrul sistemului sanitar: A.C., f., Brăila: *Nu primim nimic la angajare, în afară de un halat. Primim o jumătate de kilogram de spirt și un pachet de vată pe o lună de zile pentru îngrijirea a 30 de bolnavi, care ajung pe o perioadă de șapte zile, pentru că rulajul e mare. Și când se termină, mai fur de la colega, mai fur de la sală...* S.P., f., Brăila: *Infirmierele cumpără găleți, mopuri și mățuri. Pacientul cumpără calmante, antibiotice. Eu le scriu lista, le dau, după care fug, că încep să țipe. De aici pornesc nemulțumirile. Nici eu ca asistentă nu sunt scutită de nimic, și plătesc orice serviciu. Nu am nici un beneficiu. Noi nu beneficiem nici măcar de rețetă gratuită. La alte ministere, de Interne, Apărare, se beneficiază de gratuitate la rețete, medicamente.*

Nu în toate cazurile a fost afirmată lipsa echipamentului de protecție, ci și existența acestuia, dar într-o cantitate insuficientă. Starea precară a securității la locul de muncă este dată și de alți factori, precum proasta calitate a materialelor de protecție achiziționate prin licitații ce le par dubioase salariaților: H.A., m., Vrancea: *La noi, la Serviciul de Ambulanță, nu ne lipsesc materialele, dar în schimb sunt de proastă calitate.* C.S., f., Brăila: *Pentru că acesta este criteriul de achiziții, prețul cel mai scăzut.* C.R., f., Brăila: *Mostra o aduce de calitate bună, dar produsul final nu!* S.G., f., Brăila: *Oricum, la licitație câștigă cine trebuie sau cine se dorește.* M.M., f., Brăila: *Depinde și de conducerea spitalului, noi am avut cât de cât materiale cât timp a fost cine a fost la conducere, dar după ce s-a schimbat conducerea situația nu a mai fost la fel, nici măcar materialele de proastă calitate nu le mai avem.*

Nemulțumirile legate de igiena la locul de muncă au fost exprimate în legătură cu faptul că angajații sunt nevoiți să-și spele acasă echipamentul de lucru și

să expună la riscuri de îmbolnăvire membrii familiei: N.M.A., f., Galați: *Îți iei halatul acasă, îl bagi în mașina ta de spălat și lași acolo toți microbi...* T.L.M., f., Tulcea: *Asta e cea mai mare durere a noastră, nu e corect!* G.V., f., Constanța: *Ne cumpărăm singuri echipamentul și nu se pune problema să ne spălăm echipamentul în spital, de la încălțăminte la halat, mergem cu microbii acasă.*

Există cazuri frecvente de infectare a cadrelor medicale, datorate folosirii în comun cu pacienții a toaletelor: A.T., f., Brăila: *Pe Urologie, în 18 ani de serviciu, am reușit să schimb câțiva microbi. Infecții urinare pe care le tratez și iar le iau. Și asta pentru că nu există toaletă pentru personal. Deci, toaleta bolnavilor o folosim și noi, cadrele. Nu contează doar mănușile.*

A fost scoasă în evidență, în tot acest context al condițiilor și securității la locul de muncă, eficiența controlului sanitar, observațiile mergând în direcția superficialității acestuia, a formalismului rigorist, a tensiunilor noi care apar datorită lipsurilor de materiale de protecție, a imposibilității obiective de a respecta normele impuse, toate acestea conducând la un risc sporit pentru pacienți și personalul sanitar: M.D., f., Galați: *La noi a venit în control Sanepid-ul, iar eu am avut o problemă majoră: mi s-au aruncat toate prosoapele de către doamna din control la găleata cu gunoi și mi-a zis că trebuie să mă șterg cu prosoape de hârtie. Dar nu mi le dă spitalul și trebuie să mi le cumpăr din banii mei.* M.M., f., Brăila: *Dacă la noi a ajuns și Sanepid-ul să ne spună că decât să folosim un pachet de mănuși la toți bolnavii, mai bine nu mai folosim... protecția mea este inexistentă.* V.R., f., Tulcea: *La noi, condițiile de muncă sunt foarte grele, încă mai avem echipamente de protecție, dar am ajuns să venim de acasă cu materialele cele mai simple, săpunul de mâini, hârtie...;* C.D., f., Tulcea: *Săpunul lichid și hârtia se țin ascunse și se scot doar atunci când avem vreun control, să nu se închidă secțiile;* M.D., f., Tulcea: *Cei care vin în control ar trebui să întrebe mai întâi dacă avem cu ce lucra și abia apoi să facă controlul;* C.D., f., Tulcea: *Nu se întâmplă așa ceva, ei pun problema de ce nu aveți, nu-i interesează cauzele.*

Putem aprecia că angajații din sectorul sanitar sunt conștienți de riscurile la care sunt expuși prin natura muncii lor. Criza din sistem îi determină să recurgă la mijloace de protecție prin efort personal, investind din veniturile obținute atât în echipament de lucru, cât și în tratamentul medical în condițiile în care se produce un accident de muncă. Nemulțumirea principală legată de acest aspect constă în faptul că există o deteriorare a protecției și securității la locul de muncă. Există și o apreciere pozitivă legată de introducerea unor echipamente și tehnici de lucru performante care contribuie la eliminarea factorilor de risc în câmpul muncii.

Lipsește de asemenea materialele de protecție și de lucru, fapt care accentuează riscurile specifice sistemului. Subiecții afirmă că știu cazuri de îmbolnăvire profesională (B.I., f., Constanța: *Au luat TBC, s-au tratat odată cu bolnavii, hepatită*; T.V., f., Tulcea: *Am colegi și cu HIV*); de asemenea, au fost indicate cazuri de deces în rândul personalului, precum Z.V., f., Brăila: *Au și murit. A avut virus B, a dat-o în TBC și într-o săptămână s-a dus*). Uneori, persoanele care se îmbolnăvesc de boli cronice simt presiunea tolerării în cadrul aceluiași serviciu (A.L., f., Tulcea: *Colega din spital a fost marginalizată că are hepatita C, ca și cum i-a făcut un favor că a ținut-o*). Accesul nerestricționat al diferitelor persoane în spital crește gradul de risc, accentuând problemele.

Subiecții au invocat în mod repetat că ar fi corect să aibă dreptul la medicamente gratuite, având în vedere riscurile de îmbolnăvire la care sunt supuși. De notat este faptul că, în bună măsură, este vorba de preluarea ideii unor privilegii, după modelul altor sectoare de activitate. Este posibil ca aceste privilegii, care nu reprezintă o valoare mare decât în cazuri rare, să aibă mai curând un caracter simbolic, trimitând la statutul la care aspiră salariații din sectorul sanitar.

Un factor de stres îl reprezintă și nivelul de educație al pacienților, inclusiv în ceea ce privește educația sanitară.

O privire rezumativă asupra condițiilor de protecție a muncii: R.A., f., Brăila: *De exemplu, la mine pe secție ne cumpărăm echipamentul de protecție din banii proprii. Nu avem mănuși suficiente pentru fiecare pacient în parte. Din cauza asta, se mai produc tot felul de accidente prin înțepare, prin tăiere. S-au descoperit destule cazuri de hepatită. Celelalte afecțiuni nici nu le băgăm în seamă. Nu mai punem la socoteală depresiile provocate de stres. Securitatea la locul de muncă nu este conform criteriilor standard. Instalațiile de oxigen sunt vechi de 20-30 de ani, de când este Maternitatea «eu lucrez în Maternitate» și întotdeauna este pericol de explozie. Trebuie să fim întotdeauna atente cu sursele de oxigen. De asemenea, și substanțele dezinfectante sunt percepute ca având efecte nocive asupra stării de sănătate a personalului din cauza calității acestora și a modului de folosire.*

Condițiile de muncă sunt percepute ca fiind grele și comparativ cu informațiile pe care subiecții le au despre condițiile de muncă din străinătate (B.M., f., Tulcea: *Pentru că tot ne întrebați de comparații, avem și noi colegi care lucrează în străinătate și ne spun că la orice manevră se aruncă perechea de mănuși. La noi trebuie să o păstrezi toată ziua*).

În ceea ce privește dotarea cu aparatură medicală, se remarcă mari discrepanțe între diferite secții, semn fie că nu a existat o strategie unitară de dotare a

secțiilor, fie că diferențele sunt derivate din strategii diferite de management și contexte diverse. Situația este de natură a indica lipsa unor standarde minime de dotare pentru funcționare.

A fost indicată și existența unor locuri de muncă în care salariaților le este amenințată în mod repetat securitatea personală, în special în cazul secțiilor de urgență și unităților de Ambulanță (N.N., f., Constanța: *La noi chiar nu se înghe-suie nimeni să vină pe ambulanță... oamenii se comportă în diverse moduri și asta se știe... puținele cazuri care sunt într-adevăr pentru ambulanță, au familii care se comportă violent și inconștient... mai ales familiile de rromi. Dacă îi iei unuia tensiunea trebuie să o iei la întreaga familie numeroasă. Ce e mai grav, poliția nu se bagă, nu-ți oferă securitate. Am avut cazuri de ambulanță plină cu rromi care făceau scandal și erau și înarmați, iar poliția de peste stradă se uita la noi și nu spunea nimic, dar să mai facă ceva...).*

Alături de riscurile profesionale inerente, la nivelul de pericol al locului de muncă se adaugă riscurile ce derivă din atitudinea pacienților, ajungându-se de multe ori chiar la agresiuni fizice (I.D., f., Tulcea: *Am o colegă care s-a întors, nu are mai mult de un an de zile și nici acum nu se poate obișnui, deși a lucrat mulți ani de zile la noi în spital).*

Programul de lucru

Actul medical reprezintă o formă de activitate socială care se desfășoară în flux continuu timp de 365 de zile din 365 de zile, 24 de ore din 24 de ore, fără un program stabil pentru pauza de masă, dar cu un program stabilit pentru schimbul de zi și schimbul de noapte. Cadrele medicale sunt angajate în acest ritm de muncă neîntrerupt. Ele au indicat faptul că știau de la bun început care este natura locului de muncă și intrând în sistem și-au asumat conștient să răspundă unei activități „la foc continuu”.

Indicatorul de referință în această analiză este timpul de muncă. La un loc de muncă acceptabil social, el este previzibil planificat. Nu și în sistemul sanitar însă, deoarece în funcție de unități, există o singură tură de zi, există activitate în ture, există activități care trebuie acoperite în *week-end* și în toate sărbătorile legale. Răspunsurile primite privesc experiența prin care au trecut participanții în situațiile diferite ale activității lor în sistemul sanitar, de aceea avem în acest caz o analiză care – în consonanță cu indicatorul de referință – este diacronică. În primul rând, să observăm reacția pe care o au participanții față de munca în ture din perspectiva vârstei și a modului cum percep ei că turele de noapte îi afectează diferentiat: *I.M.A., f., Brăila: Deci, dacă în tinerețe, după tura de noapte, ne apu-*

cam de treabă, acum ne ducem și ne odihnim. V.M., m., Brăila: Eu fiind cel mai în vârstă, de exemplu, sufăr de insomnie și chiar dacă sunt obosită după tura de noapte, nu mă pot odihni, eventual până în noaptea următoare, deci pot să stau și toată ziua, deși noaptea nu m-am odihnit, stau și toată ziua și nu dorm, adică nu pot dormi. După atâția ani s-a obișnuit și familia. G.G., f., Brăila: Și nu numai eu, mai sunt colegi care au aceleași probleme, dar ne-am obișnuit, nu facem o tragedie din asta. C.V., f., Brăila: Știam de la început ce ne așteaptă.

Nu vom insista foarte mult în evidențierea, prin relatările participanților, a faptului că turele de noapte îi afectează în toate privințele, descrise de cărțile de specialitate. Trebuie să observăm însă că angajații din sistem sunt conștienți de aceste afecțiuni, le cunosc din pregătirea lor teoretică și, așa cum am mai menționat, își asumă conștient aceste urmări.

În sine, turele de noapte nu sunt un factor de nemulțumire profesională. Și angajații au recunoscut acest lucru în mod direct. O parte dintre ei s-au declarat chiar mulțumiți de existența acestor ture, deoarece beneficiază de timp liber în cursul zilei când pot rezolva nenumărate probleme personale: L.G., f., Constanța: *La noi s-a încercat să se impună un program 8 cu 16, nu am fost de acord, și atunci s-a acceptat 8/12/24, ceea ce ni se pare un program foarte bun, pentru că ne odihnim și ne rezolvăm o mulțime de probleme. N.M., f., Buzău: E un avantaj mare. Pentru că avem timp liber și pentru familie și pentru tot ceea ce ne trebuie. D.L., f., Galați: Deci, eu văd și o parte bună. De ce? Că ai un program flexibil, de exemplu, de regulă se merge pe zi-noapte, liber-liber; și, deci, eu personal, stau mai mult cu copiii acasă.*

Turele de noapte devin un factor de nemulțumire în combinație cu unele situații din sistemul sanitar, precum plata lor relativă, creșterea volumului de muncă datorată personalului insuficient, expunere mai mare la agresivitate din partea pacienților sau aparținătorilor. S.N., f., Brăila: *La noi sunt foarte multe nopți și foarte grele. B.G., f., Brăila: Și se plătesc doar patru nopți pe lună pentru a obține sporul de noapte, dar din lipsă de personal mai facem și câte 7- 8 pe lună.*

În privința programului de lucru, am observat care este opinia participanților în legătură cu modul în care turele de noapte afectează calitatea actului medical. În mod constant, au afirmat că acest lucru nu se întâmplă sau că nu ar trebui să se întâmple, însă volumul mare de muncă asociat cu lipsa de personal conduce la scăderea calității actului medical: G.L., f., Brăila: *La sfârșitul programului, calitatea serviciului nu mai e aceeași, nu mai ești calm. T.M., f., Tulcea: Când ești rupt, e afectată și calitatea actului medical, nu mai ai aceleași reflexe. Vezi*

spre dimineață că nu te mai poți concentra, te uiți de două ori pe fiolă. N.G., f., Brăila: Trebuie să recunoaștem că devenim puțin irascibile și nu mai putem să dovedim la 85 de persoane, nu mai ai cum să zâmbești în fața pacientului. De multe ori trebuie să fii în două locuri deodată: doctorul strigă într-o parte, pacientul în altă parte. D.M., f., Vrancea: Sănătatea este afectată de ture. A.M., f., Buzău: Calitatea serviciilor nu este afectată. Ne-am obișnuit. Și când facem ceea ce ne place nu facem diferențe între tură de zi sau noapte. Cei tineri nu se adaptează la muncă suplimentară. A.M., f., Buzău: E greu, că nu avem medic de gardă și până apelăm la un medic, trebuie să luăm atitudine noi și de cele mai multe ori reușim să facem față, pentru că ne-am pregătit în acest sens.

Programul de lucru nu este în momentul de față clar reglementat după analiza efectuată pe răspunsurile date de participanți. Pe lângă ritmul biologic dereglat de existența obligatorie a turelor de noapte, specific naturii muncii, se adaugă stresul datorat personalului insuficient la locul de muncă în urma blocării posturilor și a creșterii, din acest motiv, a volumului de muncă. În plus, se adaugă nemulțumirea față de munca neplătită.

Condițiile de muncă sunt înrăutățite de lipsa personalului, situație ce accentuează problemele și scade calitatea serviciilor medicale: R.M., f., Brăila: Calitatea în mediul medical, dacă ești obosit, poți greși; R.M., f., Brăila: Când simți că nu mai poți, tragi de tine să ajungi la patul pacientului. Ți-e rău pur și simplu dacă ești foarte obosită și de diminețile repetitive; B.C., f., Vrancea: La mine e greu, pentru că suntem trei asistente și o infirmieră la 70-80 de bolnavi, noaptea); lipsa personalului afectează calitatea serviciilor medicale într-o măsură considerabil mai mare decât turele de noapte: N.M., f., Buzău: Da, avem liber o zi după tură, dar mai e și familia, trebuie să facem toate treburile casnice, este și copilul care trebuie urmărit la lecții și ne afectează. Cu toate acestea, subiecții recunosc diminuarea abilității de a efectua manevrele medicale în orele târzii din noapte (B.C., f., Vrancea: La mine e greu pentru că suntem trei asistente și o infirmieră la 70-80 de bolnavi, noaptea), intervenind modificări chiar și în atitudinea față de pacienți (N.G., f., Brăila: Trebuie să recunoaștem, totuși, că devenim puțin irascibile și nu mai putem să dovedim la 85 de persoane, nu mai ai cum să zâmbești în fața pacientului. De multe ori trebuie să fii în două locuri deodată: doctorul strigă într-o parte, pacientul în altă parte). Atitudinea față de lucrul în ture este variată, de la caz la caz, în funcție de interesele personale: B.E.D., f., Galați: Lucrul în ture, la 12 ore, nu ar fi o mare problemă, lucrăm în acest ritm de cel puțin 11 ani, nu cred că aș relua activitatea la 8 ore, întrucât avem mai multe libere. Dar, după o tură de 12 ore, nu pleci în nici un caz odihnit acasă să poți relua o alta

activitate cu familia; I.I., f., Tulcea: Când vii din tura de noapte, ești obosit și îți mai rezezi copilul sau soțul.

Se poate vorbi și de existența unui gen de resemnare, camuflată în spatele unei atitudini de asumare, întâlnită cel mai adesea prin intermediul formulei „ști-am de la început ce ne așteaptă!”. Din acest motiv se poate vorbi și de existența unei viziuni eroice pe care o au salariații față de propria profesie, întâlnită mai ales în cazul cadrelor medicale.

Având în vedere ponderea pe care o au femeile în totalul personalului medical, se poate vorbi de existența unei probleme specifice, derivate din obligațiile familiale pe care acestea le au în mod tradițional: B.C., f., Vrancea: *La mine e greu, pentru că suntem trei asistente și o infirmieră la 70-80 de bolnavi, noaptea.* Totodată, viața de familie poate fi afectată datorită stării de oboseală și stresului: I.I., f., Tulcea: *Când vii din tura de noapte ești obosit și îți mai rezezi copilul sau soțul; C.D., f., Tulcea: Păi după o tură de noapte albă, mă duc și mă culc. Am dormit două ore, v-am spus, da? Dacă adorm aici să nu vă supărați. Și mă duc acasă. Acasă trebuie să-mi reiau activitatea de mamă și soție. Și eu am copilul mai mic, iar dacă se întâmplă să fie bolnav, mai am încă o noapte pierdută cu el.*

Salariații care lucrează în ture sunt afectați în mod diferit, una din cele mai importante variabile constituind-o secția în care lucrează. În acest sens, există secții unde turele de noapte sunt extrem de obositoare, cele mai dificile fiind terapia intensivă și urgențele: B.V., f., Galați: *Colegele mele, dimineața când ies din tură, sunt verzi. Mai ales cele care lucrează pe terapie intensivă.*

Unii subiecți au reclamat faptul că turele de noapte le afectează în mod semnificativ sănătatea sau bioritmul, dereglarea somnului fiind cel mai des invocată: C.C., f., Galați: *Eu sufăr de insomnie cronică. De când am început să lucrez în nopți mi-am dereglat total sistemul de dormit. Îmi afectează munca. De multe ori mă ceartă medicul că sunt prea adormită.* La acestea se adaugă creșterea semnificativă a consumului de cafea și, la fumători, țigările: I.R., f., Brăila: *Cafea în exces. Cele care fumează, fumează mai mult.*

Aprecierea la locul de muncă

Promovarea

În privința facilităților de promovare la locul de muncă, acest indicator urmărește să identifice cazul particular al satisfacției la locul de muncă dat de aprecierea existentă în raport cu efortul depus și în corelație cu percepția avută de angajați față de motivația muncii și modalitatea în care este stimulată performanța

în carieră. Motivația socială a muncii, gândită la nivelul sistemului sanitar, unde așteptăm performanțe în actul de sănătate, reprezintă un indicator al gradului în care societatea respectivă și-a planificat conștient să dispună de cadre competente și interesate în devenirea profesională.

Aprecierea muncii este un semnal complex venit din partea angajatorului, a șefului, a echipei de lucru, din partea pacientului, ca beneficiar al actului medical, din partea aparținătorilor și, nu în ultimul rând, chiar din partea angajatului. A măsura felul în care se bucură de apreciere la locul de muncă angajații din sistemul sanitar, înseamnă a preciza felul în care ei au perceput acest semnal complex. De aceea, prezentăm în continuare cele mai relevante puncte de vedere exprimate în legătură cu experiența trăită de angajați față de acest fapt subiectiv al aprecierii.

La întrebarea generală cu privire la apreciere, cele mai frecvente răspunsuri au fost: „uneori da, alteori nu”. Acest fapt a indicat realitatea conform căreia în sistem nu este instituită o formă de apreciere continuă, constantă. Problematizând tema aprecierii, participanții au conștientizat faptul că la nivelul colectivului există o apreciere reciprocă, dar funcționează mai curând pe orizontală, între lucrătorii cu responsabilități asemănătoare. Ș.V.T., f., Galați: *În sănătate există o diferență foarte mare între categoriile de lucrători. Și aici, cu toate că vrem să spunem că suntem o echipă, dar de fapt nu suntem o echipă, trebuie să diferențiem între cei cu studii superioare la care nu putem ajunge, între asistentul care trebuie să facă totul și categoria de îngrijitoare, care la rândul lor nu prea sunt apreciate. Încă avem de lucrat în problema asta și nu știu când vom reuși să schimbăm ceva în România.*

Aspirația exprimată în diferite rânduri este către o formă de activitate în care să domine spiritul de echipă, indiferent de gradul de pregătire și de rolul exercitat, spirit dominat de încredere, comunicare și respect reciproc, deseori fiind invocat modelul occidental de lucru în sistemul sanitar: S.D., f., Constanța: *Medicul nu poate să lucreze fără asistente, asistentele nu pot să lucreze fără medic și există o colaborare.* S.D., f., Constanța: *Ni s-ar putea spune: Da, mulțumesc! pentru astăzi.* H.A., f., Constanța: *Astfel am avea o satisfacție, nu neapărat bănească.*

În lumina acestui deziderat, participanții au arătat că în raport cu angajatorul, cu șefii ierarhici, aprecierea ia următoarele aspecte:

- **O foarte bună apreciere din partea șefului:** N.N., f., Constanța: *Noi suntem o echipă de câțiva oameni foarte uniți. Avem un șef extraordinar, poate prea bun pentru timpurile acestea, formăm un colectiv unit.* N.D., f., Galați: *Eu*

am un șef minunat, în primul rând că ne ascultă pe toți în orice problemă: ne întâlnim, discutăm și găsim o soluție. Se implică în muncă și asta contează cel mai mult; în patru ani spitalul arată super, ceea ce se vede, e un fapt obiectiv, și astfel ne apreciază și dumnealui pe noi și noi pe dumnealui. I.M., f., Constanța: Șeful direct ne apreciază; se face diferența între persoanele care se implică mai mult și cele care se implică mai puțin. Îmi adresează aprecieri destul de rar, dar mă simt foarte bine atunci.¹⁵

O apreciere tacită, exprimată mai curând în mod implicit: S.F., f., Buzău: Din partea șefilor, în mod tacit, sunt mulțumiți de activitate, dar nu te recompensează, mai vin niște sarcini în plus și atunci îți dai seama că totuși ești apreciată, dacă îți mai dau niște sarcini, înseamnă că e mulțumit de tine. De observat că acest gen de apreciere este pe fond destul de vizibil pentru salariați prin modalitatea de acordare a sarcinilor dificile, el dovedind încredere în capacitățile salariatului. Suplimentar, relațiile de apreciere exprimate prin încrederea în capacitățile profesionale sunt vizibile și în domeniul de acțiune al plăților informale, șefii selectând pentru a trata pacienții cu *dare de mână* de regula angajații competenți.

O lipsă de apreciere sau chiar un comportament jignitor: I.M., f., Galați: Dacă ai făcut ceva bine, e firesc, pentru că așa trebuia să faci, așa scrie în fișa postului sau eventual se spune că se putea și mai bine, deși tu ți-ai dat silința și în momentul în care ai făcut 100 de chestii bune și a 101-a ți-a ieșit puțin mai prost, ești pus la zid, uitându-se de toate... D.A.M., f., Galați: Și mai este o problemă: în ciuda faptului că ai greșit din cauză că ești epuizată, pentru că muncă este foarte multă și personalul puțin, deja superiorii ierarhici nu numai că nu-ți spun „vezi că ai greșit acolo”, ci se vorbește cu apelative, cu injurii... ești amenințat să taci din gură, că mai sunt alți zece la poartă. Noroc că sunt posturile blocate. I.M., f., Galați: În spital, limbajul este oricum mai colorat decât în orice altă instituție. V.M., f., Galați: La noi circulă o vorbă, că medicii din șase ani de facultate, în primii doi ani învață să înjure.

Sistemul sanitar nu are bine organizate metodele de evaluare și de tratament diferențiat, fiind prezente fie orientările de tip feudal în acordarea recompenselor, acestea fiind stabilite în funcție de nivelul obedienței față de șef (N.M., f., Buzău: S-a luat salariul de merit. Salariul acesta trebuie să fie serios, se dă de

¹⁵ Având în vedere diferența de sex între șef și persoanele care se simt apreciate, nu putem stabili dacă în cauză intervin și aspecte emoționale, deoarece cercetarea nu a fost orientată în această direcție. Din perspectiva altor relatări știm însă că există cazuri în care relațiile afective (mărturisite sau nu) intervin și influențează pe cele profesionale.

*obicei pentru fata de la calculatoare, pentru asistenta șefă și din când în când pentru o infirmieră), fie de cele de tip socialist, existând o distribuție uniformă a recompenselor, ce șterge orice diferențiere și acționează nestimulativ: S.R., f., Vrancea: *Toți muncim, de aceea evaluând activitatea pe ani, am convenit să luăm pe rând*; I.V., f., Vrancea: *Trebuia făcut ceva atunci când se dădeau acele salarii de merit, să nu se mai dea în fiecare an aceleiași persoane, trebuiau date chiar pe merit.**

Nu există un sistem coerent de recunoaștere diferențiată a meritelor profesionale și de recompensă a acestora: C.L., f., Galați: *Pentru că regula este cu totul alta. Dăm salarii de merit ca o ajustare a salariului, nicidecum ca un stimulant al celor care lucrează.* Nemulțumirea este accentuată și de viciile sistemice de încadrare salarială, acestea conducând la situații aberante, în care un angajat cu vechime și experiență considerabilă ajunge să aibă salariul mai mic decât un nou venit, în condiții de nivel de studiu identice: P.G., f., Buzău: *Nu întotdeauna cei care vin în sistem la noi au salarii foarte mici, nu există o ierarhizare a salariilor, sunt alții care au salarii mai mari ca mine, chiar dacă au vechime puțină*; în discuție este, în special, efectul creat de limitările legale ale creșterilor salariale, combinat cu aplicarea sistemului anterior de evaluare a performanțelor salariale pentru creșterea salariului. Având în vedere întinderea cercetării în timp, cele mai multe referiri sunt făcute la sistemele anterioare de salarizare, însă studierea actualului sistem de salarizare, în cadrul căruia diferențierile sunt aproape imposibile, ne conduce la concluzia că problema nu numai că persistă, ci chiar s-a accentuat: M.A., f., Buzău: *Și oricum, de când s-a decis de la Guvern să nu se mai dea salariile de merit și alte compensații, nu îți mai arată nimeni nici o mulțumire, indiferent de ce ai face sau ce caz ai, tot nu ești recompensat în nici un fel.* Sistemul de control pare disproporționat comparativ cu cel de recompensă: I.V., f., Vrancea: *Moderat, dacă faci ceva mai puțin decât trebuie se vede, dar dacă faci mai mult decât trebuie nu se vede.*

Prezența unui model neo-feudal de organizare și conducere în unele unități sanitare este vizibilă și în anumite modalități standard de adresare către personal, salariaților spunându-le în mod repetat că nu sunt de neînlocuit (B.C., f., Vrancea: *Facem, dar să ne aprecieze efortul. Ni se spune că suntem ușor de înlocuit, că nu suntem de neînlocuit, așteaptă mulți la poartă*) și nefiind stimulați în propria pregătire profesională: C.L., f., Tulcea: *Nici sindicatul nu ne oferă cursuri de specializare, de reconversie*; N.M., f., Constanța: *Spitalul nu ne-a oferit nimic. Chiar și OAMMR ne obligă să luăm credite, dar plătim totul*; A.Z., f., Constanța: *Creditele sunt obligatorii, dar nu ne permit să promovăm, sunt formale sub acest aspect.*

În contextul reducerilor salariale și a schimbărilor tot mai dese de management, dispar și inițiativele izolate de a crea forme inedite de stimulare a excelenței: O.G., f., Buzău: *La noi mai era chestia aceea cu salariatul anului, angajatul anului și am primit niște diplome din partea șefilor, dar anul trecut nu au mai fost.*

S-a remarcat în multe cazuri absența unui comportament civilizat din partea superiorilor ierarhici: D.A.M., f., Galați: *Și mai este o problemă, în ciuda faptului că ai greșit din cauză că ești epuizată pentru că munca este foarte multă și personalul puțin, deja superiorii ierarhici nu numai că nu-ți spun „vezi că ai greșit acolo”, ci se vorbește cu apelative cu injurii.* B.C., f., Galați: *Și la mine se întâmplă. Mi-a spus un domn doctor „să vina o libelula la mine” și m-am uitat în sus spunând că nu este nici una și atunci s-a corectat și mi-a spus să îi trimit o față mai tânără. Adresabilitatea și felul cum comunică cu noi, considerându-ne niște slugi, pe mine mă deranjează.*

În discuție au fost puse, în special, aprecierea din partea pacienților și a șefilor ierarhici la nivel de raport individual și recompensa materială a muncii, exprimată prin salariu și diferitele tipuri de sporuri. De asemenea, salariații au indicat și soluția *facilităților* (luând exemplul altor instituții) drept o formă de apreciere.

Față de angajatori, față de conducerea unității, angajații intervievați arată că nu se bucură de apreciere. Există o distanță foarte mare, sub forma barierelor de comunicare: C.V., f., Brăila: *Desființarea barierelor de comunicare între manager și personal ar ameliora foarte mult relațiile de muncă; chiar dacă acum este o perioadă grea, pe care o înțelegem cu toții, numai prin discuții, ori vorbe bune, te-ar putea face să te simți mai bine, să comunici.* Nu lipsesc însă subiecții care se simt apreciați la locul de muncă: G.L., m., Brăila: *Șeful direct ne apreciază; se face diferența între persoanele care se implică mai mult și cele care se implică mai puțin. Mă apreciază cam rar, dar mă simt foarte bine atunci. Dar și pacienții. Între colegi mai există și o mică invidie¹⁶.*

Așteptările în privința aprecierii din partea angajatorului există, și ele pot fi sintetizate sub forma propunerilor exprimate de participanți: recompensă materială, în genul salariului de merit, evidențierea periodică a activității secțiilor în

¹⁶ Pentru o analiză clară a formelor și mecanismelor de recunoaștere este necesară desfășurarea unei alte cercetări care să ia în considerare și cercetarea unor relații informale, deseori chiar personale, mai rar recunoscute oficial, dar care au caracter „folcloric” între șefii ierarhici și angajați, între medici și asistente etc., inclusiv analiza relațiilor sexuale la locul de muncă. Prezenta cercetare nu a fost proiectată pentru identificarea unor aspecte de acest gen, care însă nu lipsesc. Spre exemplu, referința la „invidia existentă între colegi” poate ascunde și o trimitere la o relație mai specială cu șeful ierarhic.

cadrul Consiliului Medical, alocarea de fonduri angajaților cu merite deosebite pentru cursuri de formare profesională, recompensă financiară pentru Angajatul Lunii, distincții simbolice cu ocazia sărbătorilor anuale.

În privința aprecierii din partea pacienților, cele mai multe răspunsuri au indicat faptul că ea există și este legată de rezolvarea cazului. Chiar și în situații de deces ale pacienților, este apreciat efortul depus de cadrele medicale: J.A., f., Tulcea: *Eu am avut pacienți care au decedat, dar de sărbători mă sună aparținătorii lor să îmi ureze sărbători fericite.* Ni s-au semnalat însă și situații în care pacienții nu apreciază cadrele sanitare, se comportă agresiv și jignitor, dar acest aspect va fi scos în evidență în contextul altor analize ale prezentei cercetări. Atunci când au indicat existența unor aprecieri la locul de muncă, subiecții s-au referit în cea mai mare parte la mulțumirile din partea pacienților: C.C., f., Galați: *Eu lucrez la Maternitate și locuiesc aici aproape de spital. Vreau să zic că am o mulțumire când plec de acasă până la spital și îmi dau mămicile «Bună ziua» și poate nu le cunosc și îmi spun «Am născut la dumneavoastră. M-ați uitat?». Am o satisfacție enormă. E și asta un motiv de mulțumire.*

Din răspunsurile participanților, a rezultat faptul că am rămas la nivelul de promovare clasic: de la asistent debutant la asistent principal/șef. Iar dacă vrei să promovezi la șefia unei secții, atunci mai apare și bariera politică: S.A.D., f., Brăila: *De când a intervenit politicul, foarte mult s-a pierdut, foarte mult și speranța de a reuși; speranța, nu numai oportunitatea.*

Răspunsul în bloc a fost că în sistemul sanitar nu există oportunități în carieră, decât dacă părăsești sistemul, sau te faci direct medic, facultățile de asistenți medicali fiind iluzii care te apropie de statutul superior al unui cadru medical, fără ca sistemul să-ți modifice responsabilitățile conferite de studiile medii.

Aspirația salariaților este favorabilă existenței unor oportunități în carieră: S.M., f., Constanța: *Ar trebui să avem și noi o ierarhie, care să presupună atribuții diferențiate și care să ne mobilizeze în forme de pregătire superioară, în responsabilități mai mari, deoarece ar ajuta sistemul, ar ajuta și medicii.* Iar în conștiința lor profesională există modele de comparație cu alte sisteme sanitare: I.S., f., Constanța: *Sistemul nu ne oferă posibilități să facem carieră. În Statele Unite există grade. Se poate promova în funcție de pregătire, de capacități. Poți ajunge până la asistent cu grad, având drept de parafă. Ar fi bine să se implementeze și la noi o asemenea formă. Noi nu avem decât un grad: gradul principal, la care ajungem cu toate.*

Se remarcă și diferențele salariale aduse de nivelele diferite de studii, fără ca acestea să se aplice în toate cazurile: D.V., f., Tulcea: *Eu am făcut Facultatea*

de Asistente, dar nu m-a ajutat la nimic, nici măcar mărirea de salariu nu am primit-o cât trebuia, care însă nu se regăsesc la nivelul atribuțiilor: A.C., f., Brăila: La noi există acele ierarhizări pe bază de studii, dar în practică toți fac același lucru și nu mi se pare corect ca să-i plătești diferențiat numai pe criteriul studiilor. Ne încurajează să facem cursuri pe banii noștri.

