



RAPORT DE ȚARĂ ROMÂNIA

Fundația Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate
Aprilie 27, 2022

CUPRINS

DESPRE PROIECT	5
Sumar executiv	7
CONTEXTUL NAȚIONAL	9
Profilul general al țării	9
Sistemul de sănătate	10
Piața muncii în domeniul sănătății, migrația și mobilitatea.....	11
CERCETARE DOCUMENTARĂ	13
Rapoarte de analiză.....	14
Analiză media	16
Organizații ale diasporei de LDS	18
CERCETARE CALITATIVĂ (interviuri în profunzime)	20
1. MIGRAȚIE (LUCRĂTORI DIN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII DIN ROMÂNIA)	23
1.1. MOTIVAȚIE ȘI ATITUDINI.....	23
1.2. EXPERIENȚA (PERSONALĂ ȘI A PERSONALULUI CARE MIGREAZĂ PE CARE ÎL CUNOSC)	28
A fi profesionist în domeniul sănătății în România	28
1.3. EXPERIENȚĂ (GENERALITĂȚI, EFECTE ALE MIGRAȚIEI)	32
1.4. POTENȚIALE INTERVENȚII ȘI SOLUȚII PENTRU ÎMBUNĂTĂȚIREA RETENȚIEI LDS.....	33
2. MIGRAȚIE (ORGANIZAȚII DIN DIASPORA, lucrători de sănătate care lucrează în străinătate)	36
2.1. MOTIVAȚIE.....	36
2.2. EXPERIENȚĂ (PERSONALĂ / GENERALĂ)	40
2.3. INTERVENȚII ȘI SOLUȚII POTENȚIALE	42
3. ASPECTE DE GEN	45
Diferențe de gen în profesiile din domeniul sănătății	45
Atitudini de gen față de migrațiune	47
CONCLUZII	48
Anexa 1. Bibliografia cercetării documentare	52



Anexa 2 - Informații de contact pentru organizațiile din diaspora	56
Anexa 3 Ghiduri de interviu.....	57
Anexa 4 Lista codurilor.....	64

Autorii în ordine alfabetică:

Alexandra DELIU

Dana FĂRCĂȘANU

Letitia MIHAIL

Mirela MUSTAȚĂ

Iulia VIȘINESCU

Bogdan VOICU

DESPRE PROIECT

Programul finanțat de Fundația pentru o Societate Deschisă, " **Pillars of Health - Towards solidarity for health worker balance in Europe** " (PoH), un program de 3 ani care se axează pe crearea de dovezi, consolidarea societății civile și desfășurarea de activități de advocacy în țările selectate (România, Serbia, Olanda, Germania, Franța) și la nivelul UE, pentru a îmbunătăți disponibilitatea și accesibilitatea lucrătorilor din domeniul sănătății pentru toți cetățenii europeni.

DE CE?

În zona pieței libere a UE, fluxurile de migrație a lucrătorilor din domeniul sănătății tind să favorizeze țările mai prospere și să slăbească sistemele de sănătate deja vulnerabile din țările din sudul, estul și centrul Europei. Prin elaborarea de dovezi și revizuirea datelor, prin schimbul de cunoștințe și prin dialoguri politice la nivel înalt, ne propunem să influențăm politicile relevante atât la nivelul UE, cât și în și între țări, pentru o distribuție echitabilă a lucrătorilor din domeniul sănătății (LDS).

CE?

Prin programul " Pillars of Health ", ne propunem să contribuim la garantarea faptului că factorii de decizie politică din cadrul grupului de țări europene selectate și de la nivelul UE conduc în mod activ punerea în aplicare a politicilor pentru o forță de muncă puternică și durabilă în domeniul sănătății în întreaga regiune europeană, prin investiții susținute și adecvate, strategii eficiente de recrutare și de păstrare a forței de muncă în domeniul sănătății și prin atenuarea efectelor negative ale mobilității forței de muncă în domeniul sănătății.

CINE?

Partenerii pentru primul an de proiect au fost: Wemos (Țările de Jos), organizația care a condus proiectul, Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate (România), Centrul de Educație Media (Serbia) și VU Athena (Țările de Jos). În 2022, am început să colaborăm cu Asociația Medicilor Democrați (Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää)) (Germania).

În România, partenerul Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate vizează două rezultate specifice (RS) pentru acest proiect:

RS 1: O coaliție între organizații non guvernamentale (locale, naționale și din diaspora) care reprezintă interesele LDS este implicată în **generarea de dovezi privind mobilitatea și migrația LDS și devine activă atât la nivel național cât și la nivelul UE.**

RS 2: Decidenții politici sunt **conștienți de principalele motive** pentru care medicii și asistentele medicale părăsesc țara pentru a lucra în străinătate și **propun politici și măsuri relevante** pentru a îmbunătăți retenția, pentru a identifica și promova măsuri și mecanisme inovatoare, pentru a reglementa mai bine reținerea și întoarcerea lucrătorilor din domeniul sănătății din diaspora și pentru a sprijini și stimula lucrătorii din sănătate din diaspora să ofere servicii pacienților români vulnerabili (servicii de telemedicină, formare, consultanță inter pares etc.).

Sprijinind rezultatele specifice fiecărei țări, primul an al proiectului Pillars of Health s-a concentrat pe generarea de dovezi **privind mobilitatea și migrația LDS prin intermediul unei cercetări documentare cuprinzătoare și a unei serii de interviuri aprofundate.**

Sumar executiv

Dezvoltarea zonei de piață liberă a UE a facilitat o migrație debordantă a lucrătorilor din domeniul sănătății, accentuând criza globală a forței de muncă. Acest fenomen este larg răspândit și în România, deoarece lucrătorii din domeniul sănătății migrează în țări prospere din punct de vedere economic în căutarea unor condiții de muncă și oportunități de carieră mai bune, destabilizând în același timp sistemul de sănătate deja vulnerabil din țara de origine.

Pentru a identifica soluții în vederea menținerii și întoarcerii lucrătorilor din domeniul sănătății și pentru a consolida sistemul de sănătate este nevoie de o înțelegere cuprinzătoare a principalelor motive și factori care influențează mobilitatea și migrația medicilor și asistentelor medicale din România.

Prin intermediul unei serii de interviuri aprofundate realizate cu profesioniști români din domeniul sănătății, atât în țară, cât și din străinătate, acest studiu își propune să identifice factorii care influențează migrația lucrătorilor români din domeniul sănătății, să analizeze experiența personală de lucru a acestora, precum și să prezinte soluțiile respondenților în ceea ce privește menținerea și întoarcerea, oferind astfel o descriere mult mai detaliată a fenomenului migrației lucrătorilor din domeniul sănătății din România.

Raportul este structurat după cum urmează. Studiul debutează cu o prezentare a situației din România, sintetizând datele demografice relevante și oferind o scurtă trecere în revistă a sistemului de sănătate, a pieței muncii în domeniul sănătății, a migrației și a mobilității, precum și a inițiativelor relevante din cadrul sistemului de sănătate. Raportul continuă cu o cercetare documentară, care analizează în detaliu literatura de specialitate existentă, precum și cu examinarea rapoartelor recente din mass-media pe tema migrației personalului medical calificat din România, pentru a obține o înțelegere cuprinzătoare a subiectului. Următoarea secțiune prezintă metodologia utilizată pentru realizarea cercetării.

Descoperirile studiului sunt împărțite în două mari secțiuni, una care prezintă perspectiva asupra migrației personalului medical care activează în România și o secțiune care prezintă experiența de migrație a personalului medical din România care lucrează în străinătate. Fiecare secțiune prezintă și analizează motivația și atitudinile, experiența, precum și potențialele intervenții și soluții pentru îmbunătățirea retenției personalului medical, așa cum au fost propuse de persoanele intervievate.