Asistenții medicali remarcă absența unui traseu de carieră stimulativ: A.M., f., Galați: *De la asistent principal nu mai sunt promovări, acesta este gradul cel mai mare; G.L., f., Brăila: Practic, o viață, un infirmier rămâne la același nivel, contează doar vechimea. În alte profesii există ierarhizare, la noi nu. T.M., f., Tulcea: Nu permite sistemul, nu e structurat ca atare. Nu există o ierarhie. În rândul elementelor care descurajează interesul pentru propria formare profesională figurează și faptul că nu este recompensată la timp, uneori foarte greu sau chiar deloc, absolvirea formelor de pregătire profesională: G.L., f., Brăila: Șeful direct ne apreciază; se face diferența între persoanele care se implică mai mult și cele care se implica mai puțin. Mă apreciază cam rar, dar mă simt foarte bine atunci. Dar și pacienții. Între colegi mai există și o mică invidie; T.I.F., m., Galați: S-au dat o grămadă de titluri și de principale și nu sunt retribuiți pe gradul care l-au obținut prin examene, ca cei din conducere, prim-ministrul și cei din guvern au zis că s-au blocat și degeaba și-au dat examenele și nu o să primească banii pentru asistent principal, de exemplu. Unii subiecți au reclamat absența cursurilor gratuite de perfecționare.*

Studiul a determinat și existența schimbărilor prea dese în cadrul planului de formare al asistentelor medicale: S.M., f., Constanța: *Eu am făcut postliceala, apoi pe vremea lui Ceaușescu s-a schimbat, a trebuit să fac altceva și apoi după '89 colegiul și tot așa, faci 20 de ani de școală ca să fii tot asistentă; cum se schimbă guvernul mai schimbă și ei ceva.*

Având în vedere „lucrul cu oamenii”, subiecții și-au arătat sensibilitatea la manifestările de mulțumire: N.N., f., Constanța: *Uneori o vorbă bună ar fi de ajuns sau o încurajare, o apreciere verbală măcar. Astfel de lucruri contează foarte mult pentru noi, pentru psihicul nostru, ne-ar motiva.*

Lipsa aprecierii poate conduce la demotivația personalului: I.M., f., Galați: *Ni se cere devotament, dar nu avem nici un fel de satisfacție, n-am fost plătită nici o ora suplimentară în viața mea niciodată, atunci ce motivație să ai, că ești plin de elan o vreme, un an, doi, trei, dar apoi îți pieri orice elan, te uzezi, te înrăiești și astea se răsfrâng și în viața personală, ajungi acasă, nu mai ai chef de nimic. Absența unui sistem just și funcțional de apreciere a salariaților a fost exemplificată și prin intermediul salariaților incompetenți care rămân în activitate: R.C., f.,*

Buzău: *Dar, un astfel de coleg, îți îngreunează și munca, numai cât te uiți pe grafic și îți pui mâinile în cap când vezi după cine ești. Eu nu am văzut pe nimeni dat afară pentru incompetență până la ora asta, îngreunând în mod considerabil activitatea colegilor.*

În privința promovărilor și oportunităților în carieră, din răspunsurile participanților a rezultat, ca idee dominantă, faptul că sistemul românesc de sănătate nu este construit pe această axă a stimulării și recompensei în actul muncii. Ceea ce confirmă teoria (după cum a afirmat și un respondent, că sistemul funcționează din inerție) că dacă satisfacția este mai înaltă față de profesie decât față de locul de muncă, atunci conducerea speculează și exploatează acest resort intim al omului, în defavoarea stimulării lui materiale. Este exploatată vocația omului, iar lucrătorii din sistemul sanitar au afirmat constant, sincer, că sunt dăruiți muncii pe care o desfășoară. Este de condamnat aici cinismul unei orientări ideologice care, punând accent pe libertatea concurențială, neglijează un segment generos al forței de muncă, cel care se dedică slujirii semenului, fără a pune în balanță recompensa financiară. Aici liberalismul își demonstrează limitele și face loc virtuților unei viziuni care are în vedere o echitate a aprecierii importanței sociale a muncii. Dincolo de această atitudine personală, subliniem faptul că, aici, în joc se află ceea ce unul din părinții disciplinei sociologice Calitatea Vieții – Bertrand de Jouvenel – descoperea a fi servicii neplătite efectuate de membrii societății, cum ar fi grija părinților față de copii sau a copiilor față de bătrânii lor părinți. Generozitatea acestui serviciu, dăruirea dezinteresată trece dincolo de granițele familiei, iar lucrătorii din serviciul medical, ca și profesorii, preoții, reprezintă o formă de activitate care, pentru lumea actuală prinsă în vârtejul neoliberalismului, ar trebui să fie răsplătită prin ceea ce numim facilități legate de *promovări și oportunități în carieră*. Consecvența unei astfel de atitudini poate fi urmărită în planul existenței acestei practici în sistemul muncii, care s-ar îmbina cu echitatea socială sau recunoașterea importanței sociale a muncii depuse: C.V., m., Galați: *Nu există o recunoaștere din partea sistemului. Recunoașterea socială se face în funcție de venituri.*

Relațiile de muncă

Relațiile la locul de muncă constituie un indicator important al calității vieții profesionale, după siguranța la locul de muncă. Relațiile în cadrul echipei de lucru indică gradul de mulțumire pe care îl trăiesc oamenii pentru ceea ce fac. Cooperarea în actul muncii, în prelungirea actului în sine care definește natura

profesiunii, este un semn al reușitei în viață, al împlinirii personale. O sinteză a atmosferei la locul de muncă este edificatoare în acest sens:

M.: *Cum ați descrie atmosfera la locul de muncă?*

P.A., f., Galați: *De cele mai multe ori plăcută.*

C.A., f., Vrancea: *Depinde și de colegi, trebuie să mai și lăsăm puțin de la noi uneori.*

A.D., f., Vrancea: *Pentru mine revenirea la serviciu a fost o încântare.*

P.A., f., Galați: *Eu pe anul trecut nu mi-am luat concediu de odihnă, am preferat să stau alături de colege.*

Din perspectiva asistenților medicali locul de muncă în sistemul sanitar presupune implicarea în relații colegiale, pe orizontală, la același nivel, și relații pe scară ierarhică, cu medicii, managerii. În același timp, am căutat să identificăm cum se derulează cooperarea între diferite secții, compartimente din sistemul sanitar. Am introdus întrebarea cu privire la programarea concediului de odihnă, ca o formă de verificare a sincerității afirmațiilor legate de relațiile colegiale, dat fiind că cea mai sensibilă chestiune într-un colectiv este această planificare a timpului liber și ea dă măsura înțelegerii dintre oameni. Vom urmări, așadar, care este atmosfera la locul de muncă pe cele trei paliere.

Răspunsurile semnificative privind relațiile intercolegiale au scos în evidență o diversitate de situații, încât nu putem indica spre ce parte ar înclina balanța, ce anume ar domina, buna înțelegere sau starea de tensiune. Cele mai multe răspunsuri au indicat faptul că o armonie perfectă nu există, deoarece fiecare persoană participă la un colectiv cu zestrea ei caracterială și inevitabil apar tensiuni care se aplanează pe parcurs. Mai presus de tensiuni, participanții au arătat că primordial este interesul acordat pacienților. Ceea ce am surprins însă este o deteriorare a relațiilor la acest nivel, datorată degradării condițiilor materiale la locul de muncă, amenințării pierderii locului de muncă, insuficienței personalului și a creșterii volumului de muncă: N.M.A., f., Galați: *Conflicte cu colegii de muncă există datorită acelor disponibilizări.*

Chiar dacă în mod sporadic, plățile informale intervin și ele în perturbarea relațiilor firești cu șefii ierarhici, funcționând în general pe modelul șpaga dată la angajare urmată de cotizația permanentă: M. C., f., Galați: *Un caz concret, nu pot să dau nume, nu e de la mine din secție dar tot din sistemul sanitar, dar dacă nu întreții...*

În relațiile cu șefii ierarhici există o atitudine de respectare a ierarhiei, de menținere a distanței, deseori de supunere necondiționată. Subordonarea ierarhică autoritară este foarte puțin apreciată, fiind motivată doar de nevoia de a se menți-

ne ordinea și disciplina la locul de muncă. Aprecierea că „șefii au rămas cu mentalitatea comunistă” a fost foarte des exprimată și nu numai cu prilejul acestei întrebări. Angajații doresc să se schimbe natura relațiilor la acest nivel, aducând argumentul muncii în echipă după modelul Occidental, unde există un respect reciproc între toate cadrele medicale. Au fost menționate cazuri de conflicte directe cu superiorii, soluționate în defavoarea subordonaților. O puternică sursă de tensiune cu medicii o reprezintă, cum am întâlnit și într-un alt context, nedelimitarea clară a sarcinilor ce revin angajaților la locul de muncă, preluarea de către asistenții medicali a unui număr semnificativ de atribuțiuni care revin medicului și pe acest fond neglijarea atribuțiunilor legate de tratarea pacienților. Într-un cuvânt, cum se va observa, sunt copleșiți de actul birocratic socotit ca fiind în afara profesiei și inutil.

Avem și puncte de vedere exprimate de șefii ierarhici. Astfel, un medic a arătat că doar spiritul de echipă cimentează relațiile la locul de muncă și construiește încrederea reciprocă între cei ce participă la actul medical. Medicii ar trebui să urmeze la facultate cursuri de comunicare, pentru a impune o atmosferă de cooperare la locul de muncă. Șefii sunt cei care au o mare responsabilitate în medierea conflictelor, în crearea stării de tensiune sau a spiritului de echipă.

În privința relațiilor existente la nivelul secțiilor/departamentelor răspunsurile au indicat faptul că există colaborare, înțelegere. Constant, s-a afirmat ca disfuncționalitate relația dintre instituția Medicului de familie și Unitatea de Primiri Urgențe. Reglementările noi, privind atribuțiunile Medicului de familie au aglomerat acest serviciu de Primiri Urgențe, determinând ca o parte însemnată din populația care are nevoie de un consult medical să evite programarea la cabinetul medical de care aparține și să se prezinte direct la UPU: N.D., f., Galați: *Dar mulți medici de familie, știți cum fac acum mai nou: sună bolnavul la medic, domnule doctor uitați am problema asta și acesta le spune să sune la salvare, să-l ducă la spital.* M.M., f., Tulcea: *Vine omul la urgențe și spune că pe el la programat peste 3 zile, dar lui îi este rău acum.*

Unii subiecți au invocat nivelul scăzut al respectării deontologiei profesionale în cazul șefilor ierarhici și unora dintre medici (G.A., f., Galați: *Respect de sine, când a depus jurământul nu l-a depus ca să-și umple buzunarele. Dacă nu îl respectă te face și pe tine să te schimbi*), drept unul din factorii ce agravează atmosfera profesională, în special prin exemplul pe care-l furnizează colegilor și care se propagă.

Subiecții au reclamat și un tratament inegal al diferitelor categorii profesionale: V.D., f., Brăila: *Noi suntem colegi cu doctorii, ei nu noi, nu.*

Conflictele

Unii subiecți consideră că sistemul este marcat de o stare conflictuală generalizată (A.T., f., Galați: *O stare conflictuală care e de sus menținută. E un conflict permanent din orice, din nimic*; D.A.M., f., Galați: *E suficient să atingi o coardă sensibilă și...*) sau de o tensiune generală, motivată și de faptul că sectorul sanitar este tributar vechilor sisteme de organizare (A.M., f., Galați: *În sistemul sanitar nu s-a eradicat comunismul, nu poți spune liber ce gândești, nu ai dreptul să te aperi. Într-un conflict cu un superior nu ai voie să te argumentezi, ai voie doar să fii certat și să ascuți*). Încercările de a rezolva situațiile tensionate nu au succesul scontat: A.T., f., Galați: *La noi a existat un conflict mai mare. Un grup de personal medical s-a unit împotriva unui șef și a făcut reclamație împotriva unui superior și răspunsul a fost „voi nu sunteți sănătoși la cap” și nu s-a rezolvat nimic.*

a) Conflictul medici-asistenți, asistenți-medici

Relațiile dintre diferitele categorii profesionale au deseori un caracter conflictual mocnit, pe primul loc situându-se relația medici-asistenți. În acest plan sunt în discuție atât atitudinea (de ambele părți, dar în special a medicilor față de asistenți), cât și atribuțiile profesionale: R.N., f., Galați: *Noi am permis treaba asta; dacă ne-am uni toate să facem doar ce ține de atribuțiile noastre, atunci nu s-ar mai ajunge la situații din acestea; unde pun parafa ei, ei trebuie să scrie, nu noi. Ei au impresia că tot ce facem noi pentru ei așa trebuie făcut, nu mai știi ce au ei de făcut și ce avem noi.* Din partea asistenților este aclamată o atitudine de colaborare, rod al unei culturi profesionale specifice, bazată pe împrumuturi din modelele occidentale (I.G., f., Brăila: *Deci nu există unul fără altul. Medicul nu poate să lucreze fără asistente, asistentele nu pot să lucreze fără medic și există o colaborare*; T.M., f., Tulcea: *Afară, relațiile medic-asistent sunt de colegialitate*), în condițiile în care aceasta lipsește la momentul actual: I.V., f., Vrancea: *Este foarte greu să schimbi mentalități. Cel puțin la noi, nu există colaborare între medici și asistenți.* Uneori, conflictele sunt recunoscute ca atare de către cei care le întrețin sau le suportă (S.M., f., Constanța: *Și noi când am preluat secția erau conflicte majore*; V.D., f., Constanța: *La noi conflictele sunt tăcute, deoarece medicul pune în spatele asistentelor aproape toate treburile, chiar dacă ai sau nu timp. De aici pornesc conflictele. Facem și o mulțime din lucrurile pe care trebuiau să le facă ei. Mai sunt conflicte și între cei mai în vârstă și cei tineri; cei tineri au foarte multe probleme și sunt, de cele mai multe ori, nemulțumiți de ceilalți*), alteori ele trebuie deduse. Tensiunile între medici și asistenți, între asistenți și me-

dici, au un caracter structural, făcând parte din modul de-a fi al sistemului, ele fiind întreținute de mulți dintre reprezentanții ambelor părți, în joc fiind aruncate chiar și argumente cu caracter „de legendă”, fără acoperire în realitate: I.N., f., Tulcea: *Sau noi suntem plătiți, spre exemplu cu sporul de noapte. Sporul de noapte se dă în momentul în care lucrezi 3 nopți, iar pentru ce depășește, nu ești plătit. Bani ăia sunt. La medici, fiecare gardă este plătită și neimpozabilă, pe când la noi nu.*

Tensiunile sunt bazate pe diferența de studii, care blochează uneori comunicarea (A.C., f., Brăila: *Exista o lipsă de comunicare și de colaborare, ceea ce ne deosebește de Occident. Pe scara ierarhică ne desparte o "bibliotecă" (asta e vorba doctorilor). Concediul se programează, ne înțelegem între noi*) și diferențe de atribuții profesionale. La acestea se adaugă, în mod evident, diferențele de status social. Din partea asistenților medicali sunt numeroase reclamațiile privitoare la transferul de atribuții din partea medicilor către asistenți: L.L., f., Galați: *Deși o parte din munca medicului o face asistentul*; D.A., f., Galați: *Cred că 80%*; G.A., f., Galați: *Dar în caz de culpă medicală, el nu a zis, el nu a făcut*. De asemenea, sunt numeroase nemulțumirile față de lipsa recunoașterii competențelor asistenților: R.Z., f., Buzău: *Da, există medici care consideră că suntem simpli executați, lucru care nouă nu ne convine și demonstrăm cu vârf și îndesat. Dacă vii cu o propunere, consideră că ți-ai depășit atribuțiunea. Și felul în care ni se vorbește, sunt medici care ar spăla cu noi pe jos dacă ar putea*. Totodată, relația de colaborare nu este întotdeauna așezată pe cadre deontologice, conducând uneori la situații dilematice: B.L., f., Brăila: *Dacă îl deranjezi, ești proastă și nu te descurci, dacă nu îl chemi, de ce nu l-ai chemat*. La acest capitol al discuțiilor, angajații din sistem – în special asistenții medicali –, din nevoia de a le fi recunoscute meritele, au adus la suprafață o anomalie din sistemul sanitar românesc: faptul că preiau din atribuțiile medicului și că fac munca acestuia – iar rezultatul (acest transfer al sarcinilor) nici măcar nu le este recunoscut. Problema atinsă a fost tratată în comparație cu modul de funcționare a sistemelor de sănătate occidentale, unde responsabilitățile sunt clar formulate. C.R.M., f., Galați: *Ideal ar fi ca medicii să-și facă treaba lor, iar noi să ne facem treaba noastră, dar nu se întâmplă așa, preluăm foarte multe din atribuțiile medicului și atunci suntem prea aglomerate*. N.N., f., Constanța: *Noi am permis treaba asta, dacă ne-am uni toate să facem doar ce ține de atribuțiile noastre, atunci nu s-ar mai ajunge la situații din astea. Unde pun parafa, ei trebuie să scrie, nu noi. Ei au impresia că tot ce facem noi pentru ei așa trebuie făcut, nu mai știu ce au ei de făcut și ce avem noi.*

Trebuie să observăm că există conștiința faptului că responsabilitatea în asumarea sarcinilor peste fișa postului revine și celor ce le-au preluat. Dorința angajaților este ca în sistem să fie clar delimitate atribuțiunile, ca în sistemul occidental, unde depășirea atribuțiilor este chiar sancționată, și să fie aplicată practic această distribuire a rolurilor

Tensiunile existente derivă deseori din cultura instituțională a unității sanitare (F.M., f., Galați: *Șeful nostru, da. Ne apreciază atunci când este un medic din afară și pun o problemă și e rezolvată zice: Bravo!*; M.G., f., Galați: *Eu văd cum vin medicii din spital și fac consulturi și într-adevăr se poartă foarte urât, chiar cu noi, cu care nu lucrează foarte mult. Se vede. Parcă au altă școală, altă textură, altceva*), manifestându-se mai ales în plan comportamental: C.B.T., f., Brăila: *Noi nu trebuie să avem idei. Te face și prost în fața pacientului*; Z.V., f., Brăila: *Vorbesc destul de vulgar*; R.M., f., Brăila: *Chiar dacă nu știu să execute o manevră la fel de bine ca și noi, îți dau peste mână.*

Constituie o sursă de tensiune și deficiențele apărute în exercitarea obligațiilor profesionale (H.V., f., Tulcea: *Iarăși au mai fost situații când medicul recomandă tratamentul telefonic. Și eu ca asistentă mă simt să precizez pe foaie*; M.M., f., Tulcea: *Dar nu ai voie*; B.D., f., Tulcea: *Păi da, dar trebuie scrisul lui, parafa lui. Că altfel nu poți*; G.D., f., Tulcea: *Deci, să nu faci chestia asta niciodată*; H.V., f., Tulcea: *Nu, nici chiar așa*; G.D., f., Tulcea: *Nu, deci eu precizez încă o dată niște protocoale de ședință, în care se precizează ora, cum a fost, cum a decurs ședința, parametrii ... Dar dacă medicul nu se prezintă atunci când este solicitat să vină să vadă bolnavul, și zice dă-i și fă-i ... am scris ... dar indicația telefonică...*), problemă întâlnită în mai multe cazuri :C.F., f., Tulcea: *Da ... știu ... Deci știu că e greu. Și la noi se întâmplă. Nu te gânde că eu acuma sunt ... Nu, și la noi se întâmplă ...*; V.T., f., Tulcea: *Nu, nu sunteți singurii ... se întâmplă și la noi ...*; I.E., Tulcea: *... peste tot...* . În discuție este, în special, transferul informal al unora dintre obligațiile profesionale de la medici la asistenți (S.C., f., Tulcea: *Mulți ar trebui să își facă treaba lor și nu să delege atribuțiile asistentului pentru ca el să se odihnească*) (C.C., f., Galați: *Am deranjat un medic la ora 01:00 după-amiază și m-am trezit cu...*), în mod intenționat sau implicit (C.C., f., Galați: *Dacă-i de bine, este medicul inteligent și a acționat corect, dar dacă nu, este asistentă proastă și e vina ei*; F.M., f., Galați: *Se acoperă medic pe medic*; E.A., f., Galați: *Noi avem problemele astea. Sunt cardiologi care nu coboară și stai toată noaptea*; C.C., f., Galați: *Eu am pățit cu tatăl meu care a făcut preinfarct, adus la spital la ora 03:30-04:00. Colega de la UPU a dat telefon la cardiologie și până la 07:00 nu a venit*), situație a cărei schimbare au solicitat-o în mod indirect sau

direct subiecții: I.V., f., Vrancea: *Ar trebui să facem mai puține lucruri din atribuțiile doctorilor, acest lucru trebuie schimbat.* Nu există reguli clare ale acestui transfer, asistenții putând fi oricând acuzați de depășire de atribuții: B.C., f., Galați: *Da, eu am avut un conflict foarte mare, eu am scris foarte multe foi care trebuiau scrise de rezidenți, iar domnului doctor șef de secție i-am făcut foarte multe foi și s-a întâmplat după mai mulți ani să izbucnească un conflict între șeful de secție și un alt doctor și am primit referat la direcția spitalului că mi-am depășit atribuțiile postului. Am mers atunci în biroul domnului doctor și i-am reproșat faptul că atunci când am scris pentru dumnealui acele foi nu s-a sesizat și sancționat singur că este ilegal;* C.G., f., Galați: *În acea perioadă ne-a fost interzis și nouă să ajutăm acel medic)* Situația este cu atât mai complicată cu cât percepția întinderii proprii responsabilități profesionale este de multe ori ambiguă: N.N., f., Constanța: *... acum faci toată treaba medicului, dacă o faci, nu e bine că te-ai băgat, dacă nu "de ce l-ai lăsat să moară" ?!* Subiecții asistenți medicali au arătat faptul că sunt în mod constant forțați să-și depășească atribuțiile profesionale, indicând numeroase gesturi profesionale pe care le fac în acest sens: F.M., f., Galați: *Completarea foilor, externările, rețetele compensate, concediile. Asta vorbind numai de hârtii, pe lângă multe altele;* E.A., f., Galați: *Administrarea unor medicamente care nu ai voie;* C.C., f., Galați: *Și oricum, faptul că ești una la 20 și noaptea nu se trezește medicul...* R.E., f., Tulcea: *La noi conflictele sunt tăcute deoarece medicul pune în spatele asistentelor aproape toate treburile, chiar dacă ai sau nu timp. De aici pornesc conflictele. Facem și o mulțime din lucrurile pe care trebuia să le facă el. Nu trebuie să scriu nici biletul de ieșire, nici condica nu trebuie să o scriu, nu e treaba mea.* T.V., f., Tulcea: *Noi trebuie să ne asumăm și responsabilitățile medicului. Spre exemplu, când anesteziem, ar trebui ca medicul anestezist să ne asiste, dar el mai are alte patru puncte de lucru și atunci sarcina lui cade pe umerii noștri. El e la două nivele mai jos... până îi dau eu telefon să vină, se poate întâmpla orice... S-a întâmplat ca aparatul de anestezie să facă presiune și nu e datoria mea să verific volumele și acei parametri și apoi pacientul a făcut emfizem subcutanat, a fost vina mea... pentru că nu l-am monitorizat cum trebuie. Dar nu era de datoria mea, el, medicul trebuia să modifice parametri la volume...* D.V., f., Tulcea: *Multe dintre sarcinile medicilor le preiau asistenții, conștient sau inconștient...* B.P., f., Tulcea: *Se întâmplă ca medicii să nu treacă în registru fiecare consultație... și a venit odată un pacient bătut și doctorul nu l-a trecut... a trebuit să insist eu, fiindcă putea veni poliția să-l caute. Sunt multe lucruri care ar trebui să fie mult mai organizate... să nu mai fie extinse atribuțiile asistenților.* M.D., f., Brăila: *Este și problemă de mentalitate aici...*

medicii au lucrat așa în regimul comunist și așa sunt învățați. M.P., f., Galați: Medicii trebuie să codifice, să coordoneze diagnosticele, dar ei nu fac acest lucru. Nici parafa nu o țin ei, o țin asistentele. Medicul nu are timp să facă jumătate de normă nu știu la care spital, să facă gărzi, să aibă și cabinet particular și așa mai departe.

Angajații au propus ca asistenții medicali să dobândească un statut independent, să aibă atribuțiuni clar delimitate și să nu fie niciodată depășite. A fost adus argumentul din spitalele occidentale, unde depășirea atribuțiunilor nu este apreciată, ci sancționată.

Una din sursele tensiunilor existente între asistenți și medici o constituie modalitatea în care unii medici se achită de unele responsabilități profesionale în timpul gărzilor (C.E., f., Tulcea: *Noaptea numai să spunem. Noaptea, dacă te duci să-i deranjezi. . . Ca și când n-ar fi plățiți pentru treaba pe care o fac*; G.N., f., Tulcea: *Deci e o mare tragedie să iei un medic specialist și-n timpul zilei, d-apoi noaptea. Imaginează-ți!*), în discuție fiind în special o încărcare cu responsabilități suplimentare a asistenților medicali. Trebuie menționat însă și gradul de oboseală și stres al medicilor survenit în condițiile în care fac foarte multe gărzi lunar, existând un deficit de medici și de resurse pentru a trata pacienții, un aflux de pacienți, mai ales în serviciul de gardă, în condițiile unor deficiențe structurale existente în educația medicală a pacienților¹⁷: E.A., f., Galați: *La noi nu. Sunt conștienți că fără noi nu pot face nimic. Un medic la o sută și ceva de prezentări pe zi, e clar că nu are cum. Îi depășește și pe ei ca și condiție fizică. În același timp, modul în care subiecții au descris situația sugerează faptul că este vorba și de o deficiență structurală, rezultând din modul în care a fost gândită relația dintre diferitele compartimente și felul în care este exercitată supravegherea activității profesionale de către organismele colegiale.*

Au fost puse în discuție și diferite formule de adresare jignitoare: I.N., f., Tulcea: *Da. Ne și zice: "voi sunteți aici să executați, nu să gândiți"*, R.E., f., Tulcea: *"Ca negrii pe plantație" și multe altele*; E.V., f., Tulcea: *"Sunteți bune la cartofi pe câmp"*.

Între modalitățile de apreciere indicate de către subiecți este situat și *dialogul*, la întrebarea *Ce ar trebui să facă ceilalți (șefii ierarhici, pacienții, aparținătorii) pentru a vă simți apreciați?* unii subiecți răspunzând: A.E., f., Tulcea: *O*

¹⁷ Sloganul „serviciile medicale sunt gratuite”, interpretat în sensul că totul este asigurat de undeva de sus, nu se știe de unde, și că este suficient pentru toți pacienții, constituie un exemplu în acest sens, el dând seama de o atitudine ce a fost cultivată în rândul populației fără a exista acoperirea ei financiară și care s-a răsfrânt asupra salariilor din sănătate.

deschidere la dialog; B.D, Tulcea: *O mai mare apropiere... Exact. Între medic și asistenți*; M.M., f., Tulcea: *Pentru că dialogul lipsește cu desăvârșire. A fost indicată și posibilitatea contaminării comportamentul pacienților de către cel al medicilor față de asistenți* (C.M., f., Tulcea: *Cum ne tratează medicul pe noi, așa ne tratează și pacientul, văzând tratamentul pe care îl primește asistenta din partea medicului. La fel suntem tratați și de pacienți*), uneori ajungându-se la situații în care medicii verifică asistenții prin intermediul pacienților: B.D., f., Tulcea: *Și medicii nu procedează corect, nu atrag atenția pacienților, ne verifică prin pacienți cum am administrat tratamentul, trezind neîncrederea acestora în competența noastră*.

Un exemplu de atitudine modernă în relația medici-asistenți îl furnizează unele servicii UPU, subiecții ce provin din aceste secții indicând relații de bună colaborare: A.E., f., Tulcea: *Deci asta vă spuneam... Spiritul de echipă la nivelul grupului există. Deci există...* ; C.M., f., Tulcea: *Chiar și cu medicii...* ; C.E., f., Tulcea: *Și cu medicii. Deci asistent, infirmier, medic și îngrijitor, la UPU există*.

Atitudinile puse în discuție pentru a diminua starea de tensiune merg de la sugerarea diferitelor soluții, până la recomandarea unei atitudini de indiferență afectivă față de atmosfera profesională care ar fi utilă pentru asigurare supraviețuirii. În același timp, este pusă în discuție schimbarea mentalității prin renunțarea la viziunile intens ierarhizate și adoptarea unui sistem mai pragmatic: S.L., f., Buzău: *Depinde și de cum privesc situația, atât medicii cât și asistentele, dacă nu au înțeles relația de colaborare și comunicare. La noi, spre exemplu, nu am avut conflicte, există respect reciproc, nu înseamnă că dacă X șterge pe jos că asta este meseria ei trebuie tratată mai prejos din cauza asta*.

Diferențele de nivel în ceea ce privește plățile informale constituie o importantă sursă de conflict, medicii fiind acuzați că primesc mai mult decât restul personalului în condițiile în care ar fi vorba de o muncă de echipă.

Locul de muncă în sistemul sanitar constituie o activitate în cadrul căreia relațiile interumane reprezintă însăși condiția exercitării profesiei, de calitatea lor depinde reușita sau eșecul actului medical. Lipsa de personal – datorată subfinanțării sistemului, orientării activității cadrelor sanitare spre activități birocratice, altele decât cele medicale, plecării din sistem etc. – slăbește calitatea actului medical și din această perspectivă cooperarea angajaților în vederea ameliorării sănătății unui pacient devine tot mai problematică, așa cum arată toate datele de mai sus. În acest sistem angajații efectuează sarcini de serviciu care nu trebuie să intre în atribuțiunile lor, ceea ce creează o nemulțumire și o stare de tensiune în relație cu medicii.

b) Conflictele pacienți/apartinători – asistenți sau asistenți – pacienți/apartinători

O categorie importantă de risc la locul de muncă – pe lângă riscurile semnalate mai sus – o reprezintă relația cu pacienții/apartinătorii, risc determinat de natura agresivității umane, de nivelul de educație al pacienților, de calitatea comunicării cu aceștia, de natura afecțiunilor acestora. Este un risc, de data aceasta, caracteristic oricărei profesii al cărui conținut implică relațiile interumane, risc ce nu se datorează unor factori străini actului medical, ca de exemplu expunerea la agresiune din partea pacientului sau aparținătorilor din cauza crizei de materiale sanitare și de medicamente în spital. Este evident că într-un sistem subfinanțat, în care angajaților nu li se asigură echipamentul de protecție, riscurile profesionale la locul de muncă pot crește alarmant. După cum și nivelul de educație al populației poate diminua sau crește condițiile de risc la locul de muncă.

În analiza acestor aspecte – care țin de ceea ce popular denumim „riscul meseriei” – participanții la focus grup au pus în evidența lipsa unei protecții din partea unui serviciu de pază și ordine, mai ales în turele de noapte, agresivitatea pacienților aflați sub stare de ebrietate sau drogați, agresivitatea bolnavilor psihici sau altor categorii de bolnavi, agresivitatea venită din partea comunității rromice, ostilitatea tot mai vădită a opiniei publice la adresa cadrelor medicale, necomunicarea către personalul de îngrijire medicală a datelor cu privire la infecțiile virale; au fost evidențiate mai ales bolile care se contactează în mod curent de la pacienți. Vom urmări, în continuare, câteva cazuri tipice care au fost relatate și care au evidențiat nevoia de protecție din partea unor organe de ordine față de agresivitatea pacienților și categoriilor de aparținători: D.A.M., f., Galați: *La noi, fiind un serviciu de relații cu publicul non-stop, pe perioada nopții lucrăm fără paznic, iar dacă se întâmplă ca o persoană rea voitoare, recalcitrantă, sub influența alcoolului, să vină să întrebe de un pacient și primește un răspuns nefavorabil, riști să te plesnească, iar când am sunat la pază, la poartă, paza a venit peste un sfert de oră.* S.M., f., Constanța: *La psihiatrie riscul cel mai mare e că poți fi lovit. Există agresivitate. Violență fizică, verbală.* I.M., f., Constanța: *Din ce în ce lumea este mai recalcitrantă, foarte rea, nemulțumită, în special rromii.* I.S., f., Constanța: *Da, avem probleme cu etnia rromă.* S.D., f., Constanța: *Ei vor tot timpul să aibă prioritate, indiferent că stă lumea și așteaptă.* N.D., f., Galați: *Da, și nu sunt plătitori de asigurări.* N.S.D., f., Galați: *Mai sunt aparținătorii care fac circ, vine rromul că vrea s-o vadă pe doamna cum naște și nu e voie, te dă cu capul de pereți, te amenință că te așteaptă la colțul străzii.* P.E., f., Brăila: *Un aspect foarte important este stresul și pot să spun că am lucrat sub teroarea pumnilor, agresată*

chiar, una dintre colege a fost și lovită. Deci ăsta este un aspect... demn de consemnat. C.M., f., Tulcea: Am avut colege internate în spital cu concediu medical post-agresiune... deci, în timpul programului au fost colege agresate. Au fost cazuri în care noi am chemat firma de pază, da, cu care chipurile există un contract și firma de pază chiar nu făcea nimic, în special în fața invaziei de rromi!

Conflictele dintre personal și pacienți trebuie privite la ambele poli, vina, dacă poate fi vorba de una, fiind de ambele părți, în grade variabile și în funcție de situație. Chiar dacă subiecții au insistat pe problemele create de pacienți, diferitele informații oferite vin să nuanțeze contextul tensiunilor existente și diferitelor situații conflictuale¹⁸.

Conflictele cu pacienții alterează și ele viața profesională, contribuind la accentuarea sentimentului de nerecunoaștere a meritelor profesionale: G.C., f., Tulcea: *Se mai iscă și conflicte cu pacienții, mai mult când le spui că trebuie să-și cumpere singuri tot ce le trebuie.* Uneori, acestea creează o atmosferă greu de suportat pentru salariați, ajungându-se câteodată chiar la violențe verbale și fizice: G.V.L., f., Brăila: *Și lipsa materialelor de altfel. Au impresia că noi avem seringi ascunse, dar nu vrem să le dăm și de aceea îi trimitem la farmacie;* P.G., f., Buzău: *Se duc la Casă și li se spune că avem fonduri pentru analize gratuite și după aceea vin la mine și eu le spun că nu avem și mă iau la bătaie.* Aceste conflicte au surse multiple, între acestea găsim lipsurile materiale (N.C., f., Brăila: *Conflictele mai apar din cauza lipsurilor. Sunt nemulțumiți că își cumpără totul*); (V.M., m., Brăila: *Totul pornește de la lipsurile, exact ca și într-o familie, atunci când nu ai bani te cerți, așa e și la noi, când nu avem ce ne trebuie ne certăm*), în contextul în care standardele solicitate salariaților sunt uneori prea înalte raportat la posibilitățile materiale: D.A., f., Galați: *Toate aceste lipsurile îngreunează relația cu pacienții, dar și cu aparținătorii;* G.A., m., Galați: *Am primit o notă scrisă unde scria că pacientul trebuie să plece satisfăcut dar nu scria cu ce.* Lipsurile materiale conduc uneori la situații ciudate în care ambele tabere au dreptate și sunt în imposibilitatea de a găsi o soluție de compromis: I.R., f., Brăila: *Eu am avut cu bolnavii. Am avut un caz, un bolnav cu o internare și pentru faptul că nu erau locuri, fiind foarte mulți pacienți și era musai ca el să stea cu oxigen, le-am spus să se cupleze câte doi în pat. Și a spus că nu se dă jos din pat nici dacă vine poliția. Că e patul lui, are nevoie de oxigen și nu îl interesează de altul. Și nu au vrut.*

¹⁸ O abordare exhaustivă a conflictelor dintre pacienți, ce ar trebui să constituie subiectul unei cercetări centrate pe această problemă, ar putea include stabilirea unor tipologii comportamentale atât pentru pacienți, cât și pentru personalul din sistemul sanitar, lămurind mai mult situațiile și oferind soluții de reducere a tensiunilor existente.

*Am chemat medicul de gardă să vadă. Am ținut bolnavul pe targă jumătate de oră și ne-am certat cu ei mai rău ca la poliție. Unii subiecți percep relațiile dintre pacienți și personal ca fiind profund deteriorate: N.M., f., Galați: *Mai au puțin și ne iau și la bătaie.*; D.A., f., Galați: *Acum e o boală a stresului și toată lumea înjură, pacienți, aparținători, asistenți, medici.* Salariații percep că o parte considerabilă din vină pentru această situație revine Casei de Asigurări de Sănătate: R.A., f., Buzău: *Acum s-au limitat și locurile de internare pentru că, contractul cu Casa ne obligă să limităm și numărul de internați și oferta. Este lucru înjositor și pentru noi să apelăm la bolnavi să-și cumpere, chiar e umilintă uneori și ne pune și în situația de a avea conflicte cu bolnavii care, până acum au fost tratați într-un fel și brusc, adică din vară, s-a rupt filmul.**

Conflictele cu pacienții derivă și din gradul redus de informare al cetățenilor (C.O., f., Brăila: *În primul rând, concepția bolnavilor. Bolnavii au o concepție așa învechită! „Domnule, eu dacă mă duc la spital, eu sunt șef... la mine vine în vizită oricine, oricând, nu se ține cont că e răcit, că vine cu copil, că intră în terapie, pentru că eu am plătit asigurările de 30-40 de ani”. Asistenta este la picioarele pacientului: „Asistenta trebuie să facă orice vreau eu, când vreau eu să vină să-mi ia tensiunea”, neavând loc nici o discuție, așa la locul ei, între pacient și asistentă. Nu, ei au numai drepturi, nu au și obligații. Din punctul meu de vedere, bolnavul trebuie învățat că el are și obligații și trebuie să le respecte, în primul rând respectul față de personalul sanitar, și aici mă refer în primul rând la asistente, pentru că ele vin în contact direct cu pacienții. Ei spun că au plătit asigurări, bine, dar și noi muncim și stăm în picioare și plătim și noi. Trebuie o educație a pacienților) și din carențele de educație comportamentală (C.O., f., Brăila: *Ei cer ca asistenta să vorbească frumos, să fie îmbrăcată frumos, să fie elegantă, să arate bine ... așa doar pentru bolnav; dar el cu ce servește? Cu vorbe, cu jigniri, am mai auzit „hai fă”, „păpușa”... astea ar trebui să dispară, trebuie lucrat asupra bolnavilor, asupra aparținătorilor care vin și spun „Domnule, mie îmi spui ce are!”. Nu! Secretul profesional nu ne dă voie să spunem asta! N-avem voie!... Mai nou e „Aduc televiziunea!”). Au fost indicate multe probleme cu populația de origine rromă: P.M., f., Tulcea: *Rromii dau reguli, mai ales populația rromă, care crede că li se cuvine totul. Pentru ei nu contează că mai e cineva în salon și că vrea și femeia aia să se spele. O țișancă trebuie să vină cu tot neamul, să stea și să umple holul. Schimbarea mentalității a fost indicată ca o posibilă soluție: O.S., f., Buzău: *Ce vrem să schimbăm? Mentalitatea oamenilor, să nu ne dea indicații cum să facem tratamentul, să nu ne reproșeze că din banii lor suntem plătiți, când****

au ajutor social.; N.M., f., Buzău: Să schimbăm atitudinea pacientului față de noi, pacientul crede că noi suntem sclavi pe o plantație și că el este stăpânul.

Atitudinea șefilor a fost indicată în unele cazuri ca fiind generatoare de probleme: D.A., f., Galați: *De la șefii ierarhici pleacă totul, dacă medicul țipă pe hol de față cu toți pacienții, aparținătorii;* T.I., f., Galați: *Te decade în fața celorlalți, te decade social.* Influența medicilor, determinată în multe cazuri de amplasarea plăților informale, este și ea generatoare de tensiuni, exemple fiind date de B.M., f., Tulcea: *Dar, oricum, ce zice medicul este lege. Asistenta, dacă poate să mai zică ceva: „Eu am stat de vorbă cu domnul doctor; așa a zis el și îmi dați voie să intru să vad pacientul”. Nu mai contează altceva și C.D, Tulcea: Nu contează că eu am treabă în salon. Pe mine mă trimite doctorul să fac ceva, o manevră care ține de atribuția mea și abia vine aparținătorul; eu îl dau afară, pentru că pe mine la școală m-a învățat așa: condițiile trebuie să fie în primul rând de igienă și curățenie (având în vedere că se vine de afară cu microbi) și nu am voie să fac nici o manevră de față cu aparținătorul. Și se ia de mine că l-a lăsat doamna sau domnul doctor. Și atunci ies eu afară, și spun: „când va ieși aparținătorul, atunci îmi fac și eu treaba”. Și bineînțeles că apar divergențe.*

Faptul că la unitățile de stat se prezintă în special pacienții cu posibilități financiare reduse, care deseori sunt dublate de un nivel de educație scăzut, pare să accentueze conflictele M.E., f., Brăila: *La noi vin cazurile cele mai dificile, dar și pacienții cu posibilități financiare mici, cu studii mai puține, de aceea noi ne înțelegem mai greu cu astfel de pacienți.* Comportamentul pacienților lasă uneori de dorit (B.M., f., Vrancea: *Urgență înseamnă trei zile, după care trebuie să plătească tratamentul, dar nu se întâmplă așa. Tu îi vorbești frumos, cu "dumneavoastră" și el te ia cu „ce vrei fă?”*), el fiind determinat atât de carențele de educație, cât și de alte cauze cum ar fi: lipsa materialelor, presiunea mediatică, comportamentul personalului. Salariații invocă faptul că nu au timpul necesar pentru fiecare dintre pacienți: I.I., f., Tulcea: *Noi, ca asistenți, nu avem suficient timp să relaționăm cu pacienții;* G.V., f., Tulcea: *Nu e timp. Dacă stai jumătate de oră să îi explici, a fugit timpul care era de fapt alocat altor activități;* P.F., f., Tulcea: *Sunt pacienți care spun că în afară asistenta este cu zâmbetul pe buze și îți explică. Așa este, dar e și mai bine plătită, pe când tu aici nu știi cum să îți plătești ratele. După care, ele sunt mai puține pe tură. Noi însă nu avem timp.*

O parte din salariații sunt de părere că presa exercită o influență negativă asupra comportamentului pacienților față de salariații din sistemul sanitar, agravând problemele; cu atât mai mult atunci când oamenii de presă sunt în situația de a fi pacienți, situație relevată de exemplele: C.C., f., Galați: *Am avut și noi o re-*

porteriță care a născut și i s-a părut că s-a uitat urât la ea o colegă. Și s-a dus la director. Iar ea săraca se gândea la problemele ei); A.L., f., Tulcea: Să luăm în considerare și mass-media care a denigrat personalul medical; B.M., f., Tulcea: A vânat greșeli; A.L., f., Tulcea: Sigur că da. Au prezentat cazurile de multe ori deformat, au amplificat conflictele dintre aparținători și personal medical și le-a dat dreptate aparținătorului, că poate să ne dea în cap. Să ne facă reclamații la orice pas.

În aceste condiții, educația pacienților este pe primul loc în preferințele salariaților pentru măsurile de reformă ce ar trebui luate: A.E., f., Tulcea: *În primul rând educația populației și asta nu este nici foarte greu, nici foarte costisitor.*

La rândul lor, unii salariați resimt o stare de tensiune față de pacienți, mai ales în contextul reducerilor salariale (C.C., f., Galați: *Nu, dar într-un fel simți un resentiment față de pacient pentru că el, cunoscând situația, se duce la doctor cu mai mult decât se ducea înainte (pentru că doctorul are nevoie) și la asistentă vine cu pretenții.*), situație care conduce uneori la creșterea riscului de conflicte. De altfel, este evident faptul că sursa conflictelor dintre personal și pacienți/aparținători nu o constituie numai cei din urmă, fiind și cazuri în care comportamentul salariaților conduce la apariția unor situații conflictuale.

c) Conflicte între generații

Existența mai multor generații, diferențiate și de nivelul de pregătire, constituie și ea o sursă de tensiune și neînțelegeri: M.E., f., Brăila: *Neînțelegeri datorită diferenței de vârstă. Există conflicte între generații, este normal să fie. Fiecare a absolvit o altă formă de pregătire, au o altă viziune și într-adevăr se poate ajunge la mici conflicte.* Diferențele de studii, având deseori corelate diferențele de salarizare, constituie o importantă sursă de conflict: N.M., f., Buzău: *Școala care s-a făcut în trecut a fost valoroasă. Acum nu se face școală, doar cine vrea cu adevărat să facă, face. Iar cei care fac școală pe banii lor și pe forțele lor nu o să ajungă niciodată în sistem, or să ajungă cei care au făcut facultate unde au fost două trei luni pe an, că am avut cazuri, și vin apoi cu banii și se angajează. Și o duci în spatele tău, eu stau acasă liniștită că nu sunt de tură și ea face poate o chestie de malpraxis în urma mea. Și eu cu ce sunt vinovată ca asistenta șefă și medicul șef de secție? Noi nu am fost în comisie când acest om a dat concurs.* Faptul că o bună parte din cei care vin de pe băncile școlii trebuie să învețe de la cei mai în vârstă și, concomitent să-i asculte, constituie uneori o sursă de tensiune: B.M.C., m., Galați: *Am avut asistenți noi și nu au existat probleme, tu care ești*

mai vechi trebuie să-i înveți, dar toată lumea a fost la început. Deseori, cei noi sunt priviți cu neîncredere: R.C., f., Buzău: *Am colege care au venit de pe băncile școlii, iar pregătirea profesională lasă de dorit. Ajungi să le dorești să ajungă pe mâna unei asistente la fel de pregătită ca și ele.* Cel mai adesea, salariații cu vechime se plâng de nivelul de pregătire și atitudinea noilor veniți (H.G., f., Galați: *Dar de ce nu o învățați dumneavoastră?*; B.V., f., Galați: *Dar nu vrea să învețe, că ea este deșteaptă, știți cât sunt de căpoase și de impertinente*; M.M., f., Tulcea: *Astea tinere, fetele astea tinere nu au responsabilitatea actului medical în sine*; I.E., f., Tulcea: *Generația...*; G.N., f., Tulcea: *Ceea ce nu învață în școală*; A.E., f., Tulcea: *Generația nouă, în general, nu e responsabilă de nimic...*), precum și de faptul că trebuie să-și aloce o parte din timp pentru a-i învăța: G.L., f., Vrancea: *Nu sunt lăsați singuri și nu au sarcini cum avem noi. Îi dă un asistent coordonator și-l ajută să se învețe încet-încet. Însă, nu prea vor să coopereze, nu sunt deschiși și chiar te sfidează*; N.G., f., Brăila: *Sunt foarte slab pregătiți.* Noii veniți sunt priviți uneori ca o povară ce apasă pe umerii celor cu experiență (A.T., f., Brăila: *Ei vin ca și colegi ai noștri, iar noi îi ținem în spate*), aceștia din urmă neavând întotdeauna timpul (uneori nici bunăvoința) de a-i învăța: D.A., f., Galați: *Și nu ai timp să te ocupi în primul rând de ei, pentru că suntem puțini*; I.L., f., Galați: *Nu am timp și de muncă și de ei*; D.A., f., Galați: *Volumul de muncă este crescut, tu te ocupi de pacienți, ei vin în spatele tău și nu ai timp. El stă și se uită și vrea să prindă din zbor. Trebuie să-ți explice cineva care are tact, eu una nu pot*; G.A., m., Galați: *Meseria se fură, nu se învață.* Părerile critice în ceea ce privește generațiile tinere sunt întemeiate comparativ, pornind de la amintirea propriei perioade de formare: P.N.D., f., Brăila: *Dar pentru promoțiile de aici, eu vorbesc despre cele care au terminat o postliceala sau chiar un liceu. Eu am un respect deosebit pentru fetele care au terminat liceul sanitar. Eu nu am făcut numai liceul, am și postliceala. Sunt oameni bine pregătiți, care au făcut cursuri, care au făcut practică; în momentul când au terminat, cei 4 ani de liceu, aceștia au ieșit asistenți pe viață, vorbesc de școlile liceale de stat. Mi-aduc aminte cum am făcut eu, cât și voi, cred că suntem din promoții apropiate: dimineața aveam practică până la ora 13:00, pauză de la ora 13:00 la 15:00, de la ora 15:00 începeau cursurile până la ora 20:00. Aceștia care sunt veniți acum nu au nici o treabă, nici îmbrăcați corespunzător nu sunt, mai întâi cafeluța, țigara; criticile ajung uneori la extrem: H.A., f., Constanța: *S-au făcut assistente pe bandă rulantă, vin nepregătite, nu cunosc noțiunile de specialitate, nu știu limba română*; A.D., f.,*

Constanța: *Sunt în anul III postliceală și nu au bacul luat;*¹⁹ L.G., f., Constanța: *Nu respectă tehnicile, nu cunosc medicamentele de bază. Este luat în discuție și dezinteresul generațiilor tinere:* P.G., f., Buzău: *Sunt unele specializări, cum este a mea, în care nu s-a mai adus aparatură de cel puțin 12 ani. Cum să-i mai pregătești pe tinerii care vin în practică? Este foarte greu să le explici tinerilor că tot ce faci este din pasiune. Ei trebuie să aibă o atenție extraordinară, așa cum cere meseria, trebuie să se ghideze după probe (poți să omori un pacient dacă-l tratezi fără a-i ști glicemia), trebuie să aibă o responsabilitate foarte mare ori în zilele noastre nu mai găsim asemenea calități la cei tineri. Tensiunile pot ajunge chiar la situații în care cei cu experiență refuză să-i învețe pe cei tineri, recurgând doar la a-i utiliza la diferite treburi mai mărunte:* G.V.L., f., Brăila: *Problema este și la noi, pentru că vin acum tinerii de la postliceale și nu prea am văzut ca asistentul să-l și învețe pe tânăr cum se face. Îl trimite la ecograf cu pacientul, să-i aducă cutare mostre, dar nu-i pune seringă în mână cu eprubeta cum se întâmpla când am făcut eu practica la Constanța;* G.V.L., Brăila: *Eu chiar cunosc un tânăr care a fost în practică în secție la noi și a fost tratat ca o cârpă. Mai există și concepții că "eu am terminat școala acum 20 de ani, atunci se făcea carte, nu ca acum". Este acel conflict între generații.*

Subiectul care suportă cea mai critică perspectivă îl reprezintă pregătirea practică a absolvenților. Cauză a unor posibile concedieri, accentuează și el conflictele: C.E., f., Brăila: *Da, pentru că atâta timp cât se încearcă să se dea afară, conflicte vor exista întotdeauna. De vârstă, sigur: „De ce să nu se ducă doamna, că mai are puțin până la pensie? În loc să mă duc eu”;* G.C., m., Brăila: *Cealaltă va spune: „Eu fac asta de-o viață...”;* B.J., f., Brăila: *Nu e lipsa de respect, e diferența dintre generații. Tu tânăr mai poți să te recalifici în altceva, față de mine, mai în vârstă, care am șanse mai puține. Chiar dacă mă recalific, nu mă mai pot angaja.*

La rândul lor, cei tineri invocă problemele iscate de mentalitatea celor mai în vârstă: G.V., f., Tulcea: *Sunt situații și situații. Sunt colege mai aproape de pensie care sunt de mintea noastră. Nu în modul negativ, adică poți să discuți cu ele fără să-ți scoată ochii la un moment dat că sunt mai în vârstă. Situațiile sunt situate însă rar la extreme, în mare reușindu-se un anumit transfer de experiență prin armonizarea atitudinii reprezentanților diferitelor generații:* C.E., f., Buzău: *Dar elevul care vrea să învețe, te trage de mânecă să-i arăți, deși mulți tineri se laudă că și-au cumpărat diploma;* C.R., f., Brăila: *Tinerii vin să mai lucreze, iar*

¹⁹ Problema admiterii

cei care nu știu, învață de la colegi și de obicei cui îi place învăța, cine nu se adaptează, pleacă. Salariații mai tineri resimt ca înjustă diferențierea salariilor în funcție de vechime, fără a lua în considerare meritele personale, mai ales în condițiile în care găsesc pe secții unii angajați cu vechime mare și salarii mult mai mari decât în cazul celor tineri: G.V., f., Constanța: *Mie mi se pare că angajații care urmează să iasă la pensie au salarii foarte mari și nu fac o muncă mai grea ca noi, cei care suntem plătiți în jumătate. Eu consider că în locul lor ar putea angaja doi tineri.*

Conflictul între generații e o problemă constant semnalată de sociologie, astfel încât nu trebuie să ne îndoim că ar exista și printre angajații din sistemul sanitar. Dacă am înregistrat date despre el, se datorează doar faptului că subiectul s-a impus de la sine în discuțiile care au avut loc. A rezultat că între generații nu este vorba propriu-zis de un conflict, nicidecum de unul major, și cum am observat atunci când am analizat diversitatea formelor de pregătire școlară, el se datorează și disfuncționalităților educative în formarea tinerilor. Există, cu alte cuvinte, o nemulțumire a angajaților cu experiență față de pregătirea slabă a tinerilor care intră în sistem. Ilustrăm câteva răspunsuri referitoare la acest subiect: G.V., f., Constanța: *O, da. De exemplu, când m-am angajat eu, nici o doamnă în vârstă n-a vorbit cu mine, că de aia nu le-au crescut salariile, că am venit eu! Sunt unele persoane care nu sunt pregătite să iasă la pensie și nici să cedeze locul și au impresia că dacă nu te învață ele meseria, n-or să iasă la pensie.* A.E., f., Galați: *Când ne-am angajat noi, erau foarte multe doamne de peste 50 de ani și noi aveam 22-24; conflict a existat, ele erau foarte pricepute, noi eram începătoare.*

Se poate vorbi de existența unor tradiții care privilegiază persoanele mai vechi în secție: T.M., f., Tulcea: *După o perioadă de tăbăcire se obțin mici privilegii;* J.S., f., Constanța: *Sunt reguli nescrise, toți trecem prin asta.* Este posibil ca tensiunile dintre generații să fie și rezultatul unor generalizări pripite, abordările individualizate putând fi în acest caz mult mai eficiente: V.R., f., Galați: *Generațiile dinainte erau mult mai bine pregătite;* B.G., m., Vrancea: *Am văzut și asistente medicale tinere care sunt excepționale, care au prins rapid și au fost serioase.*

Trebuie observat că opiniile critice ale generațiilor mai în vârstă au amalgamate și idealizări ale propriului parcurs de formare, amestecate indiscernabil cu nostalgia propriei tinereți și cu dorința de identitate. Totodată, trebuie adus în discuție și volumul de informații mult mai mare pe care generațiile tinere sunt nevoite să-l absoarbă, situație care poate conduce la îngreunarea formării profesionale proprii, generațiile cu experiență judecând deseori prin prisma experienței profesionale individuale pe care o transferă asupra unei perioade de formare transfigu-

rată în mod ideal. În același timp însă este evident pragmatismul generațiilor tinere care asumă idealurile specifice acestor timpuri, fiind mult mai convinse de meritele proprii și de câștigurile la care au dreptul conform acestora. Oportunitățile financiare pe care le au contribuie la argumentarea acestei atitudini.

d) Conflictele între salariații diferitelor secții

În cadrul cercetării au fost indicate cazuri în care relațiile dintre salariații din cadrul secțiilor sau între secții sunt alterate: T.I., f., Galați: *Poți să îi apreciezi formarea profesională, iar partea cealaltă nu contează, dar sunt și cazuri când nu ai ce să apreciezi la colegul de lângă tine, uneori te împiedică, ca să poată să meargă ei mai departe. Nu există colaborare, comunicare între secții, dar nici pe secție*; D.A., f., Galați: *Între secții acest lucru este ceva obișnuit*; I.L., f., Galați: *Pentru că sunt secții cu specific diferit*; D.A., f., Galați: *Deși ar trebui să fie o relație de colaborare*; T.I., f., Galați: *Așa ar trebui să colaborăm, să ne înțelegem*; I.D., f., Galați: *Ostilitățile sunt pentru că nu se înțeleg medicii între ei.*

Diferența de drepturi salariale, raportat la comparația pe care salariații o fac între munca pe care o depun ei și colegii din alte secții, creează uneori tensiuni: M.M., f., Brăila: *Nu mi se pare corect că U.P.U. să aibă alte drepturi față de ceilalți care lucrează în același spital. Toată lupta o duc cei de pe secții.* Salariații care beneficiază de sporuri mai multe îi consideră invidioși pe colegii lor care comentează: G.L., f., Brăila: *Da, din cauza salariului. Cele de la medicală sunt invidioase pe noi, de la blocul operator, că salariul diferă, este un spor de 50%, ce facem noi, că riscul de îmbolnăvire este același. Se întâmplă asta din neștiința de cauză, ele nu se supun la aceleași riscuri și totuși sunt invidioase. Și în Chirurgie, nu toți au suportat condițiile de lucru, au plecat în Medicală. Dacă ar exista un șef mai bun, un mediator, poate situația ar fi alta.* Uneori, conflictele între secții tind să solidarizeze salariații din aceeași secție; alteori, este vorba doar de mici frecuşuri, firești în contextul constituirii unei identități a locului de muncă: C.R., f., Tulcea: *Există o solidaritate de echipă, pentru că situația cu care ne confruntăm ne mobilizează în acest sens. Relațiile sunt încheiate între noi. Între secții mici supărări.*

Un alt tip de conflict adus în discuție este cel dintre salariații de pe secție și cei de la cabinetele medicale: C.L., f., Tulcea: *Asupra noastră e o presiune de tip modern, să zic așa. La noi sunt respectate, indiferent dacă sunt pricepute sau nu, cele care lucrează la cabinet cu medicul respectiv. Dar restul facem greul și tăcem din gură. Ele au program special, muncă specială. Ele niciodată nu se invo-*

iesc. Dacă au probleme de familie și noi trebuie să le ține locul. Dacă refuzăm vreodată de a două zi ești persecutat. Și atunci preferi să stai să lucrezi.

e) Conflictele între medici

Conflicturile între medici sunt și ele indicate (B.G., m., Vrancea: *Sunt conflicte, mai ales între medici sunt. Între medici și personal nu prea, eu cel puțin cu personalul chiar mi-a plăcut să lucrez, să fiu o echipă, dar colegii mei da*), având diferite surse. Uneori aceste conflicte capătă accente triste: A.L., f., Tulcea: *E mare mâncătorie și se înjosesc unii pe alții. Este o situație... Eu fiind mai în vârstă, îmi permit la medicii mai tineri să le mai atrag atenția. Este foarte urât cum se bârfesc, cum se denigrează unii pe alții. Foarte urât! Cred că mai bine se înțeleg infirmierele între ele. Or, doctorii vorbesc doar cu „aia”, „proasta aia”.*

Subiecții au indicat drept sursă a diferitelor tipuri de conflicte și absența unei educații primare privind lucrul în echipă: B.G., m., Vrancea: *În școală oricum nu există un curs în care să te învețe cum să lucrezi în echipă. Eu trebuie să lucrez foarte bine și cu asistenta și cu infirmiera ca să îmi iasă și mie treaba bine, dar dacă nu suntem formați în școală, în special medicii, despre lucrul în echipă deja după ceva timp să îi mai formezi este prea târziu.*

f) Conflictul cu șefii ierarhici

Conflicturile cu șefii sunt și ele destul de des aduse în discuție, uneori ele fiind la rândul lor sursa altor conflicte (F.M., f., Galați: *Și la noi există un conflict pentru că șefa ține partea. Sunt anumite persoane pe care preferă pentru terapie și sunt anumite persoane pe care le dă de-o parte și zice: Voi nu, n-aveți ce căuta în terapie*; E.A., f., Galați: *Totul pornește de la șef. Când șeful dezbină...*), mai ales atunci când salariații se simt nedreptățiți: F.M., f., Galați: *A fost problema să ne dea cei 30% - sporul de reanimare și bineînțeles, în momentul în care a venit a zis: 10 persoane iau sporul de reanimare. A făcut listă cu cele 10 persoane. Noi suntem 27 în secție și restul nu au luat. Și atunci s-au răzvrătit. Au fost la sindicat, a fost mare tărațoi, s-au dus la director. Acum toată lumea ia spor de reanimare, dar numai 6-7 fete fac reanimare. E corect? Nu e... Situațiile tensionate sunt datorate și deficiențelor de comunicare (A.L., Tulcea: *De când m-am angajat eu, de 37 de ani, niciodată nu s-a putut discuta la nivel de Direcție; asistenta să discute civilizat, omenește cu cineva din conducere. Niciodată nu am fost ascultate, nu am fost primite, nu am fost luate în seamă. Amenințate, da.*) în condițiile unor modele de management uneori cu caracter feudal: M.F., Tulcea: *E foarte proastă, să știți.*; C.D., Tulcea: *E de sclavie mai degrabă.*; A.L., Tulcea: *De sub-**

minare. Dacă ar putea să submineze munca noastră...; P.M., Tulcea: Ești bun doar ca să duci în spate răspunderea.; A.L., Tulcea: Ironiile de prost gust sunt dese. Mă bucur că mai am puțin și mă pensionezez.

g) Conflictului asistente – infirmiere, infirmiere - asistente

Chiar dacă de dimensiuni mai mici față de relația medici-asistente, există tensiuni și între asistente și infirmiere, sau între infirmiere și asistente. Privindu-se la rândul lor ca aparținând unei caste specializate asistentele nu privesc întotdeauna cu ochi buni încercările infirmierelor de a deveni asistente: R.C., f., Buzău: *Oricum pregătirea lasă de dorit, noi avem infirmiere care s-au făcut asistente.*

Posibile soluții pentru detensionarea situațiilor conflictuale

Una din soluțiile propuse o constituie renunțarea la generalizări, și tratarea situațiilor în mod particular: R.D., f., Buzău: *Avem persoane care sunt aproape de pensionare și sunt în formă și sunt și persoane mai noi care se tem de Urgență. Eu cred că nu contează vârsta, ci persoana și sunt cazuri particulare.*

Gradul de cunoaștere și utilitatea contractului colectiv de muncă

Gradul de cunoaștere a contractului colectiv de muncă aplicabil este redus²⁰, pe fondul unui deficit de informare: C.F., f., Tulcea: *Asta este o problemă, că nu prea cunoaștem. Nu avem suficientă informare;* pornind de aici este evident faptul că nici clauzele acestuia nu pot fi cunoscute. Destul de frecvent salariații confundă Contractul colectiv de muncă cu contractul individual de muncă: R.M., f., Galați: *Absolut, e bine ca fiecare să semneze un astfel de contract, astfel își știu drepturile și pot să le ceară în momentul în care sunt încălcate.* Un alt tip de atitudine îl constituie neîncrederea în aceste contracte, în special în drepturile prevăzute în cadrul contractelor (P.H., f., Constanța: *Drepturile sunt scrise ca să fie scrise.*) mai ales că multe unități au dezvoltat o „tradiție” a nerespectării prevederilor contractelor colective de muncă. În discuție este și o lipsă a bunei credințe din partea unităților care nu informează privind contractul colectiv de muncă aplicabil, afirmând chiar că acesta nu există: D.R., f., Tulcea: *Eu nu am văzut acest contract, eu l-am primit pe cel individual. Ni s-a zis ca nu există așa ceva.*)

Salariații informați au indicat în special prevederile care-i interesau într-o măsură mai mare (H.L., f., Galați: *Are anumite prevederi care ne ajută, cel în vigoare ne ajută, un an concediu fără plată pentru cei care mergeau să munceas-*

²⁰ Considerăm că problema necunoașterii rostului și prevederilor contractelor colective de muncă este mai amplă, ea extinzându-se la marea majoritate a angajaților din România. Excepțiile sunt constituite în special în domeniile în care sindicatele au reușit să realizeze o bună educație a salariaților în acest sens.

că în străinătate, un salariu la nașterea unui copil, zile libere pentru anumite sărbători în familie.) teama față de desființarea acestor contracte, resimțind presiunea politică exercitată pentru limitarea dreptului la negocieri colective: D.L., f., Galați: *S-ar părea că nu vor mai exista contracte colective de muncă pentru că datorită lor s-au dat niște drepturi oamenilor care nu vor să mai fie.* Cel mai important contract colectiv de muncă este considerat cel încheiat la nivel de ramură (R.D., m., Brăila: *Nu. Contractul colectiv de muncă la nivel de ramură, da, dar contractul colectiv de muncă pe unitate nu ne ajută. Și vă dau și detalii: în contractul colectiv pe unitate sunt stipulate la un moment dat criteriile de disponibilizare cu sindicatele semnatare, criteriile pe care nu le poți aplica și te vezi în fața unui fapt neîmplinit, pentru că nu ai cum să aplici acele criterii. Nu s-au implicat corect la semnarea contractului colectiv de muncă. Au fost făcute ca să fie așa, să fim și noi semnatori, căci nu vom ajunge noi la problemele acelea. Am ajuns, însă nu ne descurcăm. Nu vor nici semnare de act adițional a contractului de muncă, e o problemă mare*), în condițiile în care la nivel de unitate nu sunt introduse prevederi importante.

Ne-am aștepta ca angajații să se bucure de puținele facilități oferite de sistem printr-o bună cunoaștere a contractului de muncă. În schimb, am descoperit că angajații nu cunosc prevederile contractului colectiv de muncă nici la nivel de ramură, nici la nivel de unitate; suplimentar, deseori, nu cunosc nici prevederile contractului individual de muncă. Se plâng de încărcarea cu atribuțiuni, de nerespectarea drepturilor cu privire la salarizare, timp liber, dar nu știu să se raporteze la contractul de muncă în care sunt prevăzute reglementările activității lor: S.M., f., Brăila: *Cunoaștem în mică parte prevederile contractului. De obicei când te angajează nu-ți spune în față detaliat contractul. Îți dă o foaia, două, esențialul, salariul și alte obligații. Nu-ți pune la dispoziție nimeni, dacă ești interesat cauți, te informezi*²¹. F.S., f., Tulcea: *Nu l-am văzut niciodată, nu l-am semnat niciodată.* B.F., f., Tulcea: *Se spune semnează aici, că e contractul tău, ești angajat.* S.D., f., Constanța: *Nu prea ne știm drepturile.*

Foarte puține au fost răspunsurile care au indicat o cunoaștere a semnificației contractului de muncă: B.A.M., f., Constanța: *Una dintre prevederi este că la cinci ani de vechime primim o zi de concediu și de anul viitor nu se va mai aplica și o să pierdem aceste zile.* I.L., f., Galați: *În litigii cu angajatorul ai putea să te folosești de prevederile acestui contract.* C.V.L., f., Tulcea: *Conform contractului*

²¹ Subiecții erau întrebați de contractul colectiv de muncă. Răspunsul arată confuzia pe care salariații o face între Contractul Colectiv de Muncă (indiferent de nivel) și cel individual.

colectiv de muncă trebuie să primim tichete de masă, nu le-am mai primit de anul trecut din luna martie, ba nu, din 2008, de doi ani, și se pare că nu le vom primi decât pe hârtie, pentru că nu se va aplica acea hotărâre judecătorească.

Observăm că aceasta este atitudinea unei mari părți a angajaților din sistem față de actul care instituie facilitățile la locul de muncă. Situația este de natură a indica un deficit de cunoaștere a prevederilor legislative în general, fapt care pune într-o altă lumină luările de poziție față de diferitele situații. Având în vedere toate aceste elemente se remarcă necesitatea unei mai bune informări a salariaților privind drepturile și obligațiile derivate din contractele colective de muncă aplicabile.

Al doilea loc de muncă

Pentru a compensa nivelul scăzut de salarizare, o parte a personalului medical este angajată simultan în mai multe locuri de muncă: R.Z., f., Buzău: *Sunt asistente care mai au și alte locuri de muncă. Lucrându-se în ture e un avantaj, bineînțeles în defavoarea sănătății tale.* Situația poate conduce uneori la situația de oboseală cronică, cu creșterea riscurilor profesionale.

Nu numai străinătatea constituie un factor de atracție, ci și sectorul privat începe să fie dezirabil: V.D., f., Brăila: *Cunosc o persoană care a plecat și și-a găsit de muncă la o clinică particulară în București. Are 55 de milioane salariu și a terminat școală de vreo 4-5 ani. Deci e destul de tânăr.*

Plățile informale

a) Plățile acordate de pacienți

Chiar dacă subiectul a fost abordat cu timiditate și reticențe de către salariați, problema plăților informale constituie un element foarte important care afectează calitatea vieții profesionale. Întinderea problemei este atât de mare încât afectează chiar și solidaritatea de breaslă, uneori salariații fiind nevoiți să fie la rândul lor contribuitori pentru a-și rezolva problemele: G.A., m., Galați: *Ne dăm șpagă noi între noi când ne ducem cu o cunoștință.*

Există două tipuri de situații, judecate în mod radical diferit de către salariați: situația în care salariații solicită pacienților diferite „atenții” și situația în care doar profită de un anume gen de obișnuințe create. Dacă *gestul de a cere* este condamnat (cel puțin declarativ) de majoritatea salariaților (fără ca ei să întreprindă gesturi semnificative împotriva colegilor care fac asta), *gestul de a accepta* este privit cu mult mai multă îngăduință, deseori chiar cu îndreptățire, ascunzându-se după scuza că nu au cerut (G.A., m., Galați: *Nu am cerut-o. Nu le-am băgat mâ-*

na-n buzunare să spunem „hai dă-mi”) sau în spatele ideii că, dacă n-ar accepta, pacientul ar cădea psihic simțind că nu mai are nici o șansă.

Nu există o imagine fidelă a amplitudinii acestui fenomen și această cercetare nu a avut instrumente elaborate special pentru acest subiect²². Reține însă atenția faptul că unii salariați se plâng de atitudinea presei care generalizează pripit și distorsionează realitatea: B.M., f., Tulcea: *Și mai e o treabă: Se spune am dat ciubuc la spital, dar nu se specifică ciubucul acela cui se dă. El se dă cui se dă și noi suntem acuzați că fără bani nu facem nimic*; A.L., f., Galați: *Eu am auzit la televizor când au spus: „Nenorocitele ale a de asistente, până nu le bagi în buzunar... A scos din buzunar și s-a uitat să vadă cât i-am dat”*.

b) Angajările informale

Salariații se simt afectați de modalitățile informale practicate în cazul unora din angajarea în sistem (A.I., m., Vrancea: *Ar trebui să intre cine vrea să muncească și nu cunoștințele altor persoane*; S.D., f., Constanța: *Dar cu astfel de situații nu ne confruntăm numai noi, sunt în orice sistem*) indicând și câteva din procedurile aplicabile: D.V., f., Tulcea: *La un interviu, cunosc un caz, a fost întrebată cum o cheamă. Păi, Georgescu X. Bine, șapte. Atât a întrebat-o, iar la scris avea o notă mare și, bineînțeles, nu a primit post, pentru că altcineva care a știut mai bine cum se numește a luat postul.*; I.M., f., Tulcea: *Sunt multe cazuri. C. M., f., Galați: În acest sistem, angajările se fac pe șpagă. E o cultură care începe din familie. Copii cresc în medii în care se promovează șpaga și știu ca dacă mama se duce la doctor și dă bani termină mai repede. Șpaga este un mod de a trăi în România. Fără șpagă nu intri în spital. La angajare un asistent trebuie să dea uneori 3-4000 de euro. O dată intrat merge pe concepția am plătit, am primit, am plătit...vreau! Iar noi asistenții mai vechi nu putem spune nimic, avem uneori sarcini suplimentare. Conform unor relatări situația ar putea să fie mult mai dramatică :A. D. f., Galați: Nici măcar cei care vor să învețe nu mai au șansa să învețe pentru că sunt constrânși să dea șpagă, altfel nu intră în examen. Încă vin copii motivați dar s-au izbit de comportamentul profesorilor. Ce te faci când el nu trece de doctor pentru că nu a dat șpagă? Șpaga până la nivel de conducere în facultate. 10 milioane de grupă la facultate, fără 10 milioane nu au intrat în examen. Tu deja ești deformat în gândirea ta, știi că ai dat șpagă și ești liniștit. Un asistent care intră în spital la angajare cu 3, 4000 de euro plată la angajator, păi el știe: eu am dat șpagă, trebuie să mă țină, că dacă nu mă ține eu spun că am dat șpagă.*

²² Credem că oportune ar fi observația participativă și interviul luat pacienților care au trecut prin astfel de situații.

Și de ăla nu se leagă nimeni, el nu mai performează nimic pentru că de acum crede că i se cuvine totul. Nu poți să-l corectezi, nu acceptă să fie învățat, nu poți să-l disciplinezi, nu poți să-l sancționezi, să-l dai afară pentru că el a dat șpagă. Și în timpul ăsta asistenții bătrâni din sistem duc tot greul. Asistenții ăia vechi din sistem câți mai sunt duc tot greu și tac din gură pentru că sunt într-o măsură a obedienței. Cum să te revolți, cu ce șanse să te revolți, cui să-i spui. Amintim, încă odată, că instrumentele de cercetare nu au fost setate pentru a descoperi în mod obiectiv astfel de informații, ele apărând în mod oarecum tangențial în cadrul discuțiilor cu salariații. Această situație are consecințe importante asupra calității persoanelor nou intrate în sistem.

Ați căutat să îmbunătățiți condițiile la locul de muncă? Ce ar trebui schimbat?

Una din principalele acțiuni indicate o constituie creșterea numărului de salariați prin angajarea de personal (P.R.H., f., Constanța: *Să se schimbe întreg sistemul, să se mai facă angajări, indiferent unde, pentru că peste tot este nevoie, în spital sau pe ambulanță. Nu mi se pare normal ca o asistentă să aibă nu știu câte paturi sau o infirmieră să aibă nu știu câte saloane*), salariații încercând uneori să solicite acest lucru și în mod oficial (O.V., f., Galați: *Am fost primiți în audiență și au spus că nu sunt fonduri. Vis-a-vis de personal, e unul pe tură la 40-50 de bolnavi, 10 cadre pe o secție, cum să acoperi? Și le-am zis “vă convine să punem lacăte?”*, *astea-s finanțele, așa vin banii*), fără a avea însă rezultate semnificative.