Acest raport include, de asemenea, o secțiune care urmărește să exploreze aspectele de gen în profesiile din domeniul sănătății și în ce măsură este acesta un factor care influențează decizia de a emigra.

La final, raportul oferă concluziile sale, sintetizând factorii de stimulare și de atracție pentru migrația personalului medical și prezentând soluțiile identificate în cadrul cercetării.

CONTEXTUL NAȚIONAL

Această secțiune își propune să ofere o scurtă descriere a contextului românesc, care include o scurtă analiză a sistemului de sănătate, a pieței forței de muncă din domeniul sănătății și a mobilității acesteia, pe baza cărora se fundamentează studiul nostru.

Profilul general al țării

Populația României a cunoscut o scădere constantă în ultimele decenii. La 1 ianuarie 2021, populația României număra 19.186.201 locuitori, față de 19.414.458 în 2019 (Eurostat, 2021). Tendința continuă de scădere poate fi asociată cu migrația intensă, deoarece între 1990 și 2017, România a înregistrat cea mai mare creștere a stocului de migrație, de 287%. Creșterea ridicată a migrației poate fi observată și în ultimii ani, deoarece în 2020 s-a înregistrat o migrație netă de 21.031 de locuitori.

În ceea ce privește contextul economic, România a înregistrat un record notabil de creștere economică ridicată, Banca Mondială clasificând pentru prima dată România ca țară cu venituri ridicate, pe baza datelor din 2019 privind venitul pe cap de locuitor de 12.610 dolari SUA. Expansiunea economiei poate fi demonstrată și de rata anuală de creștere economică de 4,67% în 2019. Deși pandemia a avut un impact asupra economiei și a cauzat ușoare scăderi, economia se află în plin proces de redresare, PIB-ul revenind la valorile anterioare pandemiei și creșterea economică revenind puternic la 6,5% în prima jumătate a anului 2021 (Banca Mondială, 2020). Cu toate acestea, în martie 2022, Banca Europeană pentru Reconstrucție și Dezvoltare (BERD) a revizuit în scădere avansul economiei românești pentru 2022, de la +4,4% anticipat în noiembrie anul trecut la +2,8%, din cauza impactului războiului din Ucraina.

Contextul social din România este caracterizat de inegalități izbitoare, care afectează în principal populația din mediul rural, romii și persoanele cu dizabilități, inegalități care pot fi demonstrate și de coeficientul GINI ridicat de 0,34 (Statista, 2018). De asemenea, România înregistrează una dintre cele mai ridicate rate ale sărăciei din Uniunea Europeană, în ciuda scăderii ponderii populației care trăiește cu mai puțin de 5,5 dolari pe zi în 2011 (prețuri PPS revizuite), aceasta scăzând de la 11,6% în 2020 la 11% în 2021 (OECD, 2021).

În ceea ce privește aspectul de gen, diferența de salarizare între femei și bărbați (angajați) este scăzută, de 3,5% în 2018 (ultima cifră disponibilă), comparativ cu nivelul UE27 (11,2 în 2019). Ponderea femeilor care ocupă funcții de conducere în România este peste media UE (aproximativ

40%), însă există o pondere scăzută a femeilor implicate în antreprenoriat (10,2%) și care dețin funcții în Parlament și Guvern (20%) (Eurostat, 2020).

În ceea ce privește cadrul politic, România este o republică democratică reprezentativă semi-prezidențială.

Sistemul de sănătate

România are un sistem de asigurări de sănătate obligatorii. Legea sănătății (Legea 95/2006) stipulează modul de funcționare a sistemului de sănătate în ceea ce privește organizarea, finanțarea, furnizarea de servicii și prestațiile oferite, precum și sănătatea publică. Ministerul Sănătății este responsabil de guvernarea generală a sistemului de asigurări sociale de sănătate, în timp ce Casa Națională de Asigurări de Sănătate administrează și reglementează Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS). FNUASS reprezintă principala sursă financiară pentru sistemul de sănătate, este un organism de administrație central al cărui președinte este numit de prim-ministru. Ministerul și Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) sunt reprezentate la nivel local prin intermediul autorităților de sănătate publică județene și al fondurilor județene de asigurări de sănătate. Serviciile de asistență medicală sunt furnizate de 41 de județe și de capitală, în conformitate cu normele stabilite la nivel central (OCDE, 2019).

Sistemul de sănătate rămâne subfinanțat, în ciuda creșterii constante a cheltuielilor publice pentru sănătate. Din 2000 până în 2020, bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate a crescut de cincisprezece ori, bugetul pentru 2019 reprezentând 8,89 miliarde EUR (Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, 2021). Cu toate acestea, cheltuielile totale pentru sănătate sunt pe locul al doilea în UE, cu 5,56% din PIB în 2018, cu 1.212 EUR pe cap de locuitor (media UE este de 3.078 EUR) (Eurostat, 2021).

În funcție de tipul de finanțare, 64% sunt reprezentate de asigurările obligatorii de sănătate, 16% provin de la bugetul de stat prin programele naționale, 20% din venituri proprii și 1% din asigurările voluntare de sănătate. Asigurarea de sănătate este obligatorie, însă, în practică, doar aproximativ 89 % din populația României era acoperită de CNAS în anul 2017. Deficitul de acoperire se datorează în principal caracteristicilor generale ale comunităților rurale, unde o mare parte din populația activă întreprinde activități independente în agricultură și nu contribuie la fondul de asigurări de sănătate (OCDE, 2021).

Per total, performanța sistemului de sănătate este scăzută, fiind caracterizată de o capacitate redusă a sistemului de a răspunde nevoilor beneficiarilor, de inegalități semnificative în ceea ce privește accesul din toate punctele de vedere (rural/urban, regiuni și județe, grupe de vârstă, grupuri vulnerabile), de un nivel scăzut de protecție financiară și de acoperire a serviciilor, precum și de o capacitate managerială slabă la toate nivelurile decizionale, alături de o lipsă generalizată de date fiabile.

Piața muncii în domeniul sănătății, migrația și mobilitatea

Potrivit datelor OMS, numărul total de medici din România în anul 2016 este de 44.670, 70% dintre aceștia fiind femei. În mod similar, OMS raportează 141.821 de asistente medicale și 3.405 moașe în anul 2016, din care 91% sunt femei. Potrivit Institutului Național de Statistică, în 2016, numărul medicilor dentiști era de 16.442 de persoane (cu 5,7% mai mult decât în anul precedent), iar cel al farmaciștilor era de 17.180 de persoane (cu 0,3% mai mult decât în 2015). Ponderele personalului sanitar de sex feminin din numărul total al medicilor dentiști era de 67,5%, iar din cel al farmaciștilor era de 89,6% (INSSE, 2016).

Numărul medicilor și al asistentelor medicale este relativ scăzut în comparație cu mediile din UE: 2,8 medici la 1 000 de locuitori, față de 3,5 în UE, și 6,4 asistente medicale la 1 000 de locuitori față de 8,4 în UE, în 2015. Potrivit Băncii Mondiale, în România există o medie de 2,9 medici la mia de locuitori, în timp ce media la nivel european este de 4,9 la mia de locuitori (Banca Mondială, 2017). Mai mult, în 2019, România se află printre statele UE cu cel mai mic număr de medici pe cap de locuitor, alături de Belgia și Franța, cu aproximativ 310 medici la 100.000 de locuitori (OECD, 2017).

Acest deficit poate fi explicat în principal prin migrația personalului medical calificat, care a fost facilitată de libera circulație în UE, subliniată de recunoașterea reciprocă a calificărilor profesionale (Directiva 2005/36/CE a CE). Aceasta a permis medicilor să migreze dintr-un stat membru în altul, procesul afectând în principal țările sursă în curs de dezvoltare. Deși este dificil de furnizat un număr exact, numărul estimat al medicilor care au părăsit România din 1990 încoace a fost de 21.000 în 2014 (Séchet & Vasilcu, 2015). Estimarea corespunzătoare pentru asistenții medicali este de cel puțin 21.500, conform datelor OCDE (2015).