Deficiențe de management

Schimbarea managementului inefficient la nivel de sector sanitar a fost și ea indicată de către salariați ca fiind necesară, una din soluții fiind o mai bună cunoaștere a problemelor sistemului (M.D., f., Tulcea: *Eu cred că sistemul acesta o să poată să fie și el odată bun, când o să se schimbe cei de sus și nu o să-i mai ia de pe băncile școlii sau să-i aleagă prin „pile”, ci când o să vină să muncească să vadă cum e o infirmieră la două etaje, cum e o asistentă la douăzeci de pacienți și ce înseamnă să se țipe orice pacient la tine dintr-un motiv numai de el știut, exact cum au pățit și doamnele și oricine lucrează cu omul, iar ei, cei de sus să nu mai stea acolo cu nasul în hârtii, ci să vină pe teren și să se lovească de lucrurile reale. Și managerii să vină și ei să vadă cum se prezintă lucrurile în spital, să fie un medic care să facă și gardă și să vadă și el că există bani să se ia sisteme performante de calculatoare, dar nu sunt bani să se dea hârtie igienică, fiecare își aduce hârtie igienică de acasă sau să explice ei situația când pacientului nu ai de*

*unde să-i dai algocalmin și el nu înțelege că nu are de unde să-i dea spitalul), la bază stând o atitudine critică ce încearcă să identifice în mod spontan vinovații. Deficiențele de management sunt datorate într-o măsură considerabilă intervenției politicului în numirea managerilor și administrarea spitalelor: A.I., m., Vrancea: *Mai depinde și de culoarea politică, în funcție de cum se schimbă culoarea politică se schimbă și conducerea.**

Subiecții reclamă lipsa coerenței manageriale, existând situații în care investițiile realizate nu pot fi fructificate din lipsă de personal: B.F., f., Tulcea: *Sunt multe aparate care stau și se umplu de praf, nu avem medici care să le folosească;* L.G., f., Constanța: *Banii pe acea aparatură se puteau investi mai eficient, dar s-au rezolvat niște interese personale;* A.D., f., Constanța: *A cumpărat aparatură depășită;* C.C.V., f., Constanța: *Se achiziționează aparate care la o unitate spitalicească sunt refuzate și atunci sunt dirijate spre alte unități pentru a fi peste un an casate.*

Inițiativa salariaților

Căutând să investigăm inițiativele pe care le au angajații la locul de muncă am descoperit că ele sunt legate de rezolvarea curențelor cu care se confruntă sistemul, respectiv unitatea în care lucrează. De asemenea, a fost scos în evidență în ce grad sistemul permite creativitatea la locul de muncă, ce oportunități oferă angajaților în planul împlinirii profesionale și, mai ales, umane.

La un loc de muncă în sistemul bugetar, cu un venit care asigură nevoile primare, între care și cele ce trebuiau asigurate de angajator, precum echipamentul individual de lucru, o parte din salariați renunță la a mai întreprinde angajații inițiative de ordin organizatoric la locul de muncă (*nu suntem în măsură să facem asta*). Și, totuși, atitudinea de resemnare nu este una generală, angajații au asemenea inițiative, obținând mici îmbunătățiri la locul de muncă din veniturile proprii, din unele sponsorizări, cu sprijinul medicilor, din confruntarea cu birocracia sistemului.

Modul de organizare al muncii nu permite prea multe inițiative (*inițiativele sunt ucise în fașă*), din cele observate, ele se reduc la dotarea locului de muncă cu mijloace care sporesc confortul și ambianța estetică, echipament de protecție, materiale de igienizare, reorganizarea spațiului pentru diverse facilități, acte caritabile. Nu toate demersurile s-au finalizat pozitiv, ceea ce creează în sistem un sentiment frustrant și care paralizează elanul unei acțiuni personale de organizare a muncii, lipsind comunicarea eficientă cu șefii ierarhici.

Angajații au subliniat dorința de a se schimba mentalitatea pacienților, atât în privința unei educații elementare de ordin sanitar, cât și în privința cunoașterii drepturilor și obligațiilor care le revin ca pacienți ai unor unități publice de sănătate. În felul acesta pot fi prevenite îmbolnăvirile, reduse aglomerările de la spitale, diminuate conflictele la locul de muncă: T.E., f., Buzău: *Ce vrem să schimbăm? Mentalitatea oamenilor, să nu ne dea indicații cum să facem tratamentul, să nu ne reproșeze că din banii lor suntem plătiți, când au ajutor social.* N.M., f., Buzău: *Să schimbăm atitudinea pacientului față de noi, pacientul crede că noi suntem sclavi pe o plantație și că el este stăpânul.*

Salariații ajung să cumpere unele materiale

Printre inițiative se remarcă încercarea de a găsi soluții alternative, care să rezolve parte din problemele ivite, inclusiv prin apel la solidaritatea colegilor: N.G., f., Brăila: *Am încercat să facem o chetă pentru a ne cumpăra ceea ce avem nevoie. Însă nu au fost de acord toate colegile. Au fost și sponsorizări obținute în general de către șefii de secție. Am reușit să amenajăm patru rezerve cu grup sanitar, toate saloanele au aer condiționat, încă un salon cu 6 paturi cu grup sanitar.* Nu de puține ori salariații ajung să cumpere din banii lor unele din materialele care lipsesc pentru a-și putea continua activitatea cât mai aproape de condițiile normale: I.M., f., Buzău: *Așa ne-am organizat, că ne-am cumpărat. Ce îți trebuie te duci la magazin și cumperi;* R.M., Brăila: *Ne-am autosponsorizat;* R.A., f., Buzău: *Ca să avem cu ce să facem treabă.* Deseori, gestul salariaților de a cumpăra unele din materiale este completat de solicitarea adresată pacienților de a-și cumpăra ei o parte din ceea ce lipsește. Contribuțiile personale vizează inclusiv modificări de circuite (C.V.L., f., Tulcea: *Cu doamna doctor am creat condiții pentru igiena zilnică a pacienților, la neurologie fiind și bărbați și femei. Nu există decât un singur grup sanitar. Și atunci prin fonduri proprii, de la fiecare, am încercat și am împărțit în două grupul sanitar. Am cumpărat materiale, draperii și jaluzele la geamuri pentru a-i proteja de soare*) sau dotările: C.L., f., Tulcea: *Prin mijloace proprii, da. Am făcut chetă. Televizor, detergent, Mașină de spălat. Dozator de apă.* Se ajunge chiar la situații în care se cumpără materiale esențiale pentru intervențiile medicale. Materialele cumpărate de salariați sunt diverse (C.F., m., Tulcea: *Noi ne cumpărăm pixuri de scris, noi ne cumpărăm săpun de spălat pe mâini, noi ne cumpărăm uniforme. . .;* A.E., f., Tulcea: *Mânuși...;* H.V., f., Tulcea: *. . mop de spălat pe jos, mătură de măturat*), în funcție de aprovizionarea unităților cu diferite tipuri de materiale. Nu se poate vorbi de existența unui model unitar la nivelul tuturor unităților sanitare în ceea ce privește materialele cumpărate dar se

poate considera că acesta este un „obicei” întâlnit în cea mai mare parte a spitalelor. Cumpărarea celor necesare desfășurării activității curente este considerată drept una din inițiativele curente pentru bunul mers al activității: R.E., f., Tulcea: *Le îmbunătățești că îți cumperi. Îți cumperi săpun, îți cumperi prosop, hârtie de xerox, toner uneori, uniforme, încălțăminte, pixurile, orice. Totul se cumpără.*

Pe fondul lipsurilor materiale apar diferite tipuri de perturbări în aprovizionare, persoanele responsabile cu asigurarea materialelor la nivel de secție (în general asistentele șefe) ajungând să aibă forme de „lăcomie”, încercând să depoziteze cât mai multe materiale în magazii atunci când au ocazia, unele procurate prin diferite tipuri de intervenții²³, pentru a avea rezerve în caz de lipsuri. În felul acesta se ajunge la situația unor imobilizări a materialelor în unele secții, altele având în mod simultan deficite pentru aceleași materiale. Situația este datorată și absenței unui sistem informatic de monitorizare a fluxurilor materiale și de medicamente eficient în cadrul unităților sanitare. Se observă faptul că nu toate secțiile au deficite materiale, existând și excepții H.V., f., Tulcea: *La noi în secție, poate fiind o secție specială, întotdeauna am avut și dezinfectant, și.....*

Supraîncărcarea unităților sanitare

Au fost indicate multe cazuri sociale cu care se confruntă personalul, deseori fiind în imposibilitate de a le rezolva în mod eficient sau care încarcă în mod inutil secțiile: C.E., f., Tulcea: *Deci nu, nu, nu. Vin direct și se culcă. Zici că ne trezim cu cazuri sociale. Ce faci aici? Dorm. Am venit să dorm. Deci există în oraș Centrul Phoenix, da? Este centrul de ajutor social. Acolo, pentru faptul că există un singur portar, și acești oameni, cu probleme sociale, dacă sunt în stare de ebrietate, nu sunt primiți acolo. Și atunci unde sunt primiți? La UPU. Aici vin, li se face baie, li se pun perfuzii... Sau efectiv, pur și simplu deschid ușa și se culcă. Aceste cazuri sunt mai problematice, cu atât mai mult cu cât sunt dificil de externat deoarece nu au unde să se ducă, salariații temându-se de imaginea „aruncatului în stradă” vehiculată cu asiduitate de presă.*

Supraîncărcarea spitalelor este determinată și de faptul că sunt întâlnite prea multe cazuri care se prezintă la spital și care ar putea fi rezolvate la nivelul medicului de familie (G.N., f., Tulcea: *A doua mare problemă mi se pare serviciul*

²³ Un exemplu în acest sens: s-a instituit practica de a solicita cu mult mai mult decât este, pornind de la constatarea că oricum „se taie din ceea ce a fost solicitat”. În felul acesta se ajunge la situații în care se solicită dublul la ceea ce este nevoie pentru a avea o garanție în plus că se va primi ceva din ceea ce este necesar: B.D., f., Tulcea: *Care o dai la începutul anului. Și tu normal că dai o cantitate mult mai mare față de anul trecut, ca să ai...;* H.V., f., Tulcea: *În general se cere destul, dar se taie, se înjumătățesc cantitățile, și la mânășă, și la pansamente și . . . diverse zic eu. Te trezești că ai 200 de mânăși pentru o săptămână. Cum e în afară, îți trebuie o pereche de mânăși la fiecare bolnav....*

medical familiar, foarte deficient în organizare) sau care nu vor să fie rezolvate la medicul de familie, deseori invocând caracterul de urgență (M.E., f., Brăila: *Avem conflicte și cu medicii de familie, forma care este trebuie schimbată într-un fel, medicii de familie ar trebui să preia cazurile cronice, simple și să lase la nivelul spitalelor cazurile grave*). Uneori, sunt exprimate opinii privind nivelul de pregătire al medicilor de familie, bazate pe propria experiență profesională: G.V.L., f., Brăila: *De altfel, medicul de familie este generalist, iar de multe ori sunt depășiți de situație*; B.L., f., Buzău: *Dar ei tot timpul sunt depășiți de situație*; M.E., f., Brăila: *Nu vrem să criticăm medicii, dar este un sistem prost clădit pentru vremurile astea, cu cerințele noastre*.

În condițiile în care sunt multe cazuri în care pacienții se prezintă la spital, pentru că nu au respectat regulile și nu urmează tratamentul ar trebui să plătească: C.M., f., Tulcea: *Îi asigurăm urgența, că nu poți să-l lași să moară, dar îl pui să plătească*; B.D., f., Tulcea: *Se joacă cu propria-i sănătate, cu propria-i viață*.

Birocrația a fost indicată și ea drept una din problemele sistemului sanitar: P.L.D., f., Brăila: *Prea multe hârtii. Prin completarea lor pierdem pacientul. Avem grijă de el doar 50%. Doar 50% timp pentru pacient, din întreaga noastră activitate*), în special pornind de la obișnuințe anterioare.

Soluții sugerate

Conștiința profesională este invocată drept soluție ce salvează o parte din neajunsurile sistemului: L.G., f., Constanța: *Norocul lor este că ne facem meseria în mod conștiincios, și eu una nu am visat să fac altceva în viață și îmi place ceea ce fac, doar devotamentul ne mai ține aici*; F.S., f., Tulcea: *Și pe bani puțini*; A.D., f., Constanța: *Devotamentul și mila și dăruirea. Nu au nici o vină oamenii săracii că tu le dai lista să cumpere*; S.D., f., Constanța: *Mai ales în zonele sărace, defavorizate. Avem doctorițe care dau bani pentru externare, bani pentru transportul lor*.

Subiecții au invocat și necesitatea unui alt sistem de management, bazat pe o mai bună comunicare între manager și personalul unității²⁴ (C.V., f., Brăila: *Desființarea barierelor de comunicare între manager și personal, pentru că la acest moment, cel puțin la nivelul instituției noastre, există această barieră de comunicare, între conducere și personal; adică, chiar dacă acum este o perioadă grea, pe care o înțelegem cu toții, chiar prin vorbe, te-ar putea face să te simți mai bine, să comunici*) și pe participarea salariaților la luarea deciziilor.

²⁴ Acolo unde acest deficit de comunicare apare el este datorat și ineficienței structurilor sindicale care trebuie să constituie un canal de comunicare specializat, ce acționează în interesul salariaților.

Ce schimbări organizatorice ar fi necesare

Cel mai des este invocată necesitatea unor schimbări de comportament, presiunea modelelor occidentale²⁵ fiind semnificativă în acest sens: G.G., f., Brăila: *Mie mi-ar plăcea să fiu ca în Spitalul de Urgență din America*. V.D., f., Brăila: *Atunci când te adresezi la per tu unui doctor nu înseamnă că nu îl respecti*; G.G., f., Brăila: *Or, aici au senzația, pe bună dreptate (au mai multă școală decât noi), că sunt un fel de feudali, iar noi suntem servitorii și eventual încercăm să se și steargă pe picioare cu noi, dacă ne lăsăm. Dacă încercăm să protestăm, suntem obraznice, incompetente*. O mare parte din salariați resimt persistența unui model de organizare ierarhică de tip neo-feudal, rezistent la schimbare.

La nivel managerial se resimte influența politicului, în general în mod negativ, aceasta anulând criteriile de competență în favoarea celor de afiliere politică. Au fost sesizate, de asemenea, și cazuri de ocupare a funcțiilor de management pe baza „meritelor sexuale”.

Informarea corectă privind fișa postului a fost adusă și ea în discuție în condițiile în care persistă o anume ambiguitate în ceea ce privește atribuțiile fiecărui salariat.

Unii angajați consideră că actuala formă de normare a personalului, la numărul de paturi, nu este obiectivă, fiind mult mai indicată normarea la numărul de pacienți: G.V., f., Tulcea: *Eu am avut o problemă și mi s-a spus așa: normarea cadrelor se face la numărul de paturi. Și am spus: Cum să se facă la numărul de paturi? Noi tratăm pacienții. Deci dacă se întâmplă ca într-o lună să am mult mai mulți pacienți decât numărul de paturi, aceasta se vede. Normarea să se facă concret, la numărul de pacienți așa cum este normal*.

Programarea concediului de odihnă

Nu au fost indicate probleme majore, atmosfera fiind în general de toleranță și înțelegere. Au fost sesizate însă și cazuri problematice, ivite în special datorită lipsei de personal (I.M., f., Galați: *Mai e problema că noi primim adresă ca până în 15 ianuarie trebuie să ne planificăm concediul în tranșe de minim 15 zile... cine știe până în 15 ianuarie ce o să se întâmple în anul respectiv, cum poate să se sincronizeze cu soțul, știu eu ce evenimente poți să ai, și de aici nu se respectă. Și mai e o problemă pe secții, unde au ieșit la pensie mai multe persoane, unde au plecat în concediu pentru îngrijirea copilului, s-au transferat, au emigrat, în locul lor nu s-au angajat alte persoane... cum vor mai fi înlocuiți?) sau de re-*

²⁵ Acestea sunt preluate în special din filmele de gen, dar și din experiența celor care lucrează în străinătate, în special din Italia și Anglia.

gimul dur existent pe anumite secții. De asemenea, uneori se respectă ierarhiile formale sau informale: A.P., f., Brăila: *Sunt secții în care nu ai voie să îți iei concediu decât în anumite luni*; M.A., f., Brăila: *La pediatrie este mai greu, medicul șef stabilește*). Sunt și cazuri în care salariații nu-și permit sau nu pot să plece în concediu (M.E., f., Galați: *La spitalul la care lucrez eu nu este decât o spălătoare, când îi dai concediu?... cum își mai face treaba, cine îi face treaba? Deci concediu nu se ia în sănătate, de obicei, așa cum nici orele festive nu se plătesc*) datorită lipsei de personal (P.C., m., Galați: *Tot din cauza lipsei de personal. Uneori vii la muncă în timpul concediului că nu are cine să-ți facă treaba. Ești obligat să faci asta, că nu prea ai curajul să refuzi, pentru că apoi ești răspunzător de ceea ce ai lăsat nefăcut*) sau specificului locului de muncă. Favoritismele nu sunt nici ele excluse. Sunt întâlnite și situații extreme, când salariatul este trimis efectiv în concediu, fără a fi anunțat în prealabil: R.E., f., Tulcea: *Da, și mi-a zis „ai prea multe zile într-o anumită lună și eu am considerat că trebuie să pleci acum”. Dar m-ai întrebat? Măcar m-ai pregătit psihic? Și a zis: „Nu mă interesează”*.

Situații de discriminare

Salariatele mai în vârstă resimt existența unei discriminări pe piața muncii pe criterii de vârstă, considerându-și șansele de angajare mult diminuate: H.M., f., Galați: *Pe mine, dacă m-ar da afară de la servicii, pe mine nu mă angajează nimeni la vârsta asta. Pot să am 5 facultăți și experiență, caută numai fete tinere, frumoase. Nu există nici o lege care să apere femeile de la 45 de ani până la pensie, vor să muncim până la 65 de ani, dar unde?*

De asemenea, la locul de muncă au fost sesizate cazuri de tratamente diferențiate pe criterii sexuale: M: *Aspectele sexuale diferențiază relațiile profesionale?* C.M., f., Galați: *Absolut. Păi pe ea o ține cu piciorul, pe mine mă ține cu siringa. Este favorita! Pe vreme influența salariul de merit, erau nominale câteva, și erau date preferențial, s-a scos salariul de merit acum în repartizarea pe secții, nu era pe criteriul competenței, în secțiile unde se produce o anumită rotație, sunt anumite secții exterioare însă normal că în sectorul preferențial se intră ori pe nivel politic..ori..unul doi sunt de competență pentru că trebuie să-i tragă și pe ceilalți în spate, că în rest nu... astea sunt repercursiunile... ”*

Pregătirea profesională

Un indicator important al calității vieții profesionale îl constituie forma de calificare a angajatului pentru sistemul de sănătate. Or, în România postcomunistă, formele de pregătire școlară au cunoscut o variație care a produs dezorientare, stres, nemulțumire în rândul personalului sanitar. Se remarcă multele opinii critici

față de faptul că la ora actuală în sistem sunt angajați care au nivele extrem de variate de studii, respectiv: liceu, postliceală, colegiu și, mai nou, facultate: R.E., f., Tulcea: *Am făcut de nenumărate ori școala de asistente și tot asistentă sunt.* Vom urmări acest aspect, care se corelează și cu problema relațiilor intercolegiale la locul de muncă, având în vedere percepțiile angajaților cu privire la diferitele forme de pregătire și cu privire la modul de formare a tinerei generații în cadrul sistemului sanitar.

Există, pe de o parte, o apreciere negativă față de nivelul de pregătire a tinerei generații în comparație cu pregătirea școlară moștenită din regimul comunist, care s-a bazat pe competiția și selecția riguroasă a candidaților, iar, pe de altă parte, o apreciere negativă față de multiplicarea formelor de calificare în meseria de asistent medical, forme noi care au exercitat o presiune asupra angajaților calificați în cadrul liceului sanitar tradițional. Nivelul de pregătire al tinerilor absolvenți/angajați în sistem este apreciat ca fiind slab, deoarece existența a numeroase școli de profil a facilitat înscrierea în masă, fără nici o selecție, în aceste școli și absolvirea lor. *Nu sunt bine pregătiți și sunt superficiali* sunt aprecierile frecvente la adresa tinerilor angajați: A.M., f., Buzău: *Nu se face carte, nu se duc la școală. Sunt prea multe școli, nu se ocupă nimeni de ei. Am fost la un moment dat cadru didactic, dar am renunțat. Școlile nu sunt dotate, profesorii nu-i interesează, le iau banii și atât. Și totuși, mulți dintre ei s-au angajat. Mulți nu știu să scrie românește. Îi lăsam cu cartea și nu știau nici să copieze. Dar mulți s-au angajat, i-am văzut că se angajează și la noi și în alte unități, știți cum se angajează, pe bază de nepotisme, cum bănuim. Trebuie triați altfel.*

Această apreciere privind nivelul de calificare a tinerilor nu este generală, unii manifestând un foarte mare interes pentru a se instrui. Pe de altă parte, salariații cu experiență sunt interesați, în mod direct sau indirect, ca aceștia să devină competenți, să-și efectueze atribuțiunile, deoarece în felul acesta sunt împărțite sarcinile de serviciu precum și responsabilitățile.

În privința slabei pregătiri, în cazul meseriei de asistent a fost deplâns nu numai nivelul de pregătire teoretică al noilor angajați, cât mai ales lipsa de pregătire practică. Angajații cu experiență au constatat acest mare neajuns al modului de pregătire oferit de sistemul de educație, aducând în repetate rânduri argumente din modelul lor de formare, cu ani în urmă. Ei au arătat că au interes pentru pregătirea și instruirea elevilor, că doresc să se implice în cea mai bună îndrumare a lor, privindu-i ca pe niște viitori colegi de muncă. Există cazuri când acești tineri sunt solicitați ca voluntari în perspectiva posibilei angajări. Multe răspunsuri au indicat, însă, că interesați în pregătirea practică sunt foarte puțini dintre elevii care se

prezintă la spital: N.G., f., Brăila: *Sunt foarte slab pregătiți. E adevărat, practica „te omoară”, dar nu au un minimum de cunoștințe. Nu este vina lor, ci a degradării educației. Iar când vin pe la practică, stau mai mult la o țigară, stau cu stetoscopul de gât să-i vadă lumea că sunt la școală sanitară.* P.M., f., Vrancea: *Eu am încercat să explic, când am avut ultima clasă de elevi, și fugeau după aceea de zona mea.* P.C., m., Vrancea: *Nu, uite avem un băiat care din anul I a venit la noi, nici nu știa să țină o seringă în mână, și este în anul II acum, și vreau să zic că prinde destul de bine, pentru că a fost direct interesat și chiar se cunoaște că a făcut mari progrese.* H.A., f., Constanța: *Nu numai în cazul asistenților, și la medici e la fel...* C.C.V., f., Constanța: *Sunt și care vor să învețe și care învață și care vor să învețe și se implică. Nu înseamnă că toți sunt o apă și-un pământ.*

Participanții au avut numeroase opinii în privința instituirii unei forme de tutoriat pentru noii angajați, care să fie reglementată clar prin norme administrative, să intre în atribuțiunile unor persoane a căror competență să fie recunoscută în acest sens, să devină un semn al aprecierii profesionale și un mijloc de a fi răsplătit financiar. Ei și-au exprimat acordul cu privire la necesitatea instituționalizării tutoriatului, au indicat că intră în atribuțiunile lor prin fișa postului, că efectiv, fără ca nimeni să le ceară să efectueze această sarcină în plus, chiar asta fac pentru că așa au deprins meseria și tot astfel trebuie să procedeze cu noii angajați, pentru buna desfășurare a lucrurilor. Unii dintre respondenți au afirmat că lipsa de personal, sarcinile de lucru care îi depășesc, nu mai oferă timp pentru tutoriat. În ceea ce privește reacția celor îndrumați, ea se manifestă în mod divers: de la un interes serios de a învăța, până la un total dezinteres, și de aici relații de muncă tensionate; există o spaimă față de sarcinile la locul de muncă și eventualitatea părăsirii secției sau a sistemului sanitar. Participanții au evocat modul cum ei, ca tineri angajați, au primit îndrumarea personalului cu experiență și cum în formarea lor se confirmă clasicul proverb, că meseria se fură: D.M., f., Brăila: *Așa a fost la început, înainte de 1990. Noul angajat avea o perioadă de practică, așa cum au medicii rezidenți. Atunci învățai să practici ceea ce ai învățat în timpul școlii. Acum nu mai e așa;* V.F., f., Tulcea: *La noi, primele două luni de angajare au fost practică, după care am dat examen. La locul de muncă! Plus că practica din timpul liceului a fost practică.* P.G.S., f., Buzău: *La noi în spital se mai practică voluntariatul. Recrutăm tinere absolvente, voluntare și de aici selectăm pentru concurs. Acum e mai incert pentru că sunt blocate posturile și nu organizăm concursuri decât pe perioade determinate, dar, înainte, noi de aici recrutam, din voluntariat.*

Din conținutul răspunsurilor la aceste întrebări, constatarea este că sistemul nu are clar formulate normele de formare ale angajaților, nu dispune de reguli

privind factorii care trebuie să răspundă de formarea acestor persoane nou angajate, lipsite de experiență. Formarea la locul de muncă se desfășoară predominant potrivit unor cutume, după cum decide nevoia organizării la locul de muncă pe care o sesizează șeful, noul angajat fiind lăsat la voia întâmplării, așa cum arată o judecată de forma aceasta: S.G., f., Brăila: *Noi suntem mereu amenințate cu pierderea locului de muncă și nu mai avem răbdare să stăm și să le arătam celor care vin tot ce este necesar. Ei baza o au, dar practica lipsește...*

În acest context, se poate observa că pe fondul unui deficit al pregătirii inițiale este indicat rolul foarte important al secției în formarea profesională a salariaților: B.V., f., Galați: *Depinde și de asistenta șefă, noi avem o asistentă șefă foarte bine instruită care știe să se descurce. Multe dintre fetele care au venit la noi nu erau responsabile iar după trei-patru ani cât au stat la noi au devenit responsabile.*

Au fost întâlnite numeroase opinii critice față de performanțele actualului sistem de formare profesională²⁶, îndeosebi față de școlile postliceale particulare (P.N.D., f., Brăila: *Poate schimba pentru asistenții medicali care au ajuns asistenți medicali prin unele școli, nu vreau să jignesc, post-liceale particulare, unde nu se face școală și nu se învață. Vorbesc din experiență. La noi în spitale vin elevi de la școlile astea particulare. Ei au un protocol încheiat între ei, ca școli și noi, ca spital. Acești elevi, care se află în anul III, nu că nu știu să facă o injecție, dar nu știu să facă nimic*) și facultățile de asistenți medicali, în acest din urmă caz opiniile având surse mai nuanțate, după cum se poate vedea mai jos. Criticile merg până la furniza exemple hilare. Lipsa de seriozitate a furnizorilor de formare profesională este cel mai des adusă în discuție, inclusiv în ceea ce privește pregătirea pentru tehnicile medicale realizată de instructorul de practică: I.E., f., Tulcea: *Dar cadrele de acolo ar trebui un picuș să fie responsabile pentru ceea ce dau pe piață. Iar ca instructor într-o școală sanitară ar trebui ales un asistent bine pregătit și cu vechime*), ea având drept corelativ un nivel foarte scăzut de pregătire a absolvenților. Aceasta este dublată de scăderea standardelor de pregătire generală și profesională: R.A., f., Buzău: *Dacă s-a ajuns să se intre la o școală postliceală sanitară fără concurs și fără diploma de bac!*; B.M., f., Brăila: *Deci, deja nu avem cu cine să vorbim fără diploma de bac.*

²⁶ O parte dintre aceste opinii pot fi rezultatul conflictului care separă generațiile. A se vedea în acest sens cele prezentate la secțiunea Conflictele între generații.

Formarea este legată în mod direct de intenția semnificativă de a pleca la muncă în străinătate a noilor absolvenți: I.M., f., Buzău: *Cei mai mulți fac acum școala pentru a pleca în străinătate, deci nicidecum pentru a rămâne.*

Schimbările aduse de Facultățile de Asistenți

Nemulțumirile față de apariția diferitelor forme de calificare în meseria de asistent medical – existența facultăților, anterior a colegiilor, a școlilor sanitare postliceale, îmbracă multiple aspecte, pe care participanții le-au evidențiat de-a lungul conversațiilor. Ceea ce a rezultat din dezbateri a fost că aceste forme nu facilitează o mai bună calificare, cât mai ales îi constrâng pe angajați să se „recalifice”, cu alte cuvinte să obțină o altă diplomă pentru competențele pe care le posedă deja. Această „constrângere” funcționează din perspectiva asigurării locului de muncă a vechilor angajați în fața „calificării superioare” conferite de noile forme de pregătire. Legislația nouă în materie de educație, proliferarea învățământului particular și a celui public mai ales în regim de taxă, integrarea țării în structurile europene sunt circumstanțele care au provocat anomalii în repetarea calificării celor deja calificați: A.L.C., f., Tulcea: *Eu am făcut liceul sanitar pe vremea lui Ceaușescu, apoi s-a schimbat, a trebuit să fac altceva și apoi după '89 colegiu și tot așa, faci 20 de ani de școală ca să fii tot asistentă, cum se schimbă guvernul mai schimbă și ei ceva.* O bună parte dintre subiecți au indicat faptul că facultățile nu reprezintă o formă reală de pregătire și de promovare în sistem: S.T., f., Tulcea: *Vina nu este a guvernelor, ci a facultăților care au creat aceste colegii și facultăți. Oricum ești privit la fel ca și cei cu postliceală, dar nu ca având studii superioare, medicii nu te privesc așa! Aceste forme au fost făcute ca să fie finanțate facultățile de medicină.*

Formele superioare de pregătire nu aduc spor salarial semnificativ, iar dacă există o diferență, aceasta este inexplicabilă, deoarece cantitatea de muncă depusă este aceeași, responsabilitățile sunt aceleași, ele nefiind diferențiate potrivit studiilor. Dacă există diferențe cu privire la nivelul de calificare, acestea nu se regăsesc în facilități legate de diferențierea atribuțiilor, responsabilităților care să fie, în același timp, clar precizate la nivel legislativ: M.I., f., Vrancea: *Aceleași lucruri le faci chiar dacă ai postliceală sau studii universitare, singura diferență este la salariu.* S.D., f., Constanța: *Și nu mi se pare corect, pentru că munca este aceeași.* M.V., f., Constanța: *S-a făcut din școlile acestea o afacere, de vreme ce nu au adus nici un beneficiu sistemului, decât contând la salariu...* A.I., m., Vrancea: *Ar fi fost necesar ca o dată cu înființarea acestor facultăți, să se facă schimbări și în normativul de personal, să știm și noi pe fiecare secție, câți asistenți cu studii*

superioare avem, câți cu studii medii. Ar trebui modificată și fișa postului pentru cei care termină studii superioare, ca să aibă sarcini în plus.

Angajații cu vechime multă în activitate consideră că facultățile și formele postliceale de calificare nu contribuie la creșterea cunoștințelor, că ele oferă cursuri formale, organizate în scop lucrativ și tinerii care finalizează aceste forme noi nu demonstrează de fiecare dată o calificare superioară: B.G., f., Tulcea: *Eu am făcut Facultatea de Asistente, dar nu m-a ajutat la nimic, nici măcar mărirea de salariu nu a fost cât trebuia.* R.C., f., Tulcea: *Sunt absolventă de facultate, lucrez de 30 de ani în laborator, am terminat liceul, am făcut asistență medicală, asistent general, deoarece laboratorul nu exista. Pot să spun de ce noile forme de învățământ nu aduc ceva nou. Am fost prima generație de absolvenți, facultatea este nouă, profesorii sunt medici foarte ocupați, studenții sunt mulți și nu au loc la patul bolnavilor, nu facem suficiente ore, deci e superficial. Jumătate dintre noi eram asistenți, deci aveam bazele puse și ceilalți care nu erau din sistem nu știau ce e seringă și perfuzia, profesorii vorbeau cu noi, cei din sistem, ceilalți erau speriați, nu aveau curaj să stea la patul bolnavilor.* V.D., f., Constanța: *Tu ai terminat facultatea și poți să spui din interior cum este; eu am avut colege care au terminat facultatea și mi-au zis că nu se interesează personal la patul bolnavului; pot termina această facultate fără să ia contact cu bolnavul și să știe să facă măcar o puncție. Eu am crezut că exagerează, dar tu certifică că este adevărat!*

Unii studenți au indicat motive pentru care există acest deficit de activitate practică: L.L., f., Tulcea: *Materia este axată pe teorie și la fel de grea ca la Medicină; aveam aceleași cursuri ca și cei de la Medicină, nu existau cursuri speciale pentru asistenți. Eram pe holurile spitalului foarte mulți, și asistenți, și de la medicină, terorizam bolnavii dacă intram toți la patul lor.*

În general existența unor forme de pregătire nu deteriorează în mod necesar relațiile la locul de muncă. Dacă sunt urmate de cadre deja prinse în sistem, ele nu produc decât o stare de inconfort atunci când trebuie preluate sarcinile celor ce se deplasează la aceste forme de învățământ sau mici invidii inerente naturii umane: B.C., f., Vrancea: *Apar discuții între colege. Și pe bună dreptate.* P.L., f., Galați: *În primul rând, îți trebuie timp pentru școală. Se fac niște schimburi de tură, se cer niște concedii de studiu, și atunci volumul de responsabilități este mai mare pentru noi.* S.L., f., Buzău: *Și ceilalți rămân acolo și trag la muncă.* B.C., f., Vrancea: *Dar nu o să tragă la nesfârșit, nimeni nu este dispus. Adică eu „hai să-ți fac tura ție, că tu te duci la școală”. Eu nu mai plec acasă sau renunț la concediu să te ajut pe tine. Nu pot la nesfârșit.* G.D., f., Brăila: *Vin absolvenții de facultate, da? Și eu o rog pe colega de la sala respectivă să o instruiască pe noua co-*

legă și apar discuții: cum, eu să-l instruiesc pe ăsta cu facultate? N-are decât să învețe singur, dacă a făcut o facultate. Pe mine nu mă recunoaște că am muncit atâta timp și am rezolvat atâtea cazuri, de ce să îl instruiesc eu pe el?

Poate figura ca perioadă de tranziție pentru sistemul sanitar și această tendință de la o calificare superioară a forței de muncă și a unui număr select de personal, la o tot mai slabă calificare a unui număr mare de absolvenți. În aceste condiții, concursul ar constitui un principiu eficient de selecție a celor înalt calificați. În același timp, tranziția spre o societate bazată pe libera concurență, spre noi forme de calificare în consens cu reglementările uniunii europene i-a constrâns pe mulți angajați, pe fondul unui vid legislativ care să confere o protecție și o recunoaștere a calificării inițiale, să se „recalifice” formal.