În ceea ce privește potențiala migrație a lucrătorilor din domeniul sănătății, în 2018 studenții mediciniiști au afișat o intenție generală de migrare de 40% (Boncea & Voicu, 2019). Cu toate acestea, dintre aceștia studenți care iau în considerare imigrația ca o opțiune, doar un sfert aveau

planuri clare. De asemenea, studiul arată că există o scădere a intenției de a migra în cazul studenților din anii superiori de studiu. Cu toate acestea, Saghin et al. (2017) indică un rezultat diferit, precizând că 85% dintre studenții de la facultățile de medicină intenționează să migreze.

Inițiative relevante în domeniul sănătății

În 2016, ca răspuns la mai multe inițiative din sectorul medical, Ministerul Sănătății a elaborat Planul Strategic Multianual pentru Dezvoltarea Resurselor Umane în Sănătate 2017-2020, care a vizat adoptarea unei abordări strategice pentru gestionarea migrației personalului medical din România. Planul intenționa să îmbunătățească guvernarea în domeniul sănătății, prin ajustarea pregătirii personalului medical pentru ca aceasta să fie bazată pe competențe, prin implementarea unui management modern al resurselor umane în unitățile sanitare și prin crearea unor politici de stat care să motiveze personalul medical să rămână și să profeseze în România. Cu toate acestea, planul nu este încă pe deplin operațional din cauza lipsei unei politici bine documentate.

Absența unor politici fezabile care să încurajeze cadrele medicale să lucreze în zonele în care există un deficit de personal medical, precum și lipsa unei capacități de management adecvate la nivelul autorităților sanitare au condus la inechități accentuate în ceea ce privește accesul la serviciile de sănătate în diferite zone.

O altă intervenție tactică menită să încurajeze profesioniștii din domeniul sănătății să rămână în țară a fost creșterea salariilor în domeniul medical. Astfel, începând cu anul 2018, salariile medicilor și asistentelor au crescut cu procente cuprinse între 70% și 172%, conform Legii-cadru 153/2017 privind salarizarea personalului medical din fonduri publice (Ministerul Sănătății, 2018). Deși intervenția a fost considerată un succes, iar creșterea salariilor a adus România la nivelul celorlalte state membre UE care reprezintă țările de destinație preferate, **soluționarea acestei preocupări a permis relevarea altor probleme care întăresc dorința de a migra, cum ar fi lipsa de satisfacție față de condițiile actuale de muncă.**

De la izbucnirea epidemiei COVID-19, au fost puse în aplicare o serie de intervenții suplimentare. Astfel, Ordonanța de urgență nr. 196 din 18 noiembrie 2020 propune utilizarea telemedicinii pentru a stimula accesibilitatea serviciilor medicale pentru populația rurală, regiunile geografice mai puțin accesibile sau zonele cu deficit în ceea ce privește furnizarea de asistență medicală de specialitate, precum și de investigații medicale patologice și radiologice. Telemedicina permite astfel transmiterea securizată de date și informații medicale sub formă de text, sunet, imagini sau

alte formate necesare pentru prevenirea bolilor, diagnosticarea, tratamentul și monitorizarea pacienților (Guvernul României, 2020).

O intervenție similară, care are ca scop îmbunătățirea accesibilității la serviciile medicale, este reprezentată de legea recent adoptată privind asistența medicală mobilă, care vizează furnizarea de servicii medicale în regim mobil pentru prevenție și profilaxie, depistarea afecțiunilor medicale prevalente, controale medicale periodice, generale și de specialitate, precum și livrarea la domiciliu a medicamentelor din programele naționale de sănătate pentru bolnavii cronici și pentru pacienții cu patologii acute. Această intervenție reprezintă rezultatul presiunilor făcute de organizațiile non-profit și de medicii voluntari care au implementat cu succes astfel de inițiative mobile și au observat rezultate pozitive în ceea ce privește accesul la asistență medicală (Legea 65, 2022).