Destul de contestate sunt Facultățile de Asistenți Medicali, în specie datorită faptului că studenții care lucrează deja sunt nevoiți să reia cunoștințe pe care le au deja dobândite din alte forme de pregătire inițială, iar cei care n-au mai lucrat nu dovedesc o pregătire conformă cu nivelul de salarizare. De partea cealaltă, stau argumentele celor care au urmat studiile superioare pentru asistenți: T.M.C., f., Galați: *Făcând o paralela între Școala postliceală și Facultatea de asistența medicală, orizontul științific de predare este mult mai larg decât în ceea ce s-a învățat în Școala postliceală. Perspectivele asupra nivelului de pregătire a absolvenților de facultate sunt multiple, fiind indicate și multe aspecte pozitive, precum: B.E.D., f., Galați: Uneori sunt surprinzători de rău pregătiți, dar uneori au fost și surprize în care erau foarte bine pregătiți. Setea de cunoaștere este la toți, dar există și rezidenți în pregătire care nu vor fi la adevăratul stadiu la care trebuie să fie un medic. Au fost aduse și argumente mai obiective, ce se apropie de un traseu profesional firesc sau de un scop pragmatic: M.A., f., Buzău: Nu îmbunătățesc calitatea serviciilor medicale, dar ar aduce satisfacție profesională și ceva bani în plus la salariu. Munca e aceeași.*

Opiniile salariaților diferă, în special, în funcție de nivelul lor de formare: dacă au făcut facultatea, au în general o părere bună (T.V., f., Tulcea: *Nu consider că a fost o pierdere de vreme, eu am avut avantajul că mi-am schimbat profilul, ceea ce aveam nevoie, deci mi-am realizat un scop. Nu pot să spun că m-a exploatat cineva și am fost sprijinită de toți din jurul meu, de colectiv*), în timp ce restul salariaților au păreri împărțite, argumentând în principal ideea existenței aceleiași nivel de pregătire. În rândul celor din urmă nu lipsesc nici perspectivele extreme (B.I., f., Constanța: *În momentul în care s-a înființat această facultate, care mi se pare o aberație, m-am dus la coordonatoarea mea, care era pe timpuri și este și acum directoarea la postliceală, și i-am zis „ce fac, mă înscriu și eu la asta?” și a*

zis „dragă, ăștia sunt fabrică de bani, vor bani pentru că sunt 50 de milioane pe an pe care tu le dai, iar licența la sfârșit te costă 1500 șpaga lor”) sau sceptice (M.N., f., Buzău: *Nu cred, majoritatea se duc acolo tot pentru o diplomă. Unii dintre ei au și familie și mai fac și aceasta școală sperând la o mărime de salariu*), ajungându-se până la ignorarea diplomelor²⁷ (R.N., f., Galați: *În sistemul sanitar din România doar diploma de medic contează, aceea este singura muncită, importantă*) sau la un tratament disprețuitor (E.A., f., Galați: *Și în ochii medicilor tot proastă ești. Ne-a și zis o doctoriță*). Nu este remarcată o diferență concretă de pregătire, mai ales de salariații cu experiență: B.M.R., f., Brăila: *Deci, colegele care fac acele studii prestează aceeași muncă la patul bolnavului. Ani pierduți aiurea și bani cheltuiți*). Chiar și față de asistenții cu studii superioare, atitudinea critică persistă, fiind aduse unele argumente legate de „seriozitatea” studiilor urmate (J.S., f., Constanța: *O asistentă care a făcut postliceala pune o perfuzie exact ca aceea care a terminat un colegiu*; Ș.M., f., Tulcea: *Am avut o colegă a terminat facultatea de moașe nu știa să facă nimic*) sau exemple privind comportamentul față de pacienți date dintr-o perspectivă nostalgică: C.L., f., Tulcea: *Teoretic, trebuie să fie mai bine pregătite, dar în realitate nu sunt. Pentru că nu se face practică. Se vede o diferență de pregătire între vechea asistentă și asistentele care ies azi. Și relațiile sunt altfel, chiar și între asistenta cu studii superioare și pacient. Niciodată nu mi-am permis să mă adresez pacientului cu superioritate, să fiu obraznică, să-l iau peste picior, dar sunt colege care s-au angajat de câteva luni și se poartă astfel. Eram educați cum să ne purtăm cu bolnavul, se făcea educație serioasă pe vremuri. Diferențele sunt puse și pe seama atitudinilor individuale. Percepția asupra utilității studiilor superioare nu este nici ea mereu una pozitivă: S.D., f., Tulcea: *Nu sunt la facultate. Am fost să mă înscriu, dar nu-i văd rostul, pentru că fac același lucru pe care l-am făcut în liceu, același lucru pe care l-am făcut în școala postliceală. Și cu ce mă aleg? Cu ceva care nici nu e recunoscut în afară. Așa am înțeles de la fetele care vor să plece sau care au plecat. Acolo v-a trebui să-mi echivalez și să o iau de la capăt la nivelul secției respective*.*

În mod obiectiv, se pune în primul rând problema faptului că în cazul celor cu postliceală, dacă mai fac și facultatea, ajung să învețe aceleași lucruri de două ori: Ș.A., f., Constanța: *Dacă la momentul respectiv era facultate în loc de postliceală, poate făceam, dar acum să faci același lucru de 2 ori... alții fac. Dacă ne*

²⁷ Problema nu apare doar în cazul asistenților medicali licențiați, fiind mai curând o problemă a sistemului de învățământ românesc din care învățământul medical face parte. Este vorba de lipsa de acoperire a diplomelor în cunoștințe și competențe valabilă pentru o mare parte din universități, fapt care se reflectă la nivel social printr-o lipsă de încredere în diplome în general.

gândim la rece, este o defavoare pentru cei care au terminat anii trecuți pentru că nu exista, asta nu este corect. Trebuiau echivalate cu postlicealele). Situația este complicată și de faptul că nu există atribuții profesionale diferențiate pentru cei cu facultate față de cei cu postliceală, fiind resimțită sub forma unei nedreptăți de către o mare parte din personal așa cum menționează: P.L., f., Galați: *Ar fi fost bine ca o dată cu înființarea acestor facultăți să se facă schimbări și în normativul de personal, să știm și noi pe fiecare secție câți asistenți cu studii superioare avem, câți cu studii medii. Ar trebui modificată și fișa postului pentru cei care termină studii superioare sau L.G., f., Buzău: Oricum toți fac aceleași lucruri, doar că iau bani mai mulți că au o diplomă în plus.*

Absolvenții de studii superioare argumentează la rândul lor sporul de cunoaștere pe care-l aduce absolvirea unei facultăți (B.V., f., Galați: *Sunt vreo opt colege care au terminat facultatea de moașe la Constanța și bineînțeles că în patru ani de zile au învățat mai mult).* Perspective optimiste în ceea ce privește soarta celor cu studii superioare au fost indicate și de absolvenți ai școlilor postliceale: M.A., f., Buzău: *Eu una m-am înscris la o facultate pentru că nu știi ce se întâmplă pe viitor;* I.I., f., Buzău: *Siguranța locului de muncă, că în rest... .*

Studiile superioare sunt urmate uneori și pentru siguranța locului de muncă: S.C., f., Tulcea: *Eu am avut colege care au terminat colegiul, dar nu mi s-a părut că sunt mai bine pregătite decât noi;* V.M.M, f., Tulcea: *Au făcut facultatea pentru siguranța locului de muncă.*

Aprecierea nivelului de pregătire a asistenților cu studii superioare în domeniu trebuie să țină cont de două situații diferite: cea în care studenții acestor facultăți vin direct de pe băncile liceului sau sunt dintre cei care nu au mai lucrat în sistemul sanitar și studenții care sunt de fapt asistenți medicali ce s-au înscris la facultate. În cel din urmă caz nu poate fi apreciat nivelul de pregătire al absolvenților, deoarece în discuție sunt și competențele dobândite anterior la care se adaugă experiența profesională.

Ucenicia noilor angajați

Nivelul de pregătire slab al noilor veniți este considerată a fi principala problemă în formarea noilor angajați: R.A., f., Buzău: *Realitatea este cu totul alta, școala se face mai mult prin corespondență;* R.A., f., Buzău: *Iar cunoștințele sunt nule, dacă nu minimale, și e foarte greu să iei în primire un nou venit care nu are nici o bază, decât pretenția că are o diplomă.*

Având în vedere preponderența asistenților fără facultate, actuala structură creează și un paradox, în sensul că noii angajați cu facultate ajung să fie învățați

de colegii lor cu studii mai puține și, implicit, cu salarii mai mici: I.M., f., Buzău: *Să vină cu diploma de asistent diplomat și să-l înveți tu, ăsta cu școală sanitară!*

Voluntariatul este văzut ca o soluție pentru a remedia deficitul de competențe practice ale noilor veniți, el fiind cumva integrat în mod informal în sistemul de formare inițială. În acest sens, s-au dezvoltat practici corespunzătoare în diferitele unități sanitare (S.F., f., Galați: *Dacă înainte venea cine vroia să facă practică, acum noi am instituit altă metodă: îi chemăm să facă voluntariat și apoi dau examen. Astfel, știu că este un om pe care l-am format eu în perioada de voluntariat și că mai are să se perfecționeze în timp, cum ne perfecționăm toți*), chiar dacă ele sunt la limita legalității în ceea ce privește prevederile Codului Muncii.

Lipsa de personal și supraîncărcarea cu sarcini a personalului cu experiență conduce la limitarea posibilităților de a forma noilor veniți: A.I., f., Vrancea: *Ăștia tineri trebuie ajutați, noi am avut acum 4-5 ani angajate niște fete tinere și eu pe toate am încercat să le ajut pentru că știu cum e să își bată cineva joc de tine*. Aici intervine și deficitul transferului de experiență adus de migrația personalului, numărul salariaților cu experiență fiind în continuă scădere. Acest fapt conduce treptat la modificarea anumitor dimensiuni în cultura organizațională a secției, inclusiv la scăderea standardelor de lucru, pe fondul modificării reperelor.

Noii angajați sunt ajutați, însă rezultatul final depinde în bună măsură și de implicarea lor și de atitudinea pe care o au (G.G., f., Tulcea: *E vorba și de educație. Și eu am fete care au terminat și nu au fost extraordinar de pregătite dar au fost modeste, și-au văzut de treaba lor, au avut interes și atunci au învățat*. Gradul de implicare poate fi observat încă de pe băncile școlii: I.R., f., Buzău: *Noi îi avem repartizați la saloane. Unii vin și nu știu să facă nimic iar după cei trei ani de școală ne vin colege. Alții sunt foarte interesați și ai bază după anul I de școală să le facă tratamente la toți bolnavii, alții nici după anul III nu știu*), elevii sau studenții cei mai implicați având câteodată șansa de a fi angajați pe o secție în măsura în care o permit strategiile de angajare; în mod cert se ajunge și la situații de apropiere între angajați și unii elevi, creându-se astfel premisele unei bune colaborări viitoare. Unii salariați reclamă un procent mic al celor care se implică din cei care fac practică sau din rândul noilor veniți. Formele de angajare și relații informale ajung să influențeze în mod semnificativ procesul de formare la locul de muncă: B.M., f., Buzău: *Nu sunt lăsați singuri și nu au sarcini cum avem noi. Li se dă un asistent coordonator și-l ajută să se învețe încet-încet. Însă nu prea vor să coopereze, nu sunt deschiși și chiar te sfidează*.

Uneori, se ajunge la situația în care noii veniți nu se simt în stare să se descurce de unii singuri, conducerea secției încercând să creeze un echilibru a nivelu-

lui de pregătire prin aranjarea graficului de activitate astfel încât pe fiecare tură să se afle și persoane cu experiență²⁸.

În final, pentru majoritatea cazurilor, considerăm că se poate vorbi de buna intenție a celor cu experiență pentru a ajuta la pregătirea celor tineri, motivată de faptul că nivelul lor de competență se răsfrânge până la urmă și asupra celor mai în vârstă: V.M., f., Brăila: *Îl dăm pe lângă un asistent bun ca să învețe bine, că după aceea tot eu ma lupt cu el dacă nu știe*. Supravegherea și pregătirea noilor veniți este foarte mult mutată în zona informală, pe modele considerate de acum tradiționale: G.V., f., Tulcea: *Nu. Eu vă spun cum facem noi: dacă au venit patru le împărțim la fiecare medic, ca să cunoască bolnavii în primul rând, și nu au voie să facă nimic până când colegele mele nu observă că sunt bune și pot face o injecție corect*; I.D., f., Tulcea: *Chiar și cele nou angajate, în primele șase luni sunt tot timpul supervizate. Sunt sub supravegherea unei alte asistente de pe secție*. Au fost exprimate și nostalgii după vechile tipuri de formare, respectiv stagiatu-

Salariații consideră că este oportună organizarea unui sistem de tutoriat, el existând deja într-o modalitate informală, chiar dacă mai persistă și situații ambigue: C.L., f., Galați: *Eu vă spun că mă bucur să aud asta, că așa se întâmplă la dvs., dar de regulă, în momentul în care vine o persoană nouă, un nou angajat care nu a mai lucrat în sistemul sanitar, este trimis, este X, vi-l prezintă, este noul coleg/noua colegă și atât, și-l învățați voi. Adică nu-i spun: Elena ți-l dau pe Ion și ai grijă, îl înveți, îi arăți, îi explici, ce trebuie să facă, ce nu trebuie să facă*). De asemenea, sunt cazuri în care obligația formării noilor veniți este prevăzută în fișa postului. Însă salariații considerați buni, care ajung să formeze într-o mai mare măsură noii angajați, nu primesc nici-o formă de recunoaștere, ca să nu mai vorbim de recompensă. În acest sens este necesară crearea unui sistem organizat de formare la locul de muncă: S.F., f., Galați: *Aici ne lovim iarăși de lipsa de personal. Ar trebui să existe persoane care să se ocupe strict de acest lucru*.

Formarea continuă

Observațiile făcute de angajați nu sunt favorabile sistemului nostru de sănătate, nici dirigitorilor din sistem. Un sistem rămas în urmă din perspectiva mentalității dirijiste, a inexistenței motivației materiale și a recunoașterii sociale a unei profesii extrem de utile din punct de vedere social. Un sistem care intervi-

²⁸ În planul aprecierii, această situație este deosebit de motivantă datorită transferului de atribuții dinspre cei slabi spre cei competenți, mai ales când salariații slabi au același salariu cu cei care sunt buni profesioniști.

ne coercitiv, stresant și formal prin impunerea creditelor obligatorii ce trebuie obținute de către asistenți sau medici, dacă aceștia doresc să rămână în sistem.

De ce facilitați se bucură personalul medical atunci când are obligația de a urma cursurile de formare continuă? Este această formare un factor de stres, o formalitate artificială impusă de la vârf sau, dimpotrivă, o nevoie reală a sistemului și un mod de dezvoltare profesională, o formă de manifestare a necesității umane de autoperfecționare? Cercetarea a încercat să răspundă la aceste întrebări și, suplimentar, ea ne oferă și date despre cum percep angajații atitudinea factorilor de decizie față de obligația de perfecționare, precum și care e susținerea din partea sistemului față de acest efort desfășurat în timpul liber. Este fapt indiscutabil că în acest sistem, angajații urmează cursuri de formare și specializare, dar sunt aceste cursuri pe placul lor, sunt utile, există o motivație interioară care îi determină să le urmeze? Cum măsurăm prioritatea subiectivă a ceea ce dorește orice societate umană, și anume antrenarea indivizilor în cursa educației permanente? Sintetic, răspunsurile au scos la lumină următoarele aspecte: cursurile sunt utile, îi ajută profesional, îi ajută să fie la curent cu noile specializări, cu eficiența noilor medicamente, cu metode performante de a trata pacienții, oferă oportunități în dezvoltarea profesiei ori constituie o formă de asigurare în condițiile în care „*dorința oamenilor de a face cât mai multe cursuri este dată de instabilitatea din ziua de astăzi*”.

În multe cazuri salariații și-au exprimat nemulțumirea nu atât față de ideea de a urma cursuri de formare profesională continuă, idee cu care marea lor majoritate sunt de acord, cât față de obligativitatea de a plăti aceste cursuri pentru a avea dreptul de a-și practica profesia: D.A., f., Galați: *Noi suntem obligate să facem 30 de credite anual, acestea sunt cursurile noastre, de educație medicală continuă*; G.V., f., Tulcea: *Anul trecut am făcut 29 de puncte. Și m-a chemat OAMMR-ul, m-a chemat la apel și mi-a zis: „uite, o să fie un curs de cinci sute de mii, te duci și îl faci”. Și a trebuit să-l fac. Altfel nu-mi dădeau autorizația. Condiționarea aceasta cu autorizația este cea mai mare prostie. Adică fără punctul acela eu nu mai știu să-mi fac meseria? M-am dus, am mai făcut 30 de puncte, pentru un singur punct*; O.V.D., f., Tulcea: *Acum doi ani am făcut o sută și ceva de puncte și nu mi s-au reportat pentru anul următor decât 15, restul l-am pierdut. Iar banii i-am dat.*

Nu toți participanții au afirmat că plătesc aceste cursuri, deși au fost indicate puține răspunsuri de mulțumire pe această linie: C.D., f., Tulcea: *Eu cred că am făcut cele mai multe cursuri, am mers cam pe la toate cursurile pentru că ne ajută, cam de 6-7 ori pe an și au fost plătite*; I.M., f., Constanța: *Eu am fost anul*

trecut la un curs la Sinaia despre gestionarea deșeurilor care a fost gratuit; C.D., f., Tulcea: Au fost finanțate de Ministerul Sănătății, acelea contează foarte mult, precum și relația pe care o ai cu managerul.

Dezbaterile au scos în evidență faptul că există un interes real al salariaților față de pregătirea proprie, pentru autoperfecționare: I.L., f., Galați: *Acum nici o săptămână, la un curs de reanimare neonatală, acum două săptămâni la Iași tot de reanimare neonatală, că este foarte important. Am fost la foarte multe cursuri. Metode noi de reanimare, de diagnosticare, metode noi de comportament vis-à-vis de mame și este foarte important pentru copii așa de mici, siguranța utilizării corecte a aparatelor și în general tot ce este nou și ultra nou în medicină și suntem la curent. Dacă știi să aplici corect și tratamentul și metodele de reanimare, atunci scade mortalitatea.*

Dacă și cum este apreciat acest efort de autoperfecționare? În cadrul sistemului, aprecierea este slabă. „*Ne apreciază șefii direcții*” e afirmația frecventă. Dar există și opreliști în urmarea formelor de pregătire, dublate de lipsă de încurajare și de apreciere. Această slabă apreciere din partea sistemului, a angajatorului, față de efortul de autoperfecționare, este compensată de conștientizarea importanței formării continue și de efectele pozitive implicate de această activitate desfășurată în afara programului normal de lucru.

Ce anume trebuie să facă angajatorul ca să demonstreze că apreciază efortul de autoperfecționare, care sunt așteptările angajaților în această privință? Cerința unanimă a fost „să se plătească aceste cursuri”, să fie decontat transportul, cazarea; cursurile să fie recunoscute la nivel salarial, ca în străinătate; să existe o formă de apreciere prin laudă; să li se aloce timp în așa fel încât să nu fie afectat concediul de odihnă.

În concluzie, observațiile realizate la întâlnirile focus grup au scos în evidență un interes sincer spre autoperfecționare și o nemulțumire dată de faptul că acest interes nu este susținut prin forme de recunoaștere clar definite, prin recompense financiare, prin apreciere directă din partea șefilor din sistem.

Perspectiva pierderii locului de muncă

Răspunsurile la această întrebare, care au avut în vedere posibilitatea pierderii locului de muncă datorită restructurării, au fost diferite, înregistrând atât o variabilitate în funcție de regiunea geografică din care proveneau subiecții (S.C., f., Tulcea: *Doar să pleci în alt oraș. Undeva într-un oraș mai mare. Dar aici nu.*; I.L., f., Tulcea: *În Tulcea e o piață saturată*), cât și în funcție de perioada în care a fost desfășurat fiecare focus-grup. În funcție de timp cea mai semnificativă dife-

rență este, ca și în cazul altor teme, cea dintre perioada dinainte de reducerile salariale din luna iulie 2010 și cea de după, în sensul că după acele măsuri răspunsurile sunt în general mai pesimiste. Pesimismul se accentuează în toamna anului 2010 odată cu aplicarea măsurilor de descentralizare și anunțurile autorităților publice locale privind intenția de restructurare. El ajunge la un maxim în momentul demarării acțiunii de comasare a unei mari părți din unitățile sanitare. Suplimentar, răspunsurile variază și în funcție de vârsta salariaților, cei tineri fiind mai optimiști că vor putea găsi un loc de muncă (S.M., f., Constanța: *Da, eu cred că aș găsi ușor un loc de muncă pentru că sunt tânără*), în timp ce în cazul celor mai în vârstă teama este mai mare datorită șanselor mult mai reduse în acest sens (C.E., f., Tulcea: *La tineri da, dar la vârsta mea care mai am 1 an până la pensie...*). Evaluarea pe care salariații o fac riscului de a-și pierde locul de muncă și șanselor de a găsi alt loc de muncă în caz de concediere este dependentă de evoluția pieții muncii în contextul crizei economice (S.C., m., Galați: *În orice domeniu de activitate, ținând cont de criza financiară, de posturi blocate peste tot și economia cum merge... e clar pentru toată lumea, indiferent de domeniul de activitate și de pregătire, este foarte greu de găsit un loc de muncă*). Incertitudinea privind propriul loc de muncă este una din dominantele atitudinii salariaților (A.Z., f., Constanța: *În momentul de față, da. Nu știm dacă se restructurează. Este o incertitudine totală*), accentuând stresul acestora: S.M., m., Constanța: *Nu există siguranță. Zilnic ne trece prin minte gândul acesta*.

O parte a salariaților nu se teme de pierderea locului de muncă, cel puțin pe termen scurt (M.I., f., Galați: *Deocamdată avem siguranța locului de muncă*), în special datorită deficitului de personal existent în sistem (M.S., f., Galați: *Contează și unde muncim. De exemplu, în unitatea în care muncesc este deficit de personal, nu are ce da afară*); însă nu întotdeauna situațiile de acest gen generează siguranță: V.M.M., f., Tulcea: *Personalul este puțin, dar totuși nu putem să spunem că avem siguranță*. Unii salariați se consideră prea importanți pentru unitatea sanitară pentru a lua în calcul posibilitatea disponibilizării: R.A.V., m., Buzău: *Eu cred că, chiar dacă ar fi personal suficient și s-ar face restructurări, nu cred că eu voi fi demis*; de remarcat, că o astfel de atitudine poate să fie determinată și de existența unui sprijin informal. Absența temerilor se dezvoltă uneori și pe un gen de resemnare bazat pe nemulțumirea față de actualul loc de muncă: B.L., f., Buzău: *Dar nu avem ce pierde. Acești 11 milioane pe care îi câștig, eu consider că nu am ce pierde. Atât câștig, după 30 de ani de vechime de spital*; B.L., f., Buzău: *Ce să pierd turele de noapte, de sărbătoare și faptul că pe 1 ianuarie eu plec la muncă*. Deficitul de personal poate acționa însă și mod ciudat în

sensul creșterii temerii față de pierderea locului de muncă, fie datorită unor posibile proteste ale salariaților împotriva supraîncărcării cu sarcini de serviciu (A.C., f., Brăila: *Este o supranormare, ideea este că lucrezi în același timp un volum mare și te suprasoliciți fără să primești nimic în plus. În loc să fac 20 de radiografii, fac 40 pe zi, și pot să mă și îmbolnăvesc profesional*; C.B.S., f., Brăila: *În loc să fac radiografii doar pacienților din spital, fac și la cei de la UPU. Oamenii se simt închistați, nu vorbesc de teama să nu își piardă locul de muncă*), fie datorită creșterii riscului de malpraxis în condiții de suprasolicitare.

Majoritatea salariaților se simte amenințată de perspectiva pierderii locului de muncă în special datorită discursului oficial pe tema personalului excedentar în sectorul bugetar (I.M., f., Galați: *Da, datorită conjuncturii actuale, cine mai poate să fie sigur pe locul de muncă? Poate că această teamă este alimentată de chestii false, dar atâta vreme cât se vorbește de restrângere și bugetari excedentari și așa mai departe, nu poți să te culci pe o ureche și să zici că ești bătut în cuie aici*) și reducerii numărului de paturi determinată de reorganizarea sistemului sanitar (C.R., f., Brăila: *E normal în condițiile de astăzi să ne simțim amenințați de pierderea locului de muncă. Pentru că se reduce numărul de paturi și automat se reduce și personalul și unde te duci că alte spitale se închid, nu se deschid*); însă, o mare parte dintre ei consideră că dacă ar fi în această situație ar avea posibilitatea să-și găsească un alt loc de muncă: I.M., f., Galați: *În cazul în care mi-aș pierde locul de muncă, mi-aș găsi altul cu ușurință, iar înafara granițelor și mai ușor*. De remarcat că optimismul privind posibilitatea găsirii altui serviciu în caz de disponibilizare este în bună măsură unul teoretic, rareori fiind fundamentat pe încercarea efectivă de a găsi alt loc de muncă. Experiența unor concedieri anterioare accentuează prudența, aducând o perspectivă mai realistă asupra acestui tip de risc: I.A., f., Constanța: *Ne simțim amenințați de pierderea locului de muncă, ni se tot spune că se vor face restructurări. În condițiile de azi în care toată lumea concediază este foarte greu să-ți găsești un loc de muncă. În niciun caz la stat nu, în sistemul sanitar nu, în sistemul privat nu. eu am lucrat pentru 18 ani în sistemul privat și când firma a dat faliment am fost concediată. Faptul că în sectorul bugetar posturile sunt blocate accentuează teama față de o posibilă restructurare deoarece anulează posibilitatea angajării într-o altă unitate sanitară*: B.A., f., Galați: *La prima întrebare da, la a doua nu, este foarte dificil în momentul de față să îți găsești un alt loc de muncă, în sistemul public toate posturile sunt blocate iar la privat au început și ei să-și reducă cheltuielile cât de mult pot*. De asemenea, modalitățile de intrare în unitățile sanitare publice, predominant informale, limitează perspectivele pe care salariații le au față de posibilitatea unei angajări: V.E., f.,

Tulcea: *E greu, că dacă nu ai bani de șpagă intri foarte greu.*; B.V., f., Tulcea: *Interviul are ponderea cea mai mare, poți să ai tu 10 la scris.* Îngrijorarea privind perspectiva unei disponibilizări este accentuată și de faptul că salariații nu au cunoștință despre existența unor criterii privind selecția celor care vor fi disponibilizați: G.A., m., Galați: *Recent am avut un caz, când a venit de la director ca suntem 13 și trebuie să rămânem 12 și norocul nostru a fost că a terminat o colegă facultatea și e rezident și am rămas 12. Singura soluție pe care a găsit-o șeful de secție a fost să jucăm căciula, ne scriem pe bilețele și tragem la sorți.* Se remarcă faptul că pentru a evita disponibilizările unitățile procedează la redistribuirea personalului²⁹, cu această ocazie ivindu-se și criteriile de selecție a celor ce pleacă: G.G., f., Brăila: *Eu deja am fost redistribuită. În alte cazuri au fost redistribuiți ultimii veniți, dar la noi nu s-a ținut cont de asta.*; G.G., f., Brăila: *Dar faptul că nu am copil, asta nu e un criteriu. Nu e un criteriu de redistribuire.*; G.C., m., Brăila: *Nu e un criteriu de profesie.*

În momentul în care exemplele de salariați concediați încep să apară opiniile salariaților se schimbă într-o măsură considerabilă, începând să apară angoasa generată de pericolul unei concedieri: M.E., f., Brăila: *Eu cunosc persoane din alte secții unde s-a restrâns activitatea și au fost mulți dați afară.*

Influența schimbărilor politice asupra locului de muncă

Un gen special de relații care afectează într-o anumită măsură calitatea vieții profesionale îl constituie presiunea resimțită de angajați din partea factorului politic și a mass-media. Sistemul politic, prin relațiile de ordine și autoritate, își exercită influența asupra întregului ansamblu social și, inevitabil, această influență este resimțită și la nivelul sistemului de sănătate. Suntem încă în cadrul temei relațiile la locul de muncă și ceea ce măsurăm acum este felul în care angajații percep imixtiunea factorului politic în exercitarea unei profesii. Schimbările din viața politică a țării îi afectează pe angajați doar la nivelul superior, al conducerii unității. O schimbare politică antrenează foarte des numirea la conducere a unui manager după criterii politice, ceea ce are urmări negative în planul dezvoltării durabile a unității, în finalizarea unor obiective și proiecte, în organizarea unității și gestionarea resurselor: I.M., f., Galați: *În patru ani, am avut cinci manageri și suntem afectați de schimbări, nici nu mai știm cu cine lucrăm. Vine un om, abia se acomodează, înțelege care sunt mecanismele și dacă s-a rupt o alianță intervi-*

²⁹ Ce-a mai amplă redistribuire a personalului în sistemul sanitar din ultima perioadă este cea realizată asupra personalului T.E.S.A., în urma apariției noului normativ de personal, mulți dintre cei ce riscau să fie concediați fiind redistribuiți ca registratori medicali în cadrul secțiilor.

ne schimbarea. Nu suntem condiționați să susținem un partid... nu e vorba de campanii electorale în spital. Se fixează o linie, știi ce direcție trebuie să o urmezi, dar vine altcineva, poate cu idei mai bune, dar nici omul acela nu reușește să le implementeze și tot așa... Ar trebui să fie un mandat, de 4 ani, ca la președinte... ; A.M., f., Galați: Se mai fac angajări și pe criterii politice; E.C., f., Galați: Din cauza schimbărilor frecvente managerii nu au timp să-și demonstreze competențele și nu pot să realizeze ceva palpabil, nu există o continuitate decât în chestiile foarte mari, să zicem că dacă au început să construiască ceva doar nu o lăsa așa, dar dacă au o idee nu mai este dusă până la capăt. Nu se duc la capăt proiectele pe termen lung; A.Z., f., Constanța: Dacă se începe un proiect, cumperi aparatură de ce în urma schimbărilor politice acel proiect e abandonat? Fiecare guvernare vine cu alte idei, dă rămă ce e la bază, ce s-a început și hai să începem noi altceva, și următorul guvern tot așa. Alți bani cheltuiți. Nu înțeleg de ce? Nu se termină ce se începe, de ce lăsăm să se degradeze aparatură nouă?. J.S., f., Constanța: Nu avem un principiu, o idee care să fie dusă până la capăt.

Schimbările foarte frecvente la nivel de conducere, pe criterii politice (A.T., f., Galați: *În astfel de cazuri, se schimbă mai mereu conducerea, deoarece s-a schimbat la conducere partidul și trebuie să vină cineva care face parte din partidul respective și tot așa*) afectează bunul mers al unității și activitatea salariaților (I.M., f., Galați: *Da, în patru ani am avut 5 manageri și suntem afectați de schimbări, nici nu mai știm cu cine lucrăm... nu e vorba de campanii politice în spital*) în condițiile în care ele nu țin cont de criteriile de competență: C.E., f., Brăila: *Ne afectează, din moment ce conducătorii sunt puși pe criteriu politic și nu după competență. De aici derivă și tâmpeniile care ni se impun. În același timp diferența de „culoare politică” între manager și conducerea sistemului sanitar sau primăriei este percepută ca potențial generatoare de probleme pentru unitate: A.I., f., Tulcea: *Depinde ce partid este la putere.*; M.D., f., Constanța: *Dacă managerul este din alt partid decât primarul, nu sunt fonduri pentru spital.*; S.C., m., Galați: *Depinde, managerul ce culoare politica are. Dacă managerul este de alta culoare față de cei ce sunt la conducerea națională, ai de suferit.. nu mai ai anumite drepturi, nu ca persoană ci ca unitate, nu îți mai alocă nu știu ce fond, nu îți mai vine primăria să-ți repare nu știu ce clădire că domnul primar este de nu știu ce culoare. Deci se reflectă și așa.* La nivel de unitate soluțiile cel mai des sugerate vizează eliberare managementului de sub tutela politicului, managerii trebuind să fie selectați prin concurs (P.A., f., Galați: *Managerii sunt întotdeauna politici, s-a dovedit că dau peste cap tot spitalul, cel mai bine ar fi ca managerii să fie prin concurs să nu aibă apartenența politică*), în funcție de competențele pe care le au,*

și nu ca acum, în funcție de decizia politică: V.G.I., f., Galați: *A fost o mare așteptare la conducerea unităților sanitare această funcție de manager, au fost la cursuri la care s-au făcut module specifice, însă când a venit momentul să preia funcția s-a implicat politicul și a stricat totul, nu s-a ținut cont nici de pregătire, nici nu au mai fost evaluați conform criteriilor).*

Cauza marilor probleme ale sistemului sanitar este considerată de către salariați a fi de origine politică: R.M., f., Brăila: *Nesiguranța locului de muncă, cu restructurări, deși în actul medical nu s-a schimbat nimic în bine, ba mai rău. Nu mai sunt materiale de lucru, bolnavii sunt mult mai nemulțumiți, mai nervoși, munca acum este foarte grea. Îi dai rețeta sa-și cumpere medicamente și pe spate perfuzoare, ace. Întrebă pentru ce, și astea mai trebuie să le cumpăr? Păi pentru ce am venit la spital?; I.M., f., Buzău: *Tot de la politică pornește până la urmă, că ei hotărăsc viața noastră. Politicienii nu sunt interesați de bunul mers al spitalelor deoarece se tratează în alte țări: P.M., f., Tulcea: *Pentru că ei nu vin în condițiile astea să se trateze. Merg mult prea departe unde nu se ai pune problema paturilor. Deja asta e pentru săraci, nu e pentru elită.***

Așteptarea unei organizări dinspre sistemul politic se împlinește rareori. Avem mai frecvent descrisă dezordinea pe care o induce acest factor în sistemul sanitar. În mod direct, schimbările politice se resimt în schimbarea managerului unității ceea ce conduce la o permanentă stare de provizorat în lipsa experienței care trebuie dobândită în timp. Sunt abandonate proiectele începute de managerul demis, este compromisă ideea de dezvoltare durabilă. În locul autorității legii observăm domnia arbitrariului: culoarea politică decide alocarea fondurilor, angajarea personalului, protecția locului de muncă. Angajații apreciază că nu este corectă ingerința politică la nivelul managementului unităților sanitare și au venit cu propunerea ca managerii să fie aleși prin concurs, să nu aibă apartenență politică.

Relația cu mass-media

La rândul ei, a patra putere în stat, *presa* are capacitatea de a impune în cadrul societății o imagine despre natura muncii desfășurate în sistemul sanitar. Susținută financiar de senzaționalul pe care îl livrează publicului această putere civilă știe că sectorul sanitar reprezintă un izvor permanent de senzații tari. Angajații din sistemul sanitar – mai mult decât alte categorii – muncesc sub presiunea vigilenței mass-media. Cât de mulțumiți sunt de modul în care îi reprezintă social presa vom urmări în continuare, iar răspunsurile constituie o lecție de morală pentru jurnaliști, un scurt tratat de deontologie.

În general la întrebare cum apreciază presa activitatea din sistemul sanitar, răspunsurile spontane au fost date prin cuvintele: *prost, groaznic, negativ, deformează, exagerează*. Mass-media vine în sprijinul pacienților, aceștia găsesc în ea un aliat, un mijloc de amenințare la adresa angajaților: *Chem PROTV-ul sau sun PROTV-ul!*, ceea ce nemulțumește. Angajații au conștiința faptului că nu există un echilibru din partea presei, că niciodată nu sunt luați în evidență prin calitatea actului medical, ci doar prin faptul senzational și negativ care se întâmplă în sistem: S.T., f., Tulcea: *Mass-media asta ar trebui să facă, să explice cum e cu fondurile, cu lipsurile materiale, cum oamenii își cumpără tratamentele. Dar ei dau numai cazurile de mită, corupție și așa mai departe. Nu arată oamenii care pierd nopțile la locul de muncă, pe cei care cumpără medicamentele...*; B.G., f., Tulcea: *Ei iau numai cazurile șoc, dramatizează toate situațiile*; B.F., f., Tulcea: *Neinformați, vânătoare de vrăjitoare: dacă pacientul bea, mănâncă grăsime, moare noi suntem vinovați*; C.L., f., Tulcea: *Nu ne ajută, atâta focul și întoarce populația împotriva noastră*; Ș.M., f., Tulcea: *Dau știrea negativă non-stop, o săptămână întreagă, pe toate posturile*; Ș.A., f., Brăila: *Dintr-o singură întâmplare presa trebuie să facă cinci zile de vânzare*; S.C., m., Galați: *Da, deci scot din context exact ce le convine lor, senzationalul... că a murit nu știu cum..., foarte prost, denigrare totală din partea presei asupra sistemului sanitar. Foarte rar se aud cuvinte de laudă, ca nu știu cine a făcut nu știu ce operație, în ciuda sărăciei în care trăim, eu zic că, totuși, mai facem bine cât de cât*.