Recent, Ministerul Sănătății a elaborat și a lansat în consultare publică (în aprilie 2022) Strategia Națională de Sănătate 2022-2030, ca rezultat al proiectului “Crearea cadrului strategic și operațional pentru planificarea și reorganizarea la nivel național și regional a serviciilor de sănătate” .

CERCETARE DOCUMENTARĂ

Pentru a înțelege în profunzime fenomenul migrației lucrătorilor din domeniul sănătății, cercetarea documentară include 3 secțiuni: o analiză a rapoartelor, o analiză mass-media și o scurtă analiză a organizațiilor existente ale lucrătorilor din domeniul sănătății din diaspora.

Analiza rapoartelor a utilizat o varietate de surse secundare, inclusiv rapoarte anuale, articole din reviste și declarații ale autorităților.

Procesul de cercetare a început prin căutarea cuvintelor cheie pe platforme academice precum Google Scholar și apoi prin colectarea surselor secundare legate de fenomenul migrației LDS. Pentru o analiză cuprinzătoare, rapoartele selectate datează din 2011, iar cele mai recente din 2022. Un număr de 12 rapoarte au fost colectate pentru a realiza analiza raportului.

Pentru elaborarea analizei media, s-a efectuat o căutare online amănunțită pentru orice material de presă care a abordat problema migrației medicale, cauzele migrației LDS, precum și potențialele soluții pentru a păstra sau recupera personalul medical. Pentru a obține o reprezentare adecvată a contextului actual al migrației medicale, analiza media a utilizat surse

de presă recente, scrise între 2020 și 2022. În total, un număr de 15 articole au fost selectate pentru a efectua analiza. Anexa 1 cuprinde lista completă a rapoartelor și a surselor media incluse în cercetarea documentară.

La final, cercetarea documentară analizează organizațiile LDS existente ale diasporei prezente în principalele țări de destinație pentru lucrătorii din domeniul sănătății români. Am efectuat o căutare online a organizațiilor din diaspora, acordând o importanță deosebită organizațiilor din Germania și Franța care, conform Colegiului Medicilor (Apostu, 2022), sunt cele mai populare destinații pentru LDS. Au fost identificate un număr total de 7 asociații. Organizațiile au fost contactate prin e-mail, canale de socializare (Facebook) și telefonic, însă rata de răspuns a fost scăzută din cauza pandemiei în curs de desfășurare, care a încetinit activitatea acestora.

Rapoarte de analiză

Literatura existentă subliniază faptul că, în ultimele două decenii, fenomenul migrației internaționale a personalului medical a crescut vertiginos, subliniind că există o criză globală de forță de muncă. O preocupare deosebită este reprezentată de țările în curs de dezvoltare, cum ar fi România, care acționează ca țări sursă și care se confruntă astfel cu un deficit critic de cadre medicale calificate.

Pentru a organiza în mod adecvat gama largă de motive ale migrației personalului medical calificat, această analiză va utiliza patru categorii principale de cauze: economice, psihologice, sociale și politice.

Analizând cauzele economice ale migrației lucrătorilor români din domeniul sănătății, se observă că în principal condițiile de viață și de muncă din țară reprezintă motivul predominant care îi stimulează pe oameni să își exercite profesia în străinătate. Printre condițiile de viață identificate de majoritatea rapoartelor ca fiind cele mai importante în decizia de a migra se numără costul vieții, accesul la o educație mai bună pentru copiii lor, siguranța familiei, precum și protecția socială (Rotila, et al., 2018). În mod similar, printre cauze a fost considerată și nemulțumirea în ceea ce privește nivelul actual de salarizare. Un raport din 2018 sugerează că, pentru medici, condițiile de lucru din spitale și investițiile în echipamente medicale moderne reprezintă cel mai important factor care i-ar determina să rămână în țară, în timp ce pentru asistenți și moașe, creșterea salariilor este cea care i-ar stimula să rămână (Rotila, et al., 2018). Cu toate acestea, începând din 2018, salariile medicilor și asistentelor au crescut cu procente cuprinse între 70% și 172%, conform Legii-cadru 153/2017 privind salarizarea personalului medical din fonduri

publice, în timp ce alte studii sugerează că în prezent nivelul salariilor este satisfăcător și nu mai reprezintă un motiv de migrare (Ministerul Sănătății, 2018).