Asaltul negativ al presei în reflectarea actului medical a determinat spitalele să reglementeze norme ale prezenței acesteia în instituții, să respecte câteva reguli deontologice și care țin de respectarea drepturilor omului: I.L., f., Galați: *Noi stăm cu stres că vine o neinformată, mai scris și de la ea, eu nu le accept în spital decât să vină cu reportofonul și să-mi arata ce a înregistrat, îmi citește seara ce a scris, că decât să scrie o prostie pe care nu am spus-o eu, că altă dată nu o mai primesc pentru că aduce prejudicii unui spital întreg. Nu ai voie să dai date personale, nu ai voie să faci fotografii fără acordul persoanei respective, dar ei nu mai iau în considerare acest lucru. Acum avem un comitet bine pus la punct, totul se face cu acordul directorului și îi însoțesc eu personal prin spital dacă am timp, dacă nu, vin în altă zi*; N.D., f., Galați: *Chiar în una din zilele trecute, un coleg ridică problema cum de media împreună sau nu cu unul din purtătorii de cuvânt a dat un interviu în una din secții și cum de nu este dat acordul medicului curant sau a pacientului pentru a da interviu și pentru a fi filmat și fotografiat. La care medicul a zis „Da așa este trebuie să se ceară acordul, dar de la București ni s-a spus că trebuie să fim mai deschiși către media”*.

Observațiile angajaților legate de această putere care aparține societății civile au scos la suprafață manifestări comparabile cu ceea ce s-a petrecut în Evul Mediu: vânătoare de vrăjitoare, țapi ispășitori. Inchiziția nu este departe. Mesajul direct al acestor angajați către presă a fost: A.E., f., Tulcea: *Dorim să-i simțim alături de noi, să cunoască bine realitatea din sistem, implicarea lor să fie corectă*; C.F., m., Tulcea: *Să meargă în teren și să facă cunoscută realitatea, numai așa deci*; A.E., f., Tulcea: *Să o facă cunoscută: să realizeze o știre pur informativă, să nu fie părtinitoare*; M.M., f., Tulcea: *Să fie imparțiali*; C.V.E., f., Tulcea: *Să prezinte și situația părții adverse și părții cum ar fi: și acuzat și acuzator*.

Marea majoritatea a salariaților reclamă un deficit de imagine datorat presei, în condițiile în care aceasta nu reflectă întotdeauna realitatea (M.G., m., Brăila: *Ne creează o imagine foarte proastă. Vorbesc în necunoștință de cauză tot timpul. Nu confirmă realitatea*), expunând numai cazurile rele de dragul audienței: C.M., f., Buzău: *Se expune partea proasta, nu zic că nu sunt și lucruri urâte, deci nimic de zis*; C.O., f., Brăila: *Când greșești, generalizează. Niciodată nu arată și părțile bune*; C.M., f., Buzău: *Cum s-a întâmplat cu domnișoara care vai de capul ei a tras-o cu incendiul de la Giulești*; C.O., f., Brăila: *Nu o să vedeți niciodată că o asistentă care lucrează de exemplu pe 2 secții cu 2 etaje noaptea, că a alergat, că a salvat pe nu-știu-cine*; presa este acuzată că cultivă senzaționalul în relația cu această categorie socio-profesională: S.C., m., Galați: *Da, deci se scoate din context exact ce le convine lor, senzaționalul... că a murit nu știu cum... foarte prost, denigrare totală din partea presei asupra sistemului sanitar. Foarte rar se aud cuvinte de laudă, că nu știu cine a făcut nu știu ce operație, în ciuda sarcinii în care trăim eu zic că ne mișcăm cât de cât. Această situație ar avea ca efect o reacție împotriva salariaților din partea populației (B.M., f., Brăila: *Mass-media speculează orice abatere și o amplifică.*; I.M., f., Buzău: *A stârnit așa toată lumea împotriva sistemului sanitar.*), îngreunând condițiile de activitate (G.N., f., Tulcea: *„Și eu de asta stau la rând aici, că voi vă luați banii. . . și de asta nu merge țara . . . așa. Că eu stau și mor la ușa voastră și voi stați și beți cafelele acolo.”*). Atitudinea lor față de presă este justificată, din punctul de vedere al salariaților, și de faptul că aceasta prezintă într-o prea mică măsură exemplele bune: H.V., f., Tulcea: *Chiar am avut de curând un caz, săptămâna trecută când a apărut un reportaj în unul din ziare în defavoarea secției noastre, dar dreptul la replică nu ni s-a dat, acel redactor nu a apărut în secție, nu a întrebat, nu a făcut ancheta jurnalistică necesară. Totul a fost făcut sub protecția anonimatului, și eu cu cine să mă războiesc? În special lucrurile rele sunt evidențiate. Lucrurile bune nu se știu. Se remarcă astfel faptul că modul în care salariații din sănătate percep evolu-**

ția presei în ceea ce-i privește este puternic influențat de modelul pe care-l au în minte vizavi de rolul social al acestor salariați,³⁰ uneori chiar și de statusul lor social.

În relația cu presa cazul Giulești constituie un exemplu la care s-a raportat o mare parte din subiecți, considerând nejustă modalitatea în care acest caz a fost prezentat: C.M., f., Buzău: *Dar infirmiera unde a fost? Șeful de garda unde a fost? Cel care trage greul ăla și-o ia. Presa ce zice? Uite-o pe aia care a nenorocit copii! De ce nu spune că săraca nu a avut medic, infirmieră? Se spun doar lucrurile rele.* Se remarcă modalitatea pătimasă, ce aduce cu ea importante conotații subiective, în care se raportează salariații la acest caz. În ceea ce privește atitudinea dezirabilă din partea presei salariații ar dori mai multă obiectivitate (I.D., f., Tulcea: *Să-i simțim alături de noi; să cunoască bine realitatea din sistem.*; C.N., f., Tulcea: *Să realizeze o știre pur informațională; să nu fie părtinitori.*) și să redea reușite medicale: R.A., f., Brăila: *Eu cred că mass-media speculează numai lucrurile rele din sistemul sanitar. Niciodată nu au dat pe post vreo realizare deosebită. Iar dau exemplu faptul că eu lucrez la neonatologie și în condițiile în care noi avem copii de 650-700 de gr., nimeni nu ne-a apreciat. Doar părinții mai vin din când în când să ne mulțumească că le-am dat un copil, dar niciodată mass-media. În schimb când se întâmplă ceva sunt ca niște hiene pe noi. Și nu numai la noi se întâmplă lucruri de astea. Sau s publice cineva dintre pacienți un mesaj de mulțumire în ziar.*).

Ceea ce remarcăm în cazul lucrătorilor din sistemul sanitar este dorința ca mass-media să reflecte și pozitivitatea actului medical. În fața opiniei publice nu sunt aduse la suprafață acțiunile întreprinse cu devotament în slujba binelui comunitar, ceea ce ar reprezenta o susținere publică a statutului profesional al angajaților din sănătate. De aceea, presă contribuie mai degrabă la degradarea imaginii sociale a meseriei din sistemul sanitar, imagine și așa compromisă pe fondul subfinanțării sistemului. Trebuie să reținem că mass-media constituie un factor în plus de stres la locul de muncă, din perspectiva aprecierii negative permanente pe care o exercită asupra lucrătorilor din sistem. În cadrul acestei teme am întrebat participanții dacă au cunoscut cazuri de aplanare ale unor conflicte de muncă prin

³⁰ Demnitatea profesiilor medicale este intens centrată pe „a face binele”, principiul binefacerii fiind unul esențial pentru acest domeniu. Or, reacțiile nefavorabile ale presei constituie în bună măsură un atac la acest principiu, zdruncinând idealurile pe care se așează demnitatea profesională, în foarte multe cazuri aceasta fiind cea mai puternică justificare a activității. Pornind de aici, este de înțeles acest tip de receptare a presei în condițiile în care o parte din ceea ce prezintă presa este adevărat (chiar dacă sunt discutabile fie modalitățile discret generalizatoare de prezentare fie modul de receptare al publicului, acesta tinzând să proiecteze deficiențele asupra tuturor salariaților) și, suplimentar, este evident faptul că presa nu reușește să surprindă toate cazurile problematice datorită modului de organizare a sistemului.

justiție. Chiar dacă întrebarea este incomodă, răspunsurile au fost în bloc că nu cunosc astfel de situații (în afară de problematizarea cazului de la maternitatea din Giulești). Ceea ce este în defavoarea agresivității mass-media. În justiție au fost aplanate mici incidente, legate mai ales de dobândirea unor drepturi salariale, cazuri de malpraxis în care au fost implicați unii medici și care sunt cunoscute tot din media.

În principiu firești, diferitele reacții ale presei au rolul de a expune situațiile problematice, având ca efect o îndreptare a acestora. Se remarcă însă că până la acest moment fie că gradul de conștientizare a salariaților privind atitudinea dezirabilă social este destul de redus fie că expunerea nu este cea potrivită. Unul din respondenți a punctat situația într-un mod mult mai aproape de obiectivitate: S.I., f., Vrancea: *Adevărul este undeva la mijloc.*

Partea a II-a

MIGRAȚIA PERSONALULUI

Introducere

Migrația, ca fenomen social și istoric, reprezintă un fenomen constant și se produce din cauze foarte variate. Presiunea deplasării oamenilor poate fi economică, de ordin politic sau religios, ori poate fi rezultat al unor catastrofe naturale. În cadrul procesului de globalizare, fenomenul migrației este un indicator foarte important pentru măsurarea și descrierea acestei tendințe de evoluție a societății contemporane.

Prin studiul *Tendința de migrație a personalului medical*, desfășurat în cadrul acestei cercetări, încercăm să surprindem modul de manifestare a acestui fenomen asupra unei categorii profesionale aparținând unui spațiu aflat în plin proces de integrare în structuri multinaționale și globale.

Personalul din sectorul sanitar românesc reprezintă o categorie profesională predispusă migrației datorită existenței cererii internaționale de forță de muncă superior calificată. Din acest punct de vedere trebuie precizat faptul că migrația personalului medical din România se aliniază unui proces mondial de migrație ce caracterizează această categorie socioprofesională. Diferența dintre profesie și locul de muncă dă o bună măsură tendinței de migrație în sistemul sanitar românesc. Față de profesia lor, cadrele medicale au investit, în general, întregul lor talent, aptitudinile și interesele care corespund naturii, înzestrării lor firești. Locul

de muncă reprezintă un cadru concret în care cei ce profesează urmăresc să-și dezvolte talentul, să-și exercite aptitudinile și să-și împlinească interesele. În unele privințe, acest cadru concret nu corespunde așteptărilor profesionale, fapt ce îi determină pe angajați să caute un alt loc de muncă sau chiar o altă profesie.

Am urmărit să identificăm care este starea actuală în sistemul sanitar din perspectiva acestei atitudini față de locul de muncă și a tendinței de a-l părăsi în favoarea unui alt loc de muncă, precum și consecințele migrației asupra sistemului. Abordarea acestui subiect implică definirea naturii, a specificului locului de muncă în domeniul sanitar, identificarea factorilor care determină migrația forței de muncă, identificarea căilor de acțiune pentru a stopa sau limita efectele acestui fenomen.

Cauzele migrației

Având în vedere cercetările anterioare desfășurate în domeniu considerăm că analiza fenomenului migrației personalului din sectorul sanitar poate fi desfășurată într-un mod mult mai ușor de înțeles dacă diferențiem două tipuri de cauze: cauzele de tip *push*, care se referă la motivele locale ce *împing* salariații să plece, și cauzele de tip *pull*, ce au în vedere elementele ce atrag salariații să lucreze în alte state.

Cauzele de tip *push*

Motivul principal care determină plecarea salariaților la muncă în străinătate este unul de natură financiară, el conturându-se la interferența dintre dorințele personale și informațiile pe care le au despre posibilitatea de realizare într-o altă țară: I.M., f., Galați: *Da, au reușit din două salarii să-și plătească o chirie și să facă un credit pentru o casă și să-și cumpere o mașină. A fost greu până au reușit să-și obțină echivalarea studiilor, dar nu o să se mai întoarcă decât în vizită.* Acest motiv este sintetizat de către salariați și prin formula *dorință de a se realiza*, care dă seama de un anumit nivel de împlinire financiară: I.G., f., Brăila: *Sunt foarte puțini care s-au întors: cei care s-au întors după o scurtă perioadă nu s-au adaptat pentru că programul este mult mai sever acolo; cei care s-au întors după o perioadă mai lungă, s-au realizat.* Acțiunea acestui factor de tip *pull* este potențată și de convergența cu alți factori, cum ar fi delimitarea atribuțiilor și condițiile de muncă: A.M., f., Galați: *Au plecat cu salarii foarte bune și cu o delimitare foarte clară a atribuțiilor lor, pe când, în România, noi ne depășim competențele.*

Acolo muncesc foarte mult, au un program strict un număr limitat de pacienți și sunt plătiți ca atare.

Motivele financiare sunt pe primul loc, fie ca element de atracție, fie ca presiune exercitată datorită nivelului actual al câștigurilor (P.V., f., Galați: *Banii*; A.P., m., Brăila: *Sa fac bani mulți într-un timp scurt*; R.E., f., Tulcea: *Situația financiară*), urmate de căutarea unor condiții mai bune de muncă și de viață (R.M., f., Galați: *Ce m-ar determina să plec ar fi societatea în care trăim; oriunde te duci, se întâmplă să ai probleme, indiferent dacă ai sau nu bani. Mă rețin să plec din țară: părinții mei, familia mea.*; H.A., m., Vrancea: *Condițiile mai bune de viață, situația financiară și condițiile de muncă*). Prezentarea motivelor ia în considerare și perspectiva de a asigura viitorul copiilor: A.I., f., Tulcea: *Banii.*; Ș.A., f., Constanța: *Un alt viitor pentru copil, se poate, și sigur ai mai multe șanse decât în România*; A.I., f., Tulcea: *Cultura, civilizația*. Existența unui sistem social și profesional mai performant constituie de asemenea un motiv: G.L., m., Brăila: *Condițiile de lucru, salariile, meritul îți este recunoscut, fiecare își face treaba lui... aproape totul. Sistemul este mult mai bun față de al nostru.*

Existența unei familii acționează în sensul creșterii presiunii pentru a căuta soluții financiare, în dauna altor tipuri de satisfacții: B.L., f., Buzău: *Dacă aș avea 20 de ani, l-aș alege pe cel cu satisfacții și bani puțini, dar azi când am un copil în facultate, rate la bănci, cu părinți bătrâni și atâtea greutăți pe cap, l-aș alege pe cel cu mulți bani.* În același timp însă, familia poate acționa și în sensul descurajării plecării, mai ales în cazul în care membrii familiei nu pot fi luați și ei în străinătate: C.R., f., Brăila: *Ne-ar reține familia să plecăm la muncă în străinătate*; H.A., m., Vrancea: *Sunt copiii nesupravegheați, care au părinții plecați și care au ajuns foarte rău, sunt exemple foarte grăitoare*³¹.

Factorii de tip pull

Nivelul câștigurilor din Occident constituie principalul factor de atracție a salariaților: G.V., f., Tulcea: *Sora mea lucrează în afară și nu s-a mai întors de cinci ani de zile. Tot asistent medical. A zis că sub nici o formă nu s-ar mai întoarce pentru că nu se compară. Eu câștig 300 de euro pe lună și ea câștigă 1600. Faceți dumneavoastră o comparație!*; I.D., f., Tulcea: *Și volumul de muncă e altul. Și are tot ce-i trebuie la dispoziție.*

³¹ Se remarcă faptul că o strategie ce vizează siguranța rămânerii salariaților la locurile de muncă se poate orienta către angajarea unor salariați cu familii numeroase.

Există, în multe cazuri, diferențe între atribuțiile asistenților din țară și cele pe care ei le au atunci când muncesc în străinătate: M.I., f., Constanța : *Eu am vorbit cu o colegă care spunea că ele fac absolut orice, chiar și toaleta pacientului;* R.E., f., Tulcea: *Și manichiura și pedichiura. Diferența este că medicul, acolo, își face partea lui, iar asistentele partea lor.* De asemenea, calitatea muncii este diferită, ca rezultat al unei mai bune organizări, având drept corelativ un nivel al salariilor mult mai ridicat: R.M., f., Galați: *La noi sunt doi medici, pe când afară sunt 7-8 care se ocupă de o urgențe;* S.A.M., f., Galați: *Da, sunt colegi care au plecat pentru salarii mult, mult mai mari... și desfășoară o muncă de tip calitativ... .* Buna organizare a sistemelor occidentale are ca efect și o relație mult mai bună cu pacienții, datorită eficacității sporite: E.A., f., Galați: *În Urgență, cei care au plecat de la noi au zis că nu diferă foarte mult ca și aparatură, ca și dotare față de ce este la noi. În schimb, diferă salarizarea și echipamentele (5/6 costume). Plus că nu au prea mulți pacienți care să vină pentru orice durere de deget. Pleacă foarte relaxați; pacienții nu stau câte doi în pat, ca la noi.* Chiar și comportamentul pacienților este diferit, pe fondul unui nivel de educație mai crescut, conducând la o cu totul altă atmosferă la locul de muncă: V.T., f., Tulcea: *La un moment dat spune... te duci undeva să-i faci o electrocardiogramă, dar vine pacientul și spune: Acum avem timp de acomodare. Pacientul să se acomodeze cu spațiul, ca să-i iasă o electrocardiogramă conform... și stai, și stai, și stai, și timpul de acomodare nu se mai termină decât după vreo oră, ca să vină să-ți prindă acei electrozi și să apese pe un buton. Să-ți faci o electrocardiogramă;* C.E., f., Tulcea: *Sunt educați. Sunt educați, asta am vrut să zic;* C.M., f., Tulcea: *La acest serviciu specializat ajung 10 persoane pe zi, când voi aveți la UPU în medie 50 de persoane pe zi;* subiecții au furnizat și contraexemple din România, survenite pe fondul unui concept al drepturilor pacientului ale cărui limite și condiții nu sunt înțelese. Cei care ar dori să plece asumă faptul că ar putea fi nevoiți să muncească mai mult, mai ales dacă munca lor este mai bine plătită.

Între salariați circulă destul de frecvent ideea că o mare parte dintre cei care pleacă dovedesc în Occident că știu să facă mai multe manevre decât colegii lor de acolo: M.I., f., Galați: *Verișoara mea lucrează la un Centru de bătrâni, iar medicii au rămas șocați că știe să umble la un monitor sau să prindă o linie.*

Condițiile de muncă influențează și ele decizia de a pleca: D.L., f., Galați: *Acum 3 zile am condus pe cineva. Au plecat în Franța la un spital european și, ca un contrast cu spitalul din România, am văzut o chestie faină, în vestiar aveai echipamentul, îl îmbrăcai, îți făceai treaba și îl lăsați aruncat pe acolo, a doua a zi îl găseai curat la locul lui, era ca o chestie magică.* De asemenea, statutul profe-

sional constituie un factor important: C.F., f., Tulcea: *Atribuțiile sunt foarte bine determinate. Știi exact ce ai de făcut*; V.M.M., f., Tulcea: *Relația cu medicul este foarte bună, civilizată.*; G.V., f., Tulcea: *Pentru că, din start, este considerat un colaborator.* Informațiile care le parvin salariaților de la cei plecați se mulează deseori pe idealul profesional pe care și l-au făurit (constituit într-o măsură considerabilă pe raportarea negativă la diferitele lipsuri din țară, inclusiv cele legate de educația și comportamentul pacienților), accentuând motivația plecării: N.V., f., Tulcea: *Sunt și persoane care nu s-au întors și povestesc că nu există termen de comparație între ceea ce este acolo și ce este aici: retribuțiile, condițiile de locul de muncă, programul, relațiile dintre colegi, ordinea, buna organizare, fiecare știe ce are de făcut, tu ca asistent nu îți depășești limita; tu cu treaba ta, medicul cu treaba lui. Ca asistent mergi pe linia de îngrijire, atât, deci tot ce înseamnă tratamente, rar poți prinde perfuzia, doar dacă îți scrie doctorul în foaie. Deci, numai cu acordul medicului personalul de acolo face lucruri ce ar trebui făcute doar de medic.* Dorința de a trăi într-un stat mai civilizat constituie și ea unul din motivele care determină atât plecarea, cât și intenția de rămâne acolo: N.M., f., Constanța: *Am colege în Anglia, lucrează ca infirmiere și câștigă mult. Se întorc în concediu. Nu mai vin.*; C.R., f., Tulcea: *Au zis că nu se întorc pentru că e gradul mare de civilizație acolo.*

Salariații resimt o indiferență a statului român față de soarta lor, ce poate merge până la a constitui o formă de presiune în sensul de a pleca din țară: P.O.L., f., Galați: *Dar, ce este și mai frumos și nu înțelegem, este că ni se spune: Plecați! Că oricum nu avem nevoie de voi! Deci, acolo pe piața muncii, asistenții medicali sunt cei mai căutați, în orice țară cadrele medicale sunt căutate, numai în România nu sunt căutate. Dacă ne depunem un CV pe orice site de căutări de locuri de muncă, ne găsesc firmele de recrutare și ne trimit în alte țări, dar nu la noi, în România. Ceea ce ne îndeamnă să plecăm, nu să rămânem, asta-i politica statului român.*

Tendința de a migra

Tendința asistenților medicali de a migra se menține la un nivel ridicat (A.M., f., Galați: *Se gândesc tot mai mulți să plece. Am o colegă care a predat șefia de secție pentru că dorește să plece și pleacă definitiv, pentru că a mai fost plecată pentru 2 ani, și-a respectat contractul, iar apoi s-a întors la locul de muncă*) ea luând amploare acum și în rândul medicilor: A.M., f., Galați: *Din câte am înțeles, se gândesc să plece și medicii*; I.M., f., Galați: *Noi avem cazuri, o familie*

de medici a plecat, deși aveau o poziție bună în spital. Am cazuri și în familie care au plecat afară până li s-au echivalat studiile a fost mai greu...

Tendința de a recruta chiar absolvenți pentru a pleca la muncă în străinătate, pare să se accentueze: R.A., f., Buzău: *Trebuie să aibă minimul de experiență aici sau măcar un voluntariat*; R.M., f., Brăila: *Nu-i interesează dacă sunt pregătiți sau nu. Ei vor să ajungă în spitale*; B.M., f., Buzău: *Se pleacă direct din școală, prin firme de voluntariat care îi ia direct din școală.*; I.M., f., Buzău: *Pentru că tinerii cunosc o limbă străină, noi nu.*; B.M., f., Brăila: *Au avut acces.*; I.M., f., Buzău: *Asimilează mai repede. Asta datorită calculatorului.*

Respondenții au indicat uneori cazuri în care salariații intenționează să plece în număr foarte mare (G.A., m., Galați: *În Spitalul Județean sunt depuse 100 de dosare la Minister pentru a primi acceptul și recunoașterea diplomei ca să poată pleca*) arătând totodată existența unor frâne administrative care, pe termen scurt, îngreunează posibilitățile de a pleca ale celor care doresc: G.A., m., Galați: *Și, de asta nu le dă Ministerul toate hârțoagele, ca să nu plece și să-i țină aici în mocirlă. La medici le dă mai repede.* Pe termen lung, astfel de măsuri riscă să crească dorința de a pleca a salariaților prin creșterea atractivității, argumentând totodată starea de tensiune care există între administrație și salariați, mai ales în condițiile în care circulă zvonuri privind o posibilă interdicere a plecărilor: G.A., m., Galați: *Iar anul acesta, sau la anul, am înțeles că vrea să dea o lege ca să nu mai poți pleca. Te duci la servicii doar ca să-ți faci treaba și să-ți iei salariul.*

În cazul asistenților medicali și, cu atât mai mult, în cazul medicilor, tendința de migrație este accentuată de barierele informale aflate în calea evoluției în cadrul ierarhiei profesionale: I.M., f., Galați: *...Faptul că l-a speriat perspectiva viitorului și-a dat seama că mai avea vreo 10 ani de luptat până să ajungă pe un post dorit și să treacă de toți „rechinii” din spitale ca să poată să se afirme.*

Dificultățile plecării ajung să ceară cumva pe cei care doresc să plece în mod serios de cei care doar și-ar încerca norocul, cheltuielile implicate de plecare (raportate la nivelul de câștig din țară) fiind foarte mari. Dorința de a pleca include asumarea faptului de a munci mult mai serios dacă există o recompensă financiară pe măsură: L.V., f., Buzău: *Acolo munca e multă, e greu, dar satisfacția financiară există.*

Efectele migrației

Atunci când este însoțită de un deficit de personal, principalul efect al migrației îl constituie suprasolicitarea celor rămași (C.M., f., Galați: *Suntem suprasolicitați....indiferent cât de odihnit ai fi, și se poate întâmpla să faci anumite*

greșeli; și mie mi s-a întâmplat ca într-o tură de noapte, din cauza oboselii, nu mai vedeam la monitor că pacientul respectiv avea tensiunea mică, pur și simplu nu vedeam... se întâmplă, trebuie tot timpul să fii lucid, atent, iar în momentul în care ești de unul singur și sunt mulți pacienți, nu faci față și te panichezi, dar în momentul când sunt 2 sau 3 îți distribui responsabilitățile) cu datorită creșterii volumului de muncă (B.L., f., Buzău: *Deficitul de personal există și ne afectează foarte mult, în primul rând crește volumul de muncă*), cu efecte serioase asupra calității serviciilor medicale furnizate pacienților: C.M., f., Galați: *Nu ai timp în primul rând să-ți faci toată treaba, sunt persoane, pacienți cărora li s-au luat tensiunea la intrare și la plecare s-a pierdut... sunt prea multe de scris... scriptologia ne omoară... . Timpul alocat fiecărui pacient se reduce* (N.V., f., Tulcea: *Fiecare manevră are un timp de lucru. Nu ai patru mâini ca să faci două manevre în același timp. Mai puține manevre înseamnă mai puțini pacienți îngrijiți*), deficitul putând avea efecte dramatice: Z.L., f., Vrancea: *Există deficit, datorită blocării posturilor, pensionării. Muncim înzecit. Ore suplimentare neplătite. Automat și calitatea actului medical scade. În loc să te ocupi de 5 pacienți, te ocupi de douăzeci. Nu poți să fii în toate saloanele deodată, ce se întâmplă dacă într-un salon în care tu nu ești unui pacient i se face rău? Trebuie să alergi mult. E nevoie de angajări!*; S.M., f., Constanța: *Noaptea preluăm un pavilion în plus, alergăm dintr-o parte în alta. Volumul mare de muncă poate conduce chiar și la greșeli profesionale*: I.I., f., Tulcea: *Muncim mai mult. Muncim pentru două persoane și suntem plătiți pentru jumătate.*; C.N., f., Tulcea: *Când ești o singură asistentă pe tură la 50 sau 60 de persoane...*; G.V., f., Tulcea: *Dacă, în momentul respectiv, faci o greșală, nimeni nu-ți spune că ai fost foarte aglomerată. Dacă și se întâmplă, răspunzi. Există numeroase exemple din care reiese că timpul acordat unui pacient este tot mai mic*: B.J., f., Brăila: *Sau, o înfirmieră la 25 de paturi, în condițiile în care trebuie să îl schimbi, să le dai de mâncare, să te duci cu el la raze, la investigații, că nu are cine să îi ducă și nu poți să îi iei pe toți odată să pleci cu ei. Salariații consideră că deficitul de personal este într-atât de mare, încât Ministerul Sănătății a fost nevoit să modifice normativele pentru a se reduce cazurile de încălcare a normativelor*: T.M., f., Tulcea: *Deficit foarte mare, s-a schimbat și normarea pentru a acoperi legal deficitul*³². Efectele asupra salariaților sunt multiple, afectând chiar și relațiile dintre ei: I.N., f., Tulcea: *Muncim mai mult, responsabilități mai multe; ore suplimentare o perioadă, pentru că nu se putea aco-*

³² Pe termen lung, există riscul instituționalizării deficitelor de personal prin creșterea volumului de muncă a personalului. În această situație, este pusă serios în discuție calitatea serviciilor medicale prestate.

peri graficul, se dau libere (dacă reușești să dai libere). De aici apar conflicte între colegi... Ne afectează. Plus oboseala; calitatea muncii nu mai este aceeași.

Mergând pe ipoteza că majoritatea celor plecați este constituită din personalul bine pregătit³³ (M.M., f., Brăila: *Am avut mulți asistenți, tot ce a fost bun a plecat*) se ajunge la o scădere a nivelului general de competență a salariaților dintr-o unitate sanitară, cu efecte considerabile asupra calității actului medical: V., f., Vrancea: *La noi este altă problemă, în locul celor care au plecat a venit personal slab pregătit.*

Ce se întâmplă cu cei plecați?

Poveștile de succes ale celor plecați debutează în general cu dificultăți (de seori uitate ulterior), generate de perioada de acomodare sau de condițiile întâlnite: E.C., f., Galați: *Eu am o prietenă plecată în Italia și spunea că în primii 2 ani și-a plâns în pumni pentru că era aruncată de colo-colo. Acum s-a angajat la o clinică și are 2000 de euro în mână. Sentimentul de a fi străin, dorul de familie și țară sunt îndurate cu dificultate (T.V., f., Tulcea: *Da, eu în Italia. Fără familie și fără copii alături de tine toți banii din lume nu mai au nici o valoare. Pentru ei e bine, că sunt italieni, pentru noi ar fi bine să fie condițiile de la ei la noi, că la ei ești doar un străin.*) și nu întotdeauna până la capăt, mai ales dacă se adaugă și inadaptarea la mediul profesional: M.E., f., Brăila: *Și la noi au plecat mulți și s-au întors. Cauzele ar fi familia, faptul că nu s-au adaptat, deși sunt foarte buni profesioniști.**

Cei care pleacă întâmpină uneori probleme la noul loc de muncă, mare parte generate de nerespectarea condițiilor contractuale: V.M., f., Galați: *Pleacă cu un program de muncă și ajung acolo și au alte condiții. Acum câteva zile, am avut un caz, un salariu mai mic decât se propusese din care trebuiau să-și plătească cazare, mâncare pe care în contract o aveau asigurată.*

Modificarea mentalității celor plecați

Subiecții au indicat schimbări majore de mentalitate survenite în cazul salariaților care au plecat la muncă în străinătate: M.I., f., Galați: *Vin cu o altă mentalitate și cu o altă experiență mult mai vastă. Practicile profesionale înregistrează o adaptare rapidă la mediul noului loc de muncă pentru a se integra acelor condiții. Situația este de natură a arăta că principalele probleme ale sectorului sanitar din România derivă din deficiențe sistemice, în condițiile în care majoritatea sala-*

³³ Ipoteză ce ia în considerare atât relatările unora din subiecți, cât și posibilitățile mai mari ale acestora de a se acomoda la un alt sistem sanitar.

riaților români se integrează bine în sistemele occidentale. În acest sens, argumentează și faptul că, unii salariații care s-au întors în țară după experiența lucrului în străinătate, se reintegrează rapid în vechile practici profesionale: V.D., m., Buzău: *Sunt schimbați în bine, dar după o lună - două au revenit la modul nostru de lucru.* Acest gen de readaptare depinde însă, în primul rând, de durata de lucru în străinătate și de profunzimea schimbărilor pe care modul occidental de lucru a reușit să le producă în subiect, în discuție fiind și modul de structurare a personalității salariatului. Atitudinea față de muncă cunoaște o modificare semnificativă, vizibilă și la cei care se întorc, pornind de la faptul că în străinătate se muncește mult mai mult: C.F., m., Tulcea: *Deci, știți ce experiență au acolo, ce-i lovește pe ei cel mai tare? E că au muncit mult mai mult decât muncesc aici. Și când vin aici zic: păi eu chiar am muncit...*

Se remarcă și schimbări negative, pe primul loc situându-se destrămarea familiei: M.C., f., Brăila: *Am luat, dar din cauza familiei e puțin cam greu. Marea majoritate a colegilor mei de vârsta mea care au plecat, o parte au rămas, o parte s-au întors, dar cei care au rămas au trecut prin depresii, o parte și-au destrămat familiile. Nu știu dacă cele două sau trei mii de euro câștigați acoperă această ruptură.* În acest plan sunt de notorietate situațiile copiilor care au plecați părinții la muncă în străinătate, ei rămânând fie în grija altui părinte fie în cea a unui bunic sau a altui membru al familiei.

Din punct de vedere profesional lucrul în sistemele occidentale constituie o experiență pozitivă, modificând semnificativ deprinderile și atitudinea profesională: R.N., f., Galați: *Da, erau buni și înainte, iar acum sunt și mai buni...;* C.M., f., Galați: *Da, cunosc pe cineva care a fost în Anglia, a stat un an și ceva și a spus că acolo este totul foarte organizat, fiecare are răspunderea lui și nimeni nu se bagă peste nimeni. Mie nu mi s-au părut cei din jurul meu ca fiind schimbați... din punct de vedere profesional vorbesc, pentru că aceeași muncă ce au făcut-o aici, au făcut-o și acolo.* În același timp, este vorba și de o modificare de perspectivă în ceea ce privește atribuțiile profesionale: E.A., f., Galați: *Acolo faci nursing, tehnica îngrijirii bolnavului, care constă în toaleta, nevoile lui. Ce înveți de fapt în școală.;* B.L., f., Galați: *În unele instituții, nici o perfuzie intravenoasă nu ai voie să pui ca și asistent.*

Schimbările celor plecați nu sunt numai în bine: A.L., f., Tulcea: *Acum s-au mai îndreptat lucrurile, dar când a venit era foarte schimbată. Era cumva îmbătrânită. Nu mai era fata odihnită, cochetă care plecase.*

Întoarcerea celor plecați

Estimările salariaților sunt că majoritatea celor care pleacă nu se mai întorc: A.D., f., Constanța: *Nici gând să se mai întoarcă în sistemul sanitar românesc*; S.D., f., Constanța: *Își asigură nevoile familiei, majoritatea au luat și familia.*; L.G., f., Constanța: *În Italia se descurcă bine, au mai multe locuri de muncă și câștigă, nu se mai întorc.*; R.E., f., Tulcea: *Vin numai în concediu și ne povestesc cum e acolo.* Unii ar dori să se întoarcă, însă nu se mai pot adapta la sistemul sanitar românesc (F.S., f., Tulcea: *Nu se întorc, vin că li se face dor de casă, dar pleacă imediat înapoi, nu se mai pot acomoda cu sistemul nostru.*; I.D., f., Tulcea: *Am o colegă care s-a întors, nu are mai mult de un an de zile și nici acum nu se poate obișnui, deși a lucrat mulți ani de zile la noi în spital*) și la ceea ce găesc în țară în general: S.M., f., Constanța: *Am o colegă care a plecat, a stat cinci ani de zile, și-a luat un apartament cu bani cash și mașină, avea fetiță, s-a întors, nu știu dacă a stat 6 luni de zile, era într-o permanentă stare de agitație, făcea depresie, nu putea trăi cu salariul de aici. În iarnă și-a rupt piciorul, a făcut o fractură urâtă de tot, cu așchier. I-am zis că nu o să mai poată să plece. După ce s-a vindecat, într-o lună de zile a făcut actele și a plecat. A fost, a văzut cum este, a trăit și a zis că nu se merită să rămână.*

De asemenea, sunt întâlnite și cazuri de salariați care, după ce au muncit o perioadă în străinătate și s-au întors în țară, au ajuns într-o situație de *no man's land*, fiindu-le greu să se decidă asupra locului unde ar vrea să rămână.

Există însă și cazuri în care, după ce au muncit o perioadă în străinătate, salariații se întorc în țară: C.O., f., Brăila: *Colegi, care au plecat și s-au întors, și colegi care au plecat și nu s-au mai întors*; C.M., f., Buzău: *Fiecare cu norocul lui*; M.A., f., Buzău: *Depinde de motivație.* Motivele sunt diverse, în cea mai mare parte din cazuri fiind legate de familia care a rămas în țară (R.A., f., Brăila: *Familia. Din cauza familiei și nu s-au putut adapta la locul de muncă*), dorul de țară, eventual dificultăți în a se adapta la o nouă societate. În unele cazuri se face resimțit un grad de intoleranță din partea localnicilor, ce determină accentuarea sentimentului de *a fi străin*: D.A.M., f., Galați: *Din motive mult mai personale decât eficientizarea muncii sau să zicem și puțină inadaptabilitate la mentalitatea de acolo. Vroiai să spui ceva și poate erai mult mai pregătit, dar nu prea erai ascultat, și se spunea păstrează-ți ideea și spune-o la tine în țară.* Uneori motivele profunde sunt mascate de unele aparențe, legate îndeosebi de anumite interese ale familiei; nivelul de pregătire școlară este un motiv destul de frecvent invocat, legat de respectarea interesului propriului copil. Din informațiile culese din diferite surse seriozitatea și nivelul de pregătire în școală, raportat la toate dimensiunile

vieții copilului, sunt net în favoarea țărilor occidentale, fapt care ne face să considerăm acest gen de argument un motiv aparent, bazat nu atât pe experiențe personale, cât pe cazuri izolate generalizate în mod pripit. În fapt, o analiză comparativă ar putea fi făcută în mod obiectiv doar de instituții de specialitate. Noi am luat în considerare diferite tipuri de informații și, mai mult decât acestea, efectul pe care educația îl arată în planul nivelului de civilizație al țării.

Sunt și salariați care pleacă, dar se întorc după perioade mai scurte sau mai lungi datorită dorului de casă: A.L., f., Tulcea: *Eu nu. Am avut ocazia când eram tânără, cu loc de muncă în Germania, am plecat de trei sau patru ori. M-am dus și m-am întors. N-am putut, și să vă spun de ce: nu este numai literatură sau numai poezie dorul de casă. Te macină, plângi și ești disperat.*

Cei întorși definitiv³⁴ în țară sunt în mare parte nemulțumiți de ceea ce găsesc din cauza inevitabilelor comparații pe care le fac (A.T., f., Galați: *Sunt tot timpul nemulțumiți, fac comparații.*; E.C., f., Galați: *Când se reîntorc, îi deranjează lipsa materialelor, salariile, condițiile*; S.N., f., Brăila: *Da, au revenit și sunt foarte debusolați de ce au găsit în spitalele din România și nu se pot readapta. Experiența lucrului în străinătate i-a schimbat*), ajungând în situația de a nu-și mai găsi locul; lucrul „acolo” a ajuns să facă parte cumva din identitatea lor, simțindu-se cumva străini în propria țară: G.M., f., Buzău: *Mintal, au rămas acolo, cu trupul aici.*; S.N., f., Brăila: *Tot timpul fac trimitere „acolo aveam”, „acolo făceam”.*

Majoritatea văd plecarea doar ca pe o perioadă de acumulare a unor resurse materiale în vederea unui trai mai bun în țară (A.P., m., Brăila: *S-au întors cei din categoria mea, care nu aveau copii și cu o situație stabilă. Eu m-am întors deoarece mi-am atins scopurile și vreau să mă dezvolt aici. Eu m-am întors schimbat total*), chiar dacă puțini ajung să se întoarcă în țară.

Intenția de a căuta un alt loc de muncă

Intenția de a-și căuta alt loc de muncă depinde de vârsta salariaților (I.V., f., Vrancea: *La noi este altă problemă, în locul celor care au plecat a venit personal slab pregătit*), salariații mai în vârstă considerând că au mai puține șanse, de cât de sigur consideră actualul loc de muncă, de nivelul aspirațiilor personale și de presiunea exercitată de familie.

Sistemul privat începe și el să constituie o atracție, mai ales în condițiile existenței unor clinici cu condiții bune de muncă și salarii stimulative: R.A.M., f.,

³⁴ Cu mențiunea că în cazul celor care s-au întors după ce au muncit în Occident termenul *definitiv* ar trebui privit cu rezerve, fiind de multe ori vorba de întoarceri doar pentru o perioadă de timp.

Vrancea: *În sistemul privat, unde volumul de muncă este mai mare, exigența este mult mai mare, calitatea serviciilor e mult mai bună, iar remunerația este corespunzătoare serviciilor prestate*). Experiența sistemului privat nu este însă mereu una de succes: B.T., f., Buzău: *Da, eu am vrut să mă duc să muncesc în sistemul privat și m-am întors, pentru că ne plăteau mai prost decât aici, acolo făceam și Medicina Muncii și medicină de cabinet.*; P.A., f., Galați: *Acolo nu te apreciază la adevărata valoare, ca și performanță. Am muncit 4 ani de zile în mediul privat și la spital ca medic șef. Dar eram apreciat doar pentru funcția mea și atât, dar salarial nu.*

La modul ideal, străinătatea este în topul preferințelor salariaților atunci când explorează posibilitatea unei schimbări a locului de muncă.

În ceea ce privește schimbarea locului de muncă într-o altă unitate sanitară din țară după sistemul privat urmează, în ordinea preferințelor, spitalele din Ardeal, pe baza unei diferențe semnificative de mentalitate ce conduce la alte condiții de muncă: B.N.G., m., Galați: *Poate fi totuși o diferență de mentalitate. După ce treci Carpații, cred că în Ardeal e altfel, și asta o spun mulți. Am doi colegi care lucrează acum la Bistrița, pe care-i regret zi de zi că nu mai sunt aici. Lucrează poate în alt fel de condiții de muncă, alt stres la serviciu.*

Ce împiedică salariații să caute un alt loc de muncă în țară sau în străinătate?

Familia ocupă un loc important printre motivele indicate de salariați ca împiedicând plecarea la muncă în străinătate: I.A., f., Constanța: *Eu nu, am niște probleme în familie.*; B.V., f., Galați: *Eu m-am gândit, dar nu o pot lăsa singură pe mama mea. Copii sunt plecați, la fel și nepotul meu și nu am posibilitatea să îl văd cum crește, dar mama nu vrea să meargă cu mine. Trebuie să termin activitatea aici și pe urmă văd ce fac, mama mea este sănătoasă, dar nu vrea să plece; în discuție este, în acest caz, o modalitate de aranjare a priorităților sau sistemul valorilor personale: G.L., f., Brăila: *Aș putea să plec foarte ușor, dar am o familie și asta ar însemna să-ți pierzi viața personală pe care banii nu o cumpără înapoi. Pot sta și în țară!*³⁵. Cei pentru care familia constituie un argument consideră că*

³⁵ Pe fond, este greu de diferențiat cazurile în care familia constituie principalul motiv care împiedică plecarea, de cele în care familia furnizează un motiv frumos pentru a acoperi teama de a schimba mediul, neîncrederea în propria persoană și în propria pregătire profesională, necunoașterea unei limbi străine etc. În acest sens, se impune o cercetare dedicată acestui aspect, care să utilizeze instrumente adecvate, inclusiv de evaluare a personalității subiecților și modul în care aceasta influențează decizia de a rămâne sau a pleca. O astfel de cercetare ar trebui să vizeze modalitățile în care sunt structurate valorile acestei categorii socio-profesionale și influența pe care ele o exercită asupra vieții profesionale.

lipsa familiei constituie principalul atu al celor care pleacă: A.L., f., Galați: *În general, persoanele singure sunt cele care pleacă... cele care nu au o familie... acestora le vine mai ușor să se adapteze; dacă nu ar fi familia, numărul celor plecați ar putea fi mult mai mare*: N.N., f., Constanța: *Eu cred că dacă nu am fi avut familii, toată lumea ar fi plecat în străinătate*.

Vârsta constituie și ea un puternic impediment, atât pentru plecarea în afară, cât și pentru a căuta un alt loc de muncă în țară: T.M., f., Galați: *Acum e prea târziu, dar acum depinde și de vârsta pe care o avem. Dar, dacă am fi fost tinere, sigur*; D.M., f., Brăila: *Suntem foarte căutați, dar avem o vârstă la care nu ne mai putem permite să plecăm în străinătate. E o vârstă la care nu mai poți lua totul de la început. E mai greu, având în vedere că aici, în spate, nu lași ceva sigur, consolidat. Toți sunt pe spatele tău dacă pleci. Se gândesc la faptul că acolo ai un salariu mai mare și că poți să-i ajuți. Ori, având în vedere vârsta, în primul rând e limba pe care e mai greu să o înveți, sau dacă o știi, cât de cât e greu să te acomodezi. E una să fii tânăr și alta e să fii trecut de o anumită limită*.

Caracteristicile sistemului occidental de muncă, bazat pe lucrul continuu și sistematic, pot constitui un puternic impediment în calea plecării (C.E., f., Tulcea: *Da. Este mult mai multă. Dacă aici la serviciu programul tău este un program flexibil de 12 ore, hai să nu spunem de... că la noi când vine avem, când nu vine nu avem*; B.D., f., Tulcea: *Vorbim la modul general: într-un program de 12 ore este imposibil la noi să nu ai timp de o cafea, să mănânci, a zis cineva că el are timp puțin și să se odihnească. E normal, scrie și-n fișa postului. Vreau să spun că-n străinătate, în programul tău, ala de 10 ore, de 8 ore, sau mă rog, de cât are, efectiv ești în picioare și numai muncești, da? Deci, să fie clar! Numai muncești.*; V.T., f., Tulcea: *Da, este mult mai organizată munca acolo, cred că este mult mai organizată, dar este mult mai solicitantă decât este munca noastră*), mai ales în cazul celor care au „un loc calduț”, ce nu solicită exagerat salariatul și care furnizează un nivel satisfăcător de câștiguri (formale și informale).

În cazul plecării la muncă în străinătate, lipsa resurselor necesare pentru procedurile implicate de acest gest constituie iarăși un impediment considerabil (R.M., f., Brăila: *E greu, că și ca să pleci în străinătate îți trebuie bani, ori acum banii sunt puțini și nu știi unde să-i mai împarți în momentul în care îi iei. Ca să îți faci acte ca să pleci în Italia, să zicem, că te costă mai puțin, tot te costă, tot trebuie să înveți limba. Nu poți să pleci așa, că știu limba română și știu meserie. Trebuie să-ți pui un profesor, să-ți pregătești vocabularul necesar, plus acte, plus bani acolo. Că la început muncești o lună - două, până te integrezi, de probă, fără salariu, cursuri de pregătire o lună jumătate. E greu, oricum. Trebuie să ai*

cel puțin 600 de euro la tine), resursele materiale fiind necesare pentru a reuși în noul loc.

Teama de străinătatea contribuie și ea la descurajarea celor care au luat în considerare varianta plecării: N.M., f., Constanța: *Dacă am putea, în țară era bine, dar nu avem unde. În străinătate mă tem, am doi copii și riscurile mari.* Ea este dublată de teama pierderii actualului loc de muncă: R.M., f., Brăila: *Și eu m-am gândit să plec, dar mi-e teamă că dacă nu mă pot adapta, dacă cine știe ce. Și oricum, dacă mă întorc înapoi nu mai am unde să mă întorc pentru că nu ne acordă un concediu fără plată timp de o lună - două - trei cum prevede contractul.* În acest sens, se poate observa faptul că posibilitatea de a lua concediu fără plată timp de un an de zile atunci când se pleacă la muncă în străinătate prevăzut de contractele colective de muncă anterioare poate constitui un motiv pentru salariați să se întoarcă.

Dragoste față de propria profesie a fost adusă și ea în discuție ca motiv pentru a rămâne sau pentru a se întoarce în sistem: C.F., f., Tulcea: *Eu, de exemplu, am ieșit din sistem cu mulți ani în urmă și după m-am întors. Exact din motivul de care spun ele. Am considerat că meseria pe care o practicasem atâția ani de zile îmi oferă mult mai multe satisfacții și mult mai importantă pentru mine. Și am revenit în sistem),* fiind indicate și diferite dimensiuni ale ei: V.M.M., f., Tulcea: *Majoritatea asistenților medicali au chestia asta, să lucreze cu cel bolnav;* G.G., f., Tulcea: *Dacă nu ar fi dăruirea, nu am face față;* V.M.M., f., Tulcea: *E ceva de suflet, să știți. Dacă n-ai pune suflet, n-ai putea să faci această meserie.*

Ce ar trebui să facă angajatorii și sistemul sanitar pentru ca salariații să rămână în țară?

Îmbunătățirea condițiilor de lucru pare a constitui o soluție (R.N., f., Galați: *Condiții optime de lucru: să ți se ofere toate resursele pentru a putea să îți desfășori mai bine munca, pentru că ducem lipsă de multe lucruri... să ni se ofere posibilitatea de a promova, să fii recompensat financiar în mod acceptabil;* T.L.M., f., Tulcea: *Dacă ești remunerat, dacă ai avea cu ce să muncești, cred că ar fi suficient. Și condițiile de lucru, nu știu cum e în alte părți, dar noi nu avem mânuși),* ea urmând imediat după **creșterea salariilor**: R.M., f., Galați: *Motivația financiară;* P.C., f., Galați: *În primul rând, partea financiară să fie cât de cât satisfăcătoare, pe locul doi condițiile de muncă, care sunt extrem de importante, având în vedere că le-am văzut pe cele nesatisfăcătoare și nu le știm pe cele satisfăcătoare, și trei, să mai ai și ceva timp liber și pentru familie, ceea ce e foarte important. Lucrul de care beneficiem la stat, cât de cât, de timp liber.* Apropierea

condițiilor de lucru cu cele din Occident, cel puțin în ceea ce privește aspectele materiale, constituie un foarte puternic factor care pare să influențeze dorința salariaților de a rămâne în țară (G.V., f., Tulcea: *O colegă care lucrează în Anglia a venit în vară și ne-a explicat: N-aș putea să vă înțeleg cum munciți. Mie nu îmi lipsește nimic. Nu există să fug că nu am ceva. Avem o încăpere în care avem tot ce ne trebuie. Dacă e nevoie de ceva deosebit se face un referat și primești a doua zi*), el fiind considerat de unii dintre ei factorul dominant: G.V., f., Tulcea: *Totul se reduce la materiale. Faptul că nu ai cu ce să lucrezi, că vezi că trebuie să ajuți omul și nu ai cu ce. Dintr-o dată ești stresat pentru lucrurile astea.*

Recunoașterea rolului social al profesiilor medicale, având drept corelativ un status corespunzător, constituie iarăși o măsură dorită de salariați: A.L., f., Buzău: *Să-ți dea satisfacția muncii tale.*; B.G., m., Vrancea: *Să fii remunerat pe măsură îți dă și respectul societății.*

Pregătirea profesională continuă

Salariații apreciază utilitatea cursurilor de formare, cu atât mai mult în acest context de restructurări care atrag schimbarea locului de muncă: V.D., f., Brăila: *Ajungem să ne plafonăm la locul de muncă. Eu dacă plec la secția de copii, îmi va veni foarte greu să mă adaptez situației de acolo.*

La întrebarea *Ce ar trebui să facă angajatorul ca să vă arate că apreciază pregătirea dvs. suplimentară?* răspunsurile au indicat în special recompensele financiare: A.T., f., Galați: *O laudă la serviciu, dar și mai bune ar fi sporurile.* Din perspectiva salariaților, angajatorii nu arată că apreciază eforturile depuse de aceștia pentru propria pregătire profesională: C.D., f., Brăila: *Nu ne-au arătat... și nici nu ne susțin.* Uneori se ajunge la un dezinteres total, salariații fiind lipsiți de orice formă de sprijin în pofida prevederilor legale favorabile (S.C., f., Tulcea: *Acum patru ani, când am fost la București să fac un curs, nici măcar nu mi s-au dat libere. Am făcut cursul pe cheltuiala mea, pe transportul meu, în zilele de concediu.*; S.C., f., Tulcea: *Pacienții, am văzut că sunt niște oameni interesați, a trebuit și eu, la rândul meu, să mă perfecționez. Să iau mult mai multe cunoștințe. Am fost la București și am făcut un stagiu practic. Am participat la niște cursuri de predare a regimului de viață și alimentar în special. Efectiv, am lucrat acolo pot să spun. Și nu a interesat pe nimeni, nici măcar nu mi-au asigurat transportul sau cazare. Ca să nu mai spunem că nu mi s-a oferit nimic la salariu.*), situația sistemului sanitar fiind una diferită față de alte domenii de activitate: C.F., f., Tulcea: *Din câte știm noi, numai în sistemul medical îți plătești cursurile de perfecționare. În alte organizații sunt decontate de angajator. Nu ne-ar deranja, atâta*

timp cât ar fi fost plătite, dar trebuie să ni le și plătim. Perfecționarea ne interesează pe fiecare în parte. Situațiile sunt resimțite cu atât mai neplăcut de către salariați în condițiile în care au cunoștință de alte tipuri de practici existente în unități sanitare din Occident: C.L., f., Tulcea: Am avut colege care au venit din Italia și ele erau ahtiate să facă un punctaj anual, dar în momentul în care ele se prezentau la curs, primeau contravaloarea zilei muncite. Deci, erau plătite pentru faptul că participau la acel curs. Chiar în contextul acestor situații de dezinteres, unii salariați continuă să aprecieze necesitatea formării profesionale, aceasta influențând în mod pozitiv cel puțin propriile performanțe profesionale: B.J., f., Brăila: Nu ne respectă în nici un caz. Nici că am făcut facultate, nici că nu am făcut. Chiar dacă rămân la stadiul acesta, mă duc la aceste cursuri pentru că așa suntem obligați. Trebuie musai să facem un anumit punctaj, chiar dacă mie mi-a folosit și am descoperit că îmi folosesc aceste cursuri. Nu mă duc la un curs doar să-mi fac punctajul pentru că am descoperit că îmi aduc aminte de cutare lucru, sunt medici care ne explică atât de frumos ce cazuri au întâlnit; sunt lucruri peste care am dat. Am lucrat în Terapie și sunt colege care poate nu au văzut niciodată. Sunt lucruri care trebuie reîmprospătate. Indiferent că suntem tineri sau vârstnici. Cu caracter de excepție, au fost întâlnite și cazuri în care cursurile au fost plătite de către unitate.

Salariații reclamă absența unor măsuri stimulative pentru propria formare profesională, interesul pentru propria pregătire nefiind urmată de posibilitatea unei promovări pe scara ierarhică: A.M., f., Galați: *Toată lumea a făcut, suntem plini de diplome, nici nu mai țin minte câte cursuri am făcut, acum am descoperit că am o diplomă de la codificarea DRG. Când am vrut să mă înscriu la doctorat, toată lumea și-a bătut joc de mine că de ce îmi mai trebuie. Nu te stimulează nimeni să faci mai mult, trebuie să rămâi sub nivelul medicului. La noi, 10 euro mă despart la salariu de alte colege cu mai puțină școlarizare decât mine.*

Grosul formării profesionale pentru profesiile medicale îl constituie cursurile desfășurate de organisme profesionale în cadrul educației medicale continue (A.T., f., Galați: *Noi suntem obligate să facem 30 de credite anual, acestea sunt cursurile noastre, de educație medicală continuă*; V.M., f., Galați: *Care trebuiesc plătite din banii noștri.*), de obicei în domeniul în care își desfășoară activitatea sau în domenii învecinate: R.M., f., Brăila: *Tot în domeniu am fost instruite, pediatrie, urgențe medico-chirurgicale, traumatisme, de boli interne. Cursurile sunt scurte, de câteva ceasuri, o zi sau 2. Aceste cursuri se pare că nu se bucură de o mare apreciere în rândul angajatorilor: R.M., f., Brăila: Nu sunt de apreciat, nu le apreciază nimeni, noi le ținem mai mult obligate, contra cost, le plătim noi pe*

acelea, ca să obținem credite ce ne sunt necesare într-un sfârșit de an pentru a avea autorizația de liberă practică. O bună parte a asistenților medicali au reclamat faptul că sunt nevoiți să plătească cursurile de educație medicală continuă (B.C., f., Buzău: *Ar trebui o sumă special alocată, de la Ordin, pentru diverse cursuri. O sumă considerabilă. Dacă vrem să facem cursurile de pregătire continuă sau acreditarea anuală, sunt credite contra cost. O mare durere a întregului personal.*; G.A., m., Galați: *Cursurile cu credite anuale ne sunt impuse de OAMMR. Acum am avut noroc că a fost plătit cursul de sindicat. Alte cursuri nu, pentru că trebuie să scoată bani din buzunar și nu le convine*) în condițiile în care oricum sunt obligați să plătească cotizație la organizația care furnizează aceste cursuri și este implicată în eliberarea autorizațiilor de practică: G.V., f., Constanța: *Bine, dar de ce nu se fac aceste cursuri gratuit? Din moment ce plătim o cotizație lunară OAMMR-ului, ce se face cu acești bani?* De asemenea, a fost reclamat caracterul formal al acestor cursuri: B.M., f., Brăila: *Sunt niște formalități, practic.*; R.M., f., Brăila: *Formalități, dar nu ne avantajează cu nimic, oricum.*; B.N., f., Brăila: *Pentru că noi plătim și cotizații, plătim și bani pe cursuri, pe credite.*; R.M., f., Brăila: *Cotizația oricum o plătim lună de lună.*; B.M., f., Buzău: *Nu e ceva care să ne ajute cu ceva.* Totodată, salariații reclamă disfuncționalitățile existente în cadrul sistemului Educației Medicale Continue (T.S., f., Tulcea: *Anul trecut am făcut 29 de puncte. Și m-a chemat OAMMR- ul, m-a chemat la apel și mi-a zis: „uite, o să fie un curs de cinci sute de mii, te duci și îl faci”. Și a trebuit să-l fac. Altfel, nu-mi dădeau autorizația. Condiționarea aceasta cu autorizația este cea mai mare prostie. Adică, fără punctul acela, eu nu mai știu să-mi fac meseria? M-am dus, am făcut 30 de puncte pentru un singur punct.*; R.E., f., Tulcea: *Acum doi ani, am făcut o sută și ceva de puncte și nu mi s-au reportat pentru anul următor decât 15, restul l-am pierdut. Iar banii i-am dat.*; T.E., f., Buzău: *Sistemul nu, e interesat de cele 30 de credite. Nu e bine. Trebuie să facem cursuri de specialitate. De ce să urmez cursuri inutile, să pierd zile la cursuri care se repetă și nu sunt de profil?*), inclusiv caracterul obligatoriu al acestor cursuri: S.F., f., Galați: *Interesați sau nu, ești cumva obligat, deoarece nu poți să obții avizul de liberă practică dacă nu ai un număr de credite anuale, care se obțin prin aceste cursuri.*

Unii asistenți reclamă piedici puse în calea formării lor profesionale de către medici (M.I., f., Constanța: *Dar nu contează, ce atâtea cursuri? Bani, tăticule, la buzunarul medicului. Restul, asistentele devin prea deștepte și după aia încep să pună prea multe întrebări, sunt incomode*) și de către șefii ierarhici, invocând dorința de a evita un anume gen de concurență.

Salariații arată faptul că ar fi oportun ca unitățile sanitare să organizeze cursuri de formare profesională în mod gratuit, în condițiile în care interesul salariaților pentru astfel de cursuri există : C.M., f., Galați: *Da, și cred că ar trebui făcute pe nivel de secție mai multe cursuri de specializare și de informare. Vorbesc în domeniul meu, unde mereu apare câte ceva nou și ar trebui să fim și noi informați în legătură cu noutățile... și, în primul rând, să nu fim obligați să ne ducem la unele cursuri care costă foarte mult, zece milioane cel puțin; C.M., f., Galați: Să fim stimulați ca să ne mai ducem să mai învățăm, să ni se ofere oportunitatea de a merge la unele cursuri, de informatică de exemplu... orice, în domeniul nostru sunt o grămadă, să putem să ne informăm de anumite medicamente...*

Nu există recunoașterea financiară a diferențelor de pregătire (B.L., f., Buzău: *Nu e de-ajuns că le plătim, dar nici nu ne sunt recunoscute. Și încă ceva, colege de-ale mele au absolvit școala de moașe, una dintre ele este aici, dar financiar nu le ajută cu nimic; B.L., f., Buzău: Ele cu facultate au aceleași responsabilități ca și mine, absolventă de liceu sanitar, li se recunosc aceleași competențe, nu li se oferă mai multe atribuții, ierarhizarea nu este corectă*), nefiind astfel stimulată propria formare profesională.

Incertitudinea privind viitorul locului de muncă poate să intervină de asemenea în motivarea propriei formări profesionale: M.N., f., Buzău: *Dorința oamenilor de a face cât mai multe cursuri este dată de instabilitatea din ziua de astăzi.*

Concluzii și recomandări

- **Principalii factori care constituie surse de satisfacție la locul de muncă:** *realizarea profesională* (40% cumulată), *siguranța locului de muncă* (22,9%) și *condițiile de lucru* (16,3% combinat). **Factorii care constituie cauze ale insatisfacției la locul de muncă:** pe primul lor se situează *veniturile* (60% cumulată) *condițiile grele de lucru* (35,6% cumulată) urmate de *lipsa timpului pentru familie și propria persoană* (30,8% cumulată) și *lucrul în timpul sărbătorilor legale* (26,9% cumulată). Cumularea opțiunilor multiple indică faptul că salariații au bifat mai mulți factori în mod simultan.

- Sintetizând, putem considera că **principalii factori care determină gradul de satisfacție al personalului din sistemul sanitar sunt:** *nivelul veniturilor, condițiile de lucru, realizarea profesională, siguranța locului de muncă, lipsa timpului pentru familie și propria persoană și lucrul în timpul sărbătorilor legale.*

- **Gradul de satisfacție față de propria profesie** – analizat comparativ, este mai ridicat în cazul profesiilor care implică un nivel mai mare de pregătire profesională și, de asemenea, mai mare în cazul profesiilor medicale decât pentru restul profesiilor din sectorul sanitar. Acest factor este în directă legătură cu statusul social al profesiei, cunoscând o deteriorare progresivă datorită nivelului veniturilor, condițiilor de muncă și imaginii publice a personalului medical.

- **Gradul de satisfacție față de locul de muncă** este mult mai scăzut decât satisfacția față de propria profesie (chiar în condițiile scăderii și a acestui indicator), fiind influențat în special dinspre *condițiile de muncă, nivelul veniturilor* (sporiile joacă și ele un rol semnificativ) și nivelul *stresului la locul de muncă.*

- Calitatea vieții profesionale a salariaților din sistem influențează în mod semnificativ calitatea serviciilor medicale prestate către pacienți. În același timp se remarcă și o influență inversă, exercitată de calitatea serviciilor medicale asupra calității vieții profesionale. În consecință, deficitul de personal, datorat îndeosebi de plecarea colegilor din sistem, determină scăderea calității serviciilor medicale prin sporirea sarcinilor de serviciu.

- Există o certă influență negativă a crizei economice asupra calității vieții profesionale, respectiv cu cât efectele crizei sunt mai severe cu atât scade gradul de satisfacție a personalului. Influența negativă a crizei este potențată atât de lipsa materialelor și medicamentelor necesare tratamentului pacienților, adică de scăde-

rea calității serviciilor medicale acordate pacienților, cât și de diminuarea materialelor necesare protecției salariaților.

- Finanțarea insuficientă, în contextul crizei economice dar și ca deficiență cronică a sistemului sanitar, dublată de gestiunea defectuoasă a fondurilor, conduce la scăderea calității vieții profesionale prin factori precum:

- ✓ Insuficiența medicamentelor și materialelor sanitare
- ✓ Dotarea deficitară cu aparatură tehnică
- ✓ Lipsa/insuficiența materialelor de protecție:

- Este evidentă influența sub-finanțării sistemului sanitar asupra deficitului de personal. Principalele cauze sunt cele de ordin financiar, precum „bugetul insuficient al unității” (30,53%), în acest caz fiind vorba de imposibilitatea unităților de a angaja personal, precum și salariile prea mici care conduc la plecarea de bunăvoie a salariaților către locuri de muncă mai bine plătite.

- Calitatea scăzută a vieții profesionale contribuie în mod semnificativ la creșterea tendinței de migrație a personalului din sistemul sanitar.

- Lipsa de reglementări eficiente în domeniul sanitar, concretizată în majoritatea cazurilor prin blocarea angajărilor pe posturile vacante, ca urmare a migrației, antrenează situații de deficit de personal medical. Deficitul de personal medical conduce la scăderea calității vieții profesionale, potențând astfel cauzele care determină migrația.

- Decizia de a emigra este puternic influențată de informațiile legate de salarizare și de condițiile de muncă din Occident, pe care angajatul din sistemul sanitar le obține în special de la colegii care au părăsit țara.

- Pe lângă beneficiile salariale, munca în străinătate îi atrage pe angajații din sistemul sanitar românesc, din prisma diferenței standardelor profesionale precum și a mentalităților. Acești factori de tip *pull* acționează în conturarea parametrilor de satisfacție profesională și față de locul de muncă.

- Luând în considerare faptul că nivelul de salarizare și condițiile existente la locul de muncă constituie factori esențiali care determină calitatea vieții profesionale și, totodată, intervin în determinarea migrației se remarcă influența exercitată de calitatea vieții profesionale asupra tendinței de migrație. Astfel, calitatea vieții profesionale scăzute contribuie în mod semnificativ la creșterea tendinței de migrație a personalului din sistemul sanitar.

- Deși există prevederi legislative referitoare la salarizare relativ unitare, nu există un sistem unitar de salarizare a personalului, situație derivată din aplicarea în mod neunitar a legislației în vigoare. Politicile de personal cunosc diferențe

substanțiale între diferitele județe și chiar între diferitele unități sanitare din cadrul aceluiași județ.

- Relațiile dintre diferitele categorii profesionale au deseori un caracter conflictual mocnit, pe primul loc situându-se relația medici-asistenți. Acest conflict provine și din două tipuri de „pseudo-culturi profesionale” diferite, fiind vorba de ostilități întreținute, la acestea adăugându-se lupta pentru menținerea unor diferențe de status social. Intensitatea tensiunilor conflictuale este diferită de la o unitate la alta și chiar de la o secție la alta, variind de la tensiuni accentuate la absența sa. De remarcat faptul că modelele de colaborare din Occident constituie un factor de presiune în sensul armonizării acestor relații și constituirii spiritului de echipă. Nu este de așteptat ca acest tip de conflicte să înregistreze răbufniri violente sau măcar fâțișe, însă ele macină relațiile profesionale, influențând în mod negativ atât atmosfera de lucru cât și calitatea serviciilor medicale.

- Relațiile cu șefii ierarhici cunosc diferențe marcante între diferitele unități sanitare, ele depinzând atât de calitatea umană a celor implicați cât și de cultura organizațională existentă la nivelul instituției. Cultura instituțională a sistemului în ansamblu și a fiecărei unități în parte constituie unul din principalii factori care modelează relațiile dintre diferitele categorii profesionale, influențând gradul de satisfacție profesională a personalului din sectorul sanitar.

- Există tensiuni între generații și închistări ale reprezentanților diferitelor generații pe propriile poziții, conducând la discrete blocaje ale transferului de experiență. Cu excepția cazurilor în care aflusul de tineri este mare, când aceștia se pot coaliza și pot bloca pe motiv de orgoliu transferul cunoștințelor de la cei cu experiență, se poate vorbi de un schimb de experiență situat în apropierea normalității cel puțin în ceea ce privește transferul de tehnici. Există probleme în ceea ce privește transferul de comportamente în cazul ambelor părți. Trebuie observat încă că transferul de competențe nu este unidirecțional, doar dinspre generațiile cu vechime mai multă spre cele tinere, ci și invers, generațiile mai tinere adaptându-se mult mai ușor la tehnică și putând mediarea celor mai în vârstă cu tehnica. Blocajele iscate de diferențele de mentalitate afectează așadar ambele părți.

- În ultimii ani au existat numeroase forme de pregătire a asistenților medicali care însă n-au facilitat o mai bună calificare, cât mai ales ia constrâns pe angajați să se „recalifice”, cu alte cuvinte să obțină o altă diplomă pentru competențele pe care le posedau deja (exemplu: absolvenții de liceu sanitar au fost nevoiți să facă școală postliceală, absolvenții de postliceală sunt nevoiți acum să facă facultatea etc.).

- Foarte multe opinii critice față de incoerența în timp a sistemului de formare a asistenților, ținând cont că la ora actuală în sistem sunt angajați care au nivele extrem de variate de studii, respectiv: liceu, postliceală, colegiu și, mai nou, facultate. Se pune astfel tot mai acut problema diferențelor de competențe dintre absolvenții diferitelor forme de formare profesională mai ales în contextul inexistenței unor atribuții diferențiate, sau a necesității introducerii unor fișe de post standard pentru fiecare tip de absolvent astfel încât diferențele de salariu să fie dublate de diferențe semnificative în ceea ce privește atribuțiile și competențele fiecărui tip de absolvent.

- Aprecierea nivelului de pregătire a asistenților cu studii superioare în domeniu trebuie să țină cont de două situații diferite: cea în care studenții acestor facultăți vin direct de băncile liceului sau sunt din cei care nu au mai lucrat în sistemul sanitar și studenții care sunt de fapt asistenți medicali ce s-au înscris la facultate. În cel din urmă caz nu poate fi apreciat nivelul de pregătire al absolvenților deoarece în discuție sunt și competențele dobândite anterior la care se adaugă experiența profesională. Se remarcă faptul că în cea mai mare parte a situațiilor de acest gen se ajunge la o redundanță a unei mari părți din cunoștințele predate. În acest sens se impune o reevaluare a sistemului de formare care să includă posibilitatea unei corecte evaluări a competențelor pe care un salariat le are, urmând ca el să aibă posibilitatea de a-și completa studiile doar cu ceea ce-i lipsește ca nivel de pregătire și competențe.

- Sectorul sanitar suferă de lipsa unui sistem de recunoaștere formală a competențelor dobândite la locul de muncă și chiar a competențelor informale. În locul unui sistem de formare progresiv, care să recunoască cunoștințele și competențele acumulate treptat, s-au creat diferite sisteme de formare profesională care scot absolvenți relativ similari în ceea ce privește nivelul ideal de competență, diferențele reale fiind date de seriozitatea școlilor și a profesorilor.

- Lipsa de personal și supraîncărcarea cu sarcini a personalului cu experiență conduce la limitarea posibilităților de a forma noii veniți. Fenomenul este amplificat de deficitul transferului de experiență adus de migrația personalului, numărul salariaților cu experiență fiind în continuă scădere. Acest fapt conduce treptat la modificarea anumitor dimensiuni în cultura organizațională a secției, inclusiv la scăderea standardelor de lucru, pe fondul modificării reperelor.

- Se remarcă necesitatea introducerii tutoriatului pentru noii veniți, asigurând aspect un caracter formal modalităților de ucenicie deja existente în zona informală. În acest context este indicat a face din tutore un moment esențial al

ierarhiei profesionale, ce beneficiază de o recunoaștere suplimentară, inclusiv în plan material.

- Regulile oficiale de împărțire a atribuțiilor în sistemul sanitar sunt dublate de alte reguli informale, în cazul celor din urmă înregistrându-se un semnificativ transfer de la atribuții de la medici la asistente și, într-o mai mică măsură, de la asistente la infirmiere. Cum acest transfer este stabilit de ani buni și s-a dovedit funcțional chiar în condiții informale, recomandăm trecerea lui în zona formală în special prin adăugarea unor trepte ierarhice în cazul asistenților medicali care să înglobeze oficial toate tehnicile care oricum sunt efectuate în cea mai mare parte a cazurilor de asistenți. Acest transfer formal de competențe însă fi făcut numai prin intermediul unor forme corecte de evaluare și atestare a acestor competențe și numai dublat de o diferențiere salarială semnificativă. Pe această cale se poate ajunge în mod simultan atât la oficializarea unor practici informale cât și la crearea unui traseu de carieră mult mai stimulatив pentru asistenții medicali.

- La nivel managerial se resimte influența politicului, în general în mod negativ, aceasta anulând criteriile de competență în favoarea celor de afiliere politică. Remedierea situației este posibilă prin scoaterea posturilor de manager din zona de influență a politicului și stabilirea accesului la ele doar pe criterii de competență.

- Influența nivelului veniturilor asupra salariaților nu trebuie judecată numai prin prisma salariilor, fiind necesară estimarea venitorilor informale (acolo unde ele există) pentru a avea o imagine mai obiectivă asupra acțiunii acestui factor în ceea ce privește diferitele atitudini ale salariaților. Nu toate locurile de muncă „beneficiază” de astfel de avantaje, iar cele care beneficiază nu au avantaje egale, existând chiar și o concurență între salariați pentru a ajunge la locurile de muncă cele mai avantajoase din această perspectivă. Această concurență a condus la diferite tipuri de acțiuni pentru a ocupa aceste locuri, în discuție fiind chiar și plăți informale (sau cote) pentru cei care fac repartiția pe locurile de muncă.

- Tendința celor plecați la muncă în străinătate de a rămâne în statele unde lucrează depinde de o serie întreagă de factori cum ar fi:

a) situația României: imaginea a ceea ce găsim în țară în ceea ce privește locul de muncă și nivelul de civilizație al țării (Se remarcă faptul că uneori cei plecați simt o undă de teamă față de pacienții din România, în discuție fiind de fapt comportamentul pacienților și populației în general față de personalul medical.)

b) avantajele țării în care lucrează: nivelul câștigurilor și impactul acestora asupra nivelului de trai, condițiile de muncă³⁶, perspectivele legate de viitorul familiei.

- În ceea ce privește cauzele migrației personalului medical trebuie menționat și un adevăr trist: salariații pleacă și datorită comportamentului pacienților și populației, conturat deseori în relația direct dar și în presă și prin intermediul presei. Într-un rezumat oarecum forțat am putea spune: *sunt cetățeni care părăsesc țara din cauza concetățenilor*.³⁷

- Numeroasele lipsuri și deficiențe din sistemul sanitar se adaugă la presiunile deja existente prin natura profesiilor din acest domeniu, accentuând stresul la care salariații sunt supuși. În aceste condiții recomandăm efectuarea unor cercetări pentru a identifica posibilitatea sau oportunitatea ca stresul să fie declarată boală profesională pentru acest sector.³⁸

- Având în vedere deficitul de imagine al personalului sanitar (doar în parte justificat de greșelile salariaților) credem că este necesară o campanie de conștientizare a cetățenilor privind problemele specifice ale salariaților din sectorul sanitar, care să reducă presiunile suplimentare asupra angajaților în ceea ce privește atmosfera la locul de muncă, păstrând însă pe cele ce vizează supravegherea corectitudinii exercitării profesiei prin mecanisme specifice.

- Datorită lipsurilor din sistem cea mai mare parte a salariaților ajunge să cumpere o parte din materialele necesare pentru desfășurarea activității.

- Deficitul de medicamente și materiale pune salariații în situația jenantă și stresantă de a trimite pacienții sau membrii familiei să-și cumpere o parte din cele necesare, această situație alterând într-o măsură semnificativă relația pacient-personal medical.

- Deficitul de materiale și medicamente indică în mod clar necesitatea îmbunătățirii modului de finanțare și administrare a unităților sanitare precum și, acolo unde este cazul, reducerea afluxului de pacienți care ar putea fi tratați în zona medicilor de familie.

- Schimbările structurale în managementul unitățile sanitare, orientate pe selecția managerilor pe criterii de performanță, modificarea relațiilor din cadrul

³⁶ De remarcat faptul că salariații acceptă și condiții de muncă mai dificile (uneori chiar mai grele decât cele avute în țară) de dragul câștigurilor, fiind dispuși uneori să renunțe la anumite dimensiuni ale orgoliului profesional.

³⁷ Formularea încearcă să redea într-o formulă mai plastică faptul că diferența de civilizație constituie un factor ce determină migrația, gradul de civilizație al țării fiind dependent de nivelul de educație al populației.

³⁸ Spre exemplu un punct de pornire l-ar putea constitui ponderea pacienților cu afecțiuni ale tiroidei sau ulcere digestive în totalul salariaților.

spitalelor prin trecerea de la ierarhia rigidă și bazată pe criterii de ascensiune informale la un sistem de colaborare și competitivitate, dublat de o mai bună comunicare între manager și personal și pe participarea salariaților la luarea deciziilor.

- Deficitul de pregătire al noilor veniți reclamă reformarea sistemului de formare inițială, mai ales în cazul profesiilor medicale, componentele esențiale ale noului sistem ce ar trebui instituit fiind următoarele: o mai bună pregătire practică, evaluarea obiectivă a cunoștințelor. Având în vedere numărul mare de cazuri în care absolvenții recurg la voluntariat pentru a-și crește șansele de angajare este recomandată prinderea voluntariatului, ca formă de pregătire profesională și adaptare la specificul unui loc de muncă, într-o structură formală, recunoscută, și supravegheată de către organismele profesionale, în condițiile în care numărul persoanelor care-și exercită profesia în această formă este tot mai mare.

- Desele reforme administrative generează o stare de incertitudine privind viitorul locurilor de muncă, accentuând stresul salariaților. Cumularea mai multor factori de stres profesional, dublată de insatisfacția privind veniturile realizate contribuie la conturarea factorilor de tip *pull* ce influențează migrația. Totodată, stresul profesional conduce atât la creșterea riscului de morbiditate cât și la o scădere a calității serviciilor acordate pacienților.

- Sistemul de numiri politice a managerilor de spitale dublat de cutumele sectorului sanitar întreține mecanismul „spăgii la angajare”, diluând cu fiecare salariat angajat după aceste criterii nivelul de competență din sectorul sanitar și, implicit scăzând calitatea serviciilor medicale prestate. În condițiile în care deja asistăm la un deficit al transferului de experiență datorită migrației situația este cu atât mai gravă.

- Fenomenul migrației nu este grav atât prin deficitul de personal subsecvent, care în fapt a fost accentuat și de o politică de personal inadecvată la nivel național, cât mai ales prin deficitul de competență pe care-l aduce cu sine. Chiar dacă numărul mare de forme de pregătire a personalului medical (mai ales în cazul asistenților medicali) și proliferarea aproape fără control a școlilor care pregătesc absolvenți în domeniu pot conduce, în principiu, la înlocuirea celor care pleacă, se instaurează un deficit de competență atât datorită standardelor de pregătire în domeniu foarte scăzute în cea mai mare parte a cazurilor cât și incapacității unităților sanitare de a absorbi și pregăti în mod adecvat la locul de muncă un val mare de absolvenți care ar fi chemați să-i înlocuiască pe cei plecați. În ruptura creată pe această cale nu se mai reușește un transfer de experiență adecvat pierzându-se

multe din punctele tari a ceea ce s-ar putea numi *tradiția medicală românească*.³⁹ Din această perspectivă o parte din efectele migrației pot fi compensate prin creșterea standardelor de pregătire profesională pentru toate profesiile medicale (și înăsprirea controlului asupra organizațiilor care formează astfel de personal) și prin instituirea unor mecanisme eficiente de formare la locul de muncă (introducerea tutoriatului constituind un exemplu în acest sens).

- Procedura angajărilor în sistemul public pe baze de pile este destul de des întâlnită pentru toate categoriile de personal, fiind dependentă fie de anume forme de trafic de influență, fie de mecanismul *șpăgii la angajare*. În persistența acestui mecanism politicul are o contribuție semnificativă⁴⁰. În acest context depolitizarea managementului unităților sanitare publice și instituirea unor proceduri riguroase și transparente de angajare a personalului constituie posibile soluții.

- În condițiile în care sistemul sanitar public este încă marcat de numeroase rețele informale de putere și proceduri specifice unui sistem de tip neo-feudal, este de așteptat ca sectorul privat să absoarbă în continuare un număr semnificativ de salariați competenți, devenind tot mai performant. Însă acest lucru se va întâmpla doar în situația instituirii unui sistem concurențial în ceea ce privește furnizarea serviciilor medicale și a dezvoltării unor mecanisme mult mai eficiente de finanțare a serviciilor de sănătate.⁴¹

- La menținerea sistemului angajărilor informale contribuie într-o măsură semnificativă și salariații (sau potențialii angajați), orice încercare de a reglementa situația necesitând strategii de acțiune și în ceea ce privește modificarea mentalității absolvenților și salariaților. O astfel de strategie este necesară cu atât mai mult în condițiile în care au fost indicate mai multe situații în care elevii/studentii sunt nevoiți/acționează încă de pe băncile școlilor/facultăților să dea diferite „atenții” pentru a trece examenele, se constată la existența unei „educație a șpăgii” încă de pe băncile școlilor.

- Având în vedere dezechilibrele create de numărul mare de persoane active care au emigrat pentru muncă, inclusiv din sectorul sanitar, combinat cu faptul

³⁹ Cu observația că acest fenomen, abordat în mod adecvat, poate avea în același timp și o semnificație pozitivă, odată cu această pierde a tradiției existând posibilitatea de a fi eliminate și numeroasele aspecte negative. Însă acest fapt este posibil numai sub presiunea unei noi școli de deontologie profesională, în lipsa căreia constatăm că sunt perpetuate mai curând aspectele negative.

⁴⁰ Pentru unii dintre managerii numiți politic (numirea este deseori mascată de un concurs) spitalul devine un fief, angajările fiind una din sursele financiare ale feudei menită fie să compenseze eventuale contribuții la campanii electorale fie doar să îmbogățească pe cei numiți. Cu mențiunea că procesul nu are un caracter general, fiind întâlniți numeroși manageri care, chiar dacă au fost numiți politic, înțeleg să se mențină în limitele legalității și să-și facă treaba în mod conștiincios.

⁴¹ Un exemplu l-ar putea constitui asigurările private și cele mutuale.

că marea majoritate și-au lăsat membrii familiei inapți de muncă sau inactivi în țară, aceștia din urmă fiind beneficiari ai sistemelor sociale (inclusiv ai asigurărilor sociale de sănătate), se impune introducerea, la nivel de Uniunea Europeană, a unui mecanism financiar prin care o parte din contribuția la sistemele de sănătate a celor plecați (contribuția pe care ei o plătesc în țările de destinație) să se întoarcă în țară sub titlul de contribuție pentru asigurarea membrilor de familie rămași în țară. Sistemul poate funcționa pe baza principiului *solidarității membrilor de familie* (un membru al familiei care lucrează îi asigură pe cei care nu lucrează în mod justificat), care este în vigoare chiar în multe din țările de destinație.

- *Lista* de medicamente și materiale sanitare pe care o primesc o mare parte dintre pacienți atunci când ajung în spital afectează grav viața profesională a salariaților, conducând și la profunde tulburări a relației personalului cu pacienții.

- Buna funcționare a sistemului sanitar necesită instituirea unui sistem de recompense și recunoașterea meritelor salariaților mult mai stimulativ, care să stimuleze performanța și competitivitatea în activitate. În acest sens este necesară și instituirea unor trasee de carieră mai ample pentru toate categoriile profesionale care să permită diferențieri și reșezări în funcție de merit. Dintre recompensele considerate de salariați ca fiind oportune reținem următoarele: recompensă materială, în genul salariului de merit, evidențierea periodică a activității secțiilor în cadrul Consiliului Medical, alocarea de fonduri angajaților cu merite deosebite pentru cursuri de formare profesională, recompensă financiară pentru Angajatul Lunii, distincții simbolice cu ocazia sărbătorilor anuale.

- Numărul tot mai mare de agresiuni asupra personalului din unitățile sanitare face necesare o serie de măsuri de protecție și prevenire a unor astfel de situații. Planul de măsuri în acest sens ar trebui să înceapă cu recunoașterea ca accident de muncă a agresiunilor asupra salariaților, continuând cu implementarea unor regulamente stricte privind comportamentul (de ambele părți) în unitate, dublate de sancționarea severă a abaterilor. Suplimentar, se simte nevoia unor circuite stricte care să reglementeze în mod clar accesul în spitale dublate de sporirea măsurilor de securitate, inclusiv pe zona de securitate a personalului. Totodată, este nevoie de introducerea unor programe de pregătire specifice care să instruiască personalul în domeniul comunicării și strategiilor de aplanare a conflictelor. Nu în ultimul rând se simte nevoia unei campanii de conștientizare a cetățenilor privind modul de comportare în unitățile sanitare și efectele comportamentului inadecvat.

- Standardele profesionale sunt în bună măsură stabilite comparativ cu sistemele occidentale după cum urmează: în ceea ce privește calitate vieții profesionale de către personal iar în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale în

mod mixt, de personal și de către pacienți. Mass-media exercită o presiune din ce în ce mai mare în stabilirea unor etaloane profesionale, depășind uneori baremele introduse de organismele profesionale. Totodată, Occidentul constituie deseori o regiune unde se reafirmă orgoliul profesional în condițiile în care ce-a mai mare parte a celor plecați din România reușesc să se integreze profesional, uneori chiar dând dovadă de excelență.

- Întoarcerea masivă a salariaților care muncesc în sistemele sanitare occidentale, dacă ar avea loc⁴², ar putea conduce la o radicală creștere a calității serviciilor medicale acordate populației, cu condiția ca un astfel de eveniment să fie însoțit de două măsuri esențiale pentru buna funcționare a sistemului sanitar: schimbarea statusului social a acestor salariați și modificarea atitudinii pe care populația o are, în calitate de pacienți sau aparținători, față de personal.

- Evaluând factorii care determină un înalt grad de insatisfacție și care contribuie la scăderea calității vieții profesionale în sistemul sanitar, considerăm că se impun următoarele schimbări în cadrul acestui sistem (expuse sintetic):

- ✓ Un cadru nou al organizării muncii, care presupune un management competent, fără ingerințe politice, de durată; un cadru flexibil al comunicării între toate cadrele medicale și între serviciile din interiorul unităților sanitare; o dotare tehnică de calitate, aprovizionare cu materiale sanitare, echipamente de protecție, medicamente; un control și o coordonare a activităților în conformitate cu calitatea serviciului medical și nu cu indicii cantitativi, o evaluare a încadrării personalului pe categorii de secții și compartimente.
- ✓ O delimitare clară a atribuțiilor și responsabilităților pe categorii profesionale, cu sancțiuni pentru depășirea sau neîndeplinirea lor.
- ✓ Recompensarea muncii suplimentare, cea efectuată peste program, în turele de noapte, de sărbători, din timpul concediului; reevaluarea factorilor de risc și acoperirea acestora cu sporuri salariale.
- ✓ Orientarea angajaților spre cursuri de perfecționare care să corespundă domeniului lor de activitate și finanțarea aceste forme de pregătire continuă.
- ✓ Introducerea în sistem a unor forme de promovare complexe care să stimuleze devenirea în carieră și să motiveze actul muncii.

⁴² Șansele ca un astfel de eveniment să aibă loc le estimăm ca fiind reduse, fiind dependente atât de politicile naționale ce privesc nivelul de salarizare și condițiile de muncă ale salariaților din sistemul sanitar cât și de nivelul de civilizație al țării.

- ✓ Implicarea unităților sanitare în sistemul educațional de formare și calificare a personalului prin reglementarea unor proceduri și acorduri instituționale care să permită forme de dobândire a competențelor practice în domeniu.

Aceste minime recomandări pot antrena maxime schimbări în creșterea gradului de satisfacție la locul de muncă și în creșterea calității actului medical. Numai un singur exemplu poate fi edificator: o radicală schimbare în cadrul organizatoric al muncii va determina diminuarea subiectivismului și arbitrariului în angajarea forței de muncă.

ANEXA NR. 1

Anexa 1: CHESTIONAR

Calitatea vieții profesionale și tendința de migrație a personalului din sistemul sanitar

1. Înainte de a vă angaja în sistemul sanitar, ați lucrat în alt sector?

- a. da b. nu

2. Cum ați intrat în sistemul sanitar?

- a. concurs d. ajutor de la persoane din sistem f. prin mici atenții
b. examen e. ajutor de la cunoștințe g. altă modalitate, specificați...
c. ajutor de la rude

3. De la absolvire și până am găsit un loc de muncă, am așteptat o perioadă de:

- a. sub 1 lună c. între 3 luni și 1 an e. peste 3 ani
b. între 1 și 3 luni d. între 1 an și 3 ani

4. Ultima dată ați fost promovat/ă în funcție:

- a. cu mult timp în urmă c. nu am fost promovat/ă încă
b. destul de recent d. nu este cazul

5. Considerați că, în caz de restructurare a postului, șansele dumneavoastră de a găsi un nou loc de muncă în țară sunt:

- a. foarte mari
b. destul de mari
c. destul de mici
d. foarte mici
e. nu se pune problema
f. NS/NR

6. În secția/compartimentul în care lucrați, personalul implicat în realizarea sarcinilor de serviciu este:

- a. surplus de personal
b. personal suficient
c. personal insuficient
d. lipsă de personal
e. NS/NR

7. Ați întâlnit la locul dumneavoastră de muncă colegi cu o pregătire slabă în domeniu:

- a. mulți b. puțini c. deloc e. NS/NR

8. Considerați că, la locul dumneavoastră de activitate, condițiile de lucru sunt:

- a. foarte periculoase c. nu sunt periculoase
b. periculoase d. NS/NR

9. Aveți asigurat echipamentul individual de lucru pe care îl utilizați:

- a. din venituri proprii b. de către unitate c. alte situații

10. Considerați că echipamentul individual de protecție este:

- a. suficient b. insuficient c. Absent

11. Riscul de îmbolnăvire profesională la locul dumneavoastră de muncă este:

- a. foarte ridicat c. scăzut e. NS/NR
b. ridicat d. foarte scăzut

12. Din următoarele categorii de accidente și boli profesionale, bifați situațiile întâlnite la locul dumneavoastră de muncă și cât de frecvent apar:

Accidente/boli profesionale	Des	Rar	Niciodată
12.1 care produc incapacitatea temporară de muncă cel puțin trei zile			
12.2 care produc incapacitate temporară de muncă cel puțin 6 luni			
12.3 care produc invaliditate			
12.4 mortale			
12.5 colective (atunci când sunt accidentate cel puțin trei persoane în același timp și pentru aceeași cauză)			

13. Considerați că riscul de a vă pierde locul de muncă este:

- a. foarte mare b. mare c. mic d. foarte mic

14. Unitatea în cadrul căreia lucrați, are în plan perspective:

- a. de a se dezvolta
b. de a se restructura, fără pierderi de personal
c. de a-și restrânge activitatea, prin concedieri
d. de a se desființa
e. de a fi comasată
f. NS/NR

15. Pentru viitorul apropiat, aveți în vedere să găsiți un loc de muncă mai bun:

- 15.1. Tot în cadrul sistemului sanitar: a. în țară b. în străinătate c. nu am în vedere acest lucru
15.2. În afara sistemului sanitar: a. în țară b. în străinătate c. nu am în vedere acest lucru

16. În vederea găsirii unui nou loc de muncă, ați urmat o altă formă specială de pregătire în plan profesional?

- a. da b. nu c. nu este cazul

17. În ultimii doi ani, ați absolvit cursuri de:

- a. formare profesională continuă (OAMMR, CMR)
b. reconversie
c. specializare
e. alte variante, specificați...

d. CNFPA

18. În vederea plecării la muncă în străinătate care este sursa principală de unde ați culege informații:

- a. pe internet
- b. de la instituțiile statului
- c. de la firmele de specialitate
- d. de la rude, prieteni, colegi
- e. din presă
- f. nu doresc să plec

19. Aveți colegi de secție/compartiment care au plecat în ultimii trei ani:

- a. în țară, la alt compartiment/unitate sanitară
- b. în țară, în afara sistemului sanitar
- c. în străinătate, în sistemul sanitar
- d. în străinătate, în afara sistemului sanitar
- e. nu au existat cazuri

20. Din câte cunoașteți, colegii dvs. care lucrează în străinătate câștigă:

- a. între 400 și 699 euro
- b. între 700 și 999 euro
- c. între 1000 și 1500 euro
- d. peste 1500 euro
- e. NS/NR

21. Ce factori v-ar determina să plecați la muncă în străinătate?

- a. nemulțumirea față de starea materială actuală
- b. dorința de realizare profesională
- c. nevoia achitării datoriilor
- d. condiții de lucru mai bune
- e. nevoi legate de întreținerea familiei
- f. salariile mai mari din străinătate

22. Ce factori vă împiedică să plecați la muncă în străinătate?

- a. vârsta
- b. siguranța locului de muncă din țară
- c. obligațiile de familie
- d. teama de necunoscut
- e. capacitatea scăzută de adaptare
- f. venitul pe familie îmi este suficient
- g. nu sunt interesat/ă de plecarea din țară
- h. NS/NR

23. În momentul renunțării la locul de muncă de către coleg, cât de repede este ocupat postul acestuia de o altă persoană ?

- a. imediat
- b. după câteva luni
- c. după un an
- d. postul este blocat
- e. NS/NR

24. Colegii care au părăsit locul de muncă au vârsta cuprinsă între:

- a. 18-29 ani
- b. 30-39 ani
- c. 40-49 ani
- d. peste 50 ani
- e. nu este cazul
- f. NS/NR

25. Ce venit considerați că v-ar fi suficient:

- a. mai puțin de 300 euro
- b. 300-599 euro
- c. 600-999 euro
- d. 1000-1499 euro
- e. peste 1500 euro

26. În cadrul sistemului sanitar v-ați schimbat locul de muncă:

- a. niciodată
- b. o singură dată
- c. de două ori
- d. de trei ori
- e. de peste trei ori

27. În situația în care colegii dumneavoastră își schimbă locul de muncă, acest fapt conduce la:

(Bifați cu atenție frecvența modului în care vă afectează transferul unui coleg)	Cel mai mult	Mult	Puțin	Mai puțin	Nicio dată
27.1 prelungirea programului de lucru					
27.2 sporirea sarcinilor de serviciu					
27.3 creșterea venitului					
27.4 diminuarea capacității de rezolvare a cerințelor la locul de muncă					
27.5 creșterea siguranței propriului loc de muncă					
27.6 greutatea de adaptare la locul de muncă a noului angajat					

27.7 nu au existat cazuri

28. Ce v-ar determina să schimbați locul de muncă?

- a. diminuarea stresului la locul de muncă
- b. dorința unor venituri mai mari
- c. mai mult timp liber
- d. Datoriile
- e. realizarea profesională
- f. alte motive, specificați...

29. Considerați că la locul dumneavoastră de muncă există o lipsă de personal datorată:

- a. concedierilor
- b. condițiilor grele de lucru
- c. plecării de bună voie a personalului la locuri mai bine plătite
- d. bugetului insuficient al unității
- e. salariilor mici
- f. nu există lipsă de personal

30. Considerați că, datorită plecării personalului, calitatea serviciilor medicale:

- a. a crescut
- b. este aceeași
- c. este în scădere
- d. a scăzut alarmant

31. Prin revenirea din străinătate a personalului sanitar care a lucrat în sistem:

- a. calitatea serviciilor a crescut
- b. serviciile sunt de aceeași calitate
- c. calitatea serviciilor este în scădere
- d. calitatea serviciilor a scăzut alarmant
- e. NS/NR

32. Ați ocupat un loc de muncă în sistemul sanitar din străinătate?

- a. nu
- b. da, până în 6 luni

- c. da, între 6 luni și 1 an
- d. da, între 1 și 3 ani
- e. da, peste 3 ani

33. Cât de mulțumit/ă sunteți de veniturile pe care le obțineți în raport cu munca depusă:

- a. foarte mulțumit/ă
- b. mulțumit/ă
- c. nemulțumit/ă
- d. foarte nemulțumit/ă

34. Salariul dumneavoastră este cuprins între:

- a. 500-999 RON
- b. 1000-1499 RON
- c. 1500-1999 RON
- d. 2000-2999 RON
- e. peste 3000 RON

35. Obțineți venituri suplimentare dintr-o activitate efectuată în timpul liber:

35.1. Care ține de profesie

a. da

b. nu

35.2. În afara profesiei

a. da

b. nu

36. Cât de hotărât/ă sunteți să găsiți un loc de muncă similar în afara țării:

- a. foarte hotărât/ă
- b. hotărât/ă
- c. destul de hotărât/ă
- d. nehotărât/ă
- e. destul de nehotărât/ă
- f. foarte nehotărât/ă

37. Cât de mulțumit/ă sunteți de finanțarea sistemului sanitar?

- a. foarte mulțumit/ă
- b. mulțumit/ă
- c. nemulțumit/ă
- d. foarte nemulțumit/ă

38. De la 1 la 5 (adică, în mare măsură - 5 - și descrescător apoi spre 1) bifați gradul în care vă afectează turele de noapte:

Măsura în care sunt afectate diferite aspecte de turele de noapte	5	4	3	2	1
a. în capacitatea de muncă					
b. în starea de sănătate					
c. în apariția tulburărilor de somn					
d. în viața de familie					
e. în tulburări ale comportamentului alimentar					

f. nu efectuez ture de noapte

39. Lucrați peste programul normal de lucru?

- a. totdeauna
- b. de cele mai multe ori
- c. câteodată
- d. niciodată

40. În zilele libere și sărbătorile legale, activitatea dumneavoastră este:

- a. plătită suplimentar
- b. plătită normal
- c. recompensată prin zile libere
- d. nu este recompensată
- e. nu este cazul

41. Care situație vă corespunde în programarea concediului de odihnă:

- a. înțelegere la nivelul colectivului de muncă
- b. conflict cu colegii, mediat de șeful compartimentului/secției
- c. planificarea arbitrară de către șeful de compartiment/secție
- d. nu întâmpin dificultăți

e. altele, specificați...

42. Bifați modul în care v-ați implicat, în ultimii zece ani, în următoarele revendicări:

Frecvența implicării în revendicări	Constant	Ocazional	O singură dată	Niciodată
42.1 salariale				
42.2 privind condițiile de muncă				
42.3 privind organizarea locului de muncă				

42.4 alte revendicări*

*numiți cea mai importantă revendicare în care v-ați implicat (alta decât cele menționate).

43. La locul dumneavoastră de muncă, ați avut conflicte cu celelalte persoane:

Frecvența conflictelor cu categorii de persoane	Foarte des	Des	Destul de des	Destul de rar	Rar	Niciodată
43.1 cu șeful						
43.2 cu colegii						
43.3 cu subalternii						
43.4 cu pacienții						
43.5 cu aparținătorii pacienților						
43.6 numiți și o altă categorie de persoane						

44. Ce vă mulțumește la locul dumneavoastră de muncă

- a. realizare profesională
- b. timp liber
- c. venit decent
- d. siguranța locului de muncă
- e. micile atenții
- f. poziția socială
- g. alte motive, specificați...

45. Bifați factorii care provoacă insatisfacții la locul de muncă și frecvența lor:

Natura insatisfacției	Cel mai des	Des	Destul de des	Destul de rar	Rar	Niciodată
45.1 condițiile grele de lucru						
46.2 lucrul în ture						
45.3 lucrul în timpul sărbătorilor legale						
45.4 conflictul cu celelalte persoane						
45.5 monotonia la locul de muncă						
45.6 epuizarea la locul de muncă						

45.7 lipsa timpului pentru familie și persoana proprie						
--	--	--	--	--	--	--

46. Timpul dumneavoastră liber

Activități	Cel mai des	Des	Rar	Niciodată
46.1 casnice				
46.2 de pregătire profesională				
46.3 culturale (lectură, vizionare TV, Calculator etc.)				
46.4 activități educative cu membrii familiei				
46.5 alte activități, specificați...				

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

- a. școala generală c. cursuri de formare profesională e. studii universitare
b. liceul d. colegiul universitar f. școală postliceală

48. Vechimea în specialitate..... ani

49. Domiciliul în mediul:

- a. rural b. urban

50. Vârsta:.....ani

51. Genul:

- a. feminin b. masculin

52. Starea civilă:

- a. căsătorit c. divorțat e. separat
b. necăsătorit d. văduv f. uniune consensuală (concubinaj)

53. Copii în întreținere:

- a. - niciunul b. - unul c. - doi d. - trei e. - peste trei

54. Venitul familiei dvs. este:

- a. până în 300 euro c. între 500 și 799 euro e. peste 1200 euro
b. între 300 și 499 euro d. între 800 și 1199 euro

55. Unitatea în care lucrați:

- a. spital județean d. clinică g. alta unitate, specificați...
b. spital municipal e. cabinet individual
c. spital orașenesc f. ambulatoriul de specialitate

56. Secția/compartimentul în care sunteți încadrat/ă:

.....

Îl folosiți pentru activități:

57. La locul dumneavoastră de muncă (secție/compartiment) aveți un colectiv format din:

- a. între 2 și 4 persoane c. între 11 și 30 persoane
b. între 5 și 10 persoane d. peste 30 persoane

58. Județul/Localitatea de domiciliu:.....

ANEXA 2

Ghid moderator - focus grup

1. V-a fost greu să vă angajați în sistemul sanitar? Care a fost modalitatea de angajare?
2. Sunteți mulțumiți de actualul loc de muncă? Este mai bine decât în alte profesii?
3. Care sunt dificultățile pe care le întâlniți la locul de muncă? Lucrați în condiții grele, periculoase sau vătămătoare? Aveți colegi care s-au îmbolnăvit datorită condițiilor existente la locul de muncă? Unitatea ar trebui să anunțe (afîșeze) că nu are resurse financiare, motiv pentru care pacienții trebuie să-și cumpere singuri materiale necesare/medicamente?
4. Lucrați în ture? Cum apreciați lucrul în schimburi? Credeți schimbul de noapte vă afectează viața personală? Dar calitatea serviciilor acordate pacienților?
5. Considerați că sunteți apreciați la locul de muncă? Ați beneficiat de promovări? Ce ar trebui să facă angajatorul și șefii ierarhici pentru a vă arăta că vă apreciază? Credeți că modul de organizare al sistemului vă oferă oportunități de carieră?
6. Ați căutat să îmbunătățiți condițiile de lucru la locul de muncă? Cu ce aspecte vă confrunțați care ar trebui schimbate?
7. Cum ați descrie atmosfera la locul de muncă? Aveți conflicte cu colegii de muncă? Dar cu colegii din alte secții/compartimente? Dar cu șefii ierarhici? Aveți probleme la programarea concediului de odihnă?
8. Credeți că existența Facultăților de asistenți/colegiilor schimbă calitatea serviciilor medicale? Se deteriorează relațiile dintre asistenți, având în vedere diferitele forme de pregătire? Considerați că diferența de pregătire dintre angajați și diferența de generație duce la conflicte?
9. În cazul noilor colegi de muncă, considerați că aceștia ar trebui îndrumați (activități de tutoriat) pentru o scurtă perioadă de timp? Credeți că ar trebui modificate regulile de comportament (modificarea relațiilor de subordonare) în sistem?
10. Vă simțiți amenințați de pierderea locului de muncă (restructurare, demitere etc.)? Dacă s-ar întâmpla acest eveniment nefericit credeți că a-ți găsi ușor un loc de muncă?
11. Atunci când au loc schimbări în urma alegerilor politice, în ce fel vă afectează la locul de muncă? Este utilă existența sindicatelor în unități? Reușesc sindicatele să vă reprezinte în fața angajatorilor? Faceți parte din vreun sindicat? Dacă nu, ce vă reține?
12. Vă ajută existența contractului colectiv de muncă? Știți care este utilitatea și prevederile acestuia (contractului colectiv de muncă)?
13. Cum apreciază mass media, presa, activitatea sistemului sanitar? Cunoașteți situații de aplanare a unor conflicte la locul de muncă prin justiție?
14. Aveți colegi care și-au părăsit locul de muncă? Unde au plecat? Există deficit de personal în secția sau compartimentul dvs.? Dacă da, din ce cauză? Cum vă afectează acest deficit? Considerați că lipsa personalului afectează serviciile acordate pacienților? În ce fel? Ce soluții credeți că ar trebui aplicate în acest caz?
15. Vă gândiți să vă căutați un alt loc de muncă? Ați făcut vreun demers în acest sens? Unde considerați că ați putea găsi un loc de muncă mai bun? Ce caracteristici ar trebui să îndeplinească un loc de muncă pentru a fi mai bun decât cel pe care-l aveți?
16. Ce alte cursuri de formare sau specializare ați urmat în ultimii ani? Considerați că pregătirea dvs. profesională reprezintă o prioritate pentru dvs.? Angajatorul și șefii dvs. ierarhici aprecia-

ză o pregătire mai bună a personalului? Dar sistemul în ansamblul lui? Ce ar trebui să facă angajatorul pentru a arăta că vă apreciază eforturile?

17. Ați luat în considerare posibilitatea de a pleca la muncă în străinătate? Ați muncit în străinătate? Aveți colegi plecați la muncă în străinătate? Dar rude? Alte cunoștințe?

18. Aveți colegi care s-au întors după ce au lucrat în străinătate? Experiența străinătății i-a schimbat? Cum apreciați schimbarea lor?

19. Ce v-ar determina să plecați la muncă în străinătate? Ce vă reține să o faceți? Dacă ați pleca v-ați dori să lucrați tot în sistemul sanitar? În ce țară? V-ar ajuta să cunoașteți și modul de funcționare a altor sisteme sanitare?

Bibliografie

1. CSIKSZENTMIHALYI, Mihalz, *Flux. Psihologia fericirii*, Humanitas, 2008;
2. IONESCU, Ghiță, *Politica și căutarea fericirii. Un studiu asupra implicărilor ființelor umane în politica societății industriale*, BIC ALL, București, 1999;
3. JOUVENEL, Bertrand de, *Progresul în om. Contribuții la o civilizație a puterii*, Editura politică, București, 1983;
4. KRUEGER, Richard A., CASEY, Mary Anne, *Metoda Focus Grup*, Editura Polirom, Iași, 2005;
5. LIPOVETSKY, Gilles, *Fericirea paradoxală, Eseu asupra societății de hiperconsum*, Editura Polirom, Iași, 2007;
6. MĂRGINEAN, Ioan, BALAȘA, Ana, *Calitatea vieții în România*, Editura Expert, 2005;
7. MĂRGINEAN, Ioan, PRECUPEȚU, Iuliana, *Calitatea vieții în România 2010*, Editura Expert, București, 2010;
8. MOSCOVICI, Serge, BISCHINE, Fabrice (coord), *Metodologia științelor socioumane*, Editura Polirom, Iași, 2007;
9. ROTH, Andrei, *Modernitate și modernizare socială*, Editura Polirom, Iași, 2002;
10. ROTILĂ, Viorel, *Tendența de migrare și orientarea profesională a absolvenților de liceu*, Analele Universității "Dunărea de Jos" Galați, Fasc. XX (1), Sociologie, an III, 2008;

11. ROTILĂ, Viorel, *The impact of the migration of health care workers on the countries involved: the Romanian situation*, South-East Europe Review, nr. 1/2008, pp. 53-77, http://www.boeckler.de/179_93408.html;
12. ROTILĂ, Viorel, *Problemele copiilor cu părinții plecați la muncă în străinătate: ce cred copiii despre situația lor*, 2008 Analele Universității de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu, Chișinău, Republica Moldova;
13. ROTILĂ, Viorel, *The Quality of Professional Life of Medical Personnel and Tendency of Working Abroad (2006)*, Analele „Universității „Dunărea de Jos” Galați, Fascicula XX, Sociologie, an I, 2006, nr. 1;
14. ROTILĂ, Viorel, *Impactul economiei asupra sistemului sanitar. Unele probleme ale sistemului sanitar din România*, Materialele Conferinței a XI-a Științifice Internaționale: Bioetica, Filosofia, Economia și Medicina în strategia de asigurare a sănătății umane, 6-7 martie 2006, Chișinău, Republica Moldova, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova;
15. ROTILĂ, Viorel, *Migrația personalului medical: cauze, condiții, efecte. Studiu de caz privind situația României*, Materialele Conferinței a XIII-a Științifică Internațională: Bioetica, Filosofia, Economia și Medicina în strategia de asigurare a sănătății umane, 3-4 aprilie 2008, Chișinău, Republica Moldova, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova;
16. ROTILĂ, Viorel; CELMARE, Lidia, *Consecințe ale migrației personalului medical din România. Punctul de vedere al managerilor din sistemul sanitar*, Analele Universității “Dunărea de Jos” Galați, Fasc. XX (1), Sociologie, an II 2007;
17. ROTILĂ, Viorel; CELMARE, Lidia, *Situația forței de muncă în sistemul sanitar românesc. Punctul de vedere al managerilor din sistem*, Analele Universității “Dunărea de Jos” Galați, Fasc. XX (1), Sociologie, an IV, 2009;

18. TOMESCU, Cristina, *Inovația socială în serviciile de sănătate*, CALITATEA VIEȚII, XX, nr. 1–2, 2009;
19. VLĂDESCU, Cristian; Stănescu, Alin, *Polarizarea accesului la serviciile de sănătate și de educație ca sursă a sărăcirii în viitor*, ICCV și Universitatea București, 2004;
20. VLĂDESCU, Cristian (coord.), *Sănătate publică și management sanitar. Sisteme de sănătate*, Editura CPSS (Centrul pentru politici și servicii de sănătate), București, 2004;
21. ZAMFIR, Cătălin, *Un sociolog despre muncă și satisfacție*, Editura Politică, București, 1980;
22. ZAMFIR, Cătălin, (coord.) *Indicatori și surse de variație a calității vieții*, Editura Academiei, București, 1984;
23. ZAMFIR, Cătălin (coord.), REBEDEU, Ion, *Stiluri de viață. Dinamica lor în societatea contemporană*, Editura academieii, București, 1989,

www.cercetare-sociala.ro

Redactor: Rotilă Viorel
Coperta: Marin Georgian
Tehnoredactare: Rotilă Viorel,
Ilcu Georgiana, Pestrea Cristina

Bun de tipar: iulie 2011. Apărut: 2011
Editura *Sodalitas*, str. Domnească nr. 66, CP 800215, Galați
Tel: 0336/106.365, Fax: 0336/109.281