Un factor semnificativ în decizia de a părăsi sistemul sanitar românesc este la nivel psihologic, care se observă în principal prin nivelul ridicat de stres raportat de personalul sanitar. Astfel, volumul foarte mare de muncă sub o presiune extremă, combinat cu deficitul de personal, poate duce, în anumite situații, la burn out și epuizare profesională. În mod similar, rapoartele relevă faptul că LDS își desfășoară activitatea sub teama constantă de a fi tras la răspundere penală și de a fi amendat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru orice mică greșală, din cauza lipsei de sprijin și protecție din partea oricărei entități implicate, cum ar fi administrația spitalului, Colegiul Medicilor sau de către colegii. Lupta internă dusă de LDS este accentuată și de constrângerile stabilite de sistemul de sănătate. Astfel, LDS critică lipsa de flexibilitate a sistemului exemplificată prin imposibilitatea de a schimba secția, neavând nicio înțelegere din partea conducerii, precum și faptul că se simt îngrădiți de drepturile fundamentale la circulație și la liberă exprimare. Aceste temeri și limitări duc la o scădere a încrederii vizibile în intervențiile și în abilitățile profesioniștilor, precum și la presiuni asupra oricărei decizii luate de către asistenții medicali. Printre recomandările prezentate în rapoarte, sistemul de sănătate ar trebui să suplimenteze deficitul de personal medical și să stabilească un program mai flexibil care să permită personalului medical să se odihnească. În mod similar, un raport discută importanța accesului la cursuri și programe de formare cel puțin o dată pe lună, care pot avea un impact pozitiv asupra încrederii personalului medical și asupra creșterii entuziasmului de a-și practica profesia.

În ceea ce privește cauzele sociale ale migrațiilor, rapoartele menționează drept cauze sociale ale migrației lipsa de respect din partea pacienților față de profesioniști, mediul rece și neprietenos de la locul de muncă și înlocuirea comunicării adecvate între colegi cu o competiție ineficientă (Rotila, et al., 2018). Aspectele sociale reprezintă, de asemenea, principalul motiv pentru care LDS decid să rămână sau să se întoarcă în sistemul sanitar românesc. Motivele personale, cum ar fi angajamentele familiale, creșterea copiilor și dorul de locul natal reprezintă principalul motiv pentru care LDS s-au întors sau au rămas în România. Acest lucru sugerează că stimulentele pentru a rămâne sunt doar parțial asociate cu îmbunătățirile din sistemul de sănătate din România, aspectele sociale, cum ar fi un mediu mai bun la locul de muncă și o comunicare adecvată între colegi rămânând la fel de importante.

O ultimă categorie de cauze ale migrației personalului medical este legat de aspectele politice, punând accentul pe nivelul ridicat de corupție din sistemul sanitar de stat. Un raport indică faptul

că reducerea sporurilor și impozitarea indemnizației de hrană în regim de drepturi salariale (asimilate furtului) sunt cel mai des invocate ca exprimând lipsa de respect din partea autorităților (Rotila, et al., 2018). Un alt raport relevă faptul că majoritatea angajărilor în sistem se fac prin afiliere politică și că sistemul de promovare în spitale nu este legat de nivelul de competență și de merit al fiecăruia (Rotila, 2011). Rapoartele analizate sugerează necesitatea unei depolitizări a instituțiilor, a funcțiilor de la nivelul conducerii spitalelor, precum și în rândul LDS.

În plus, o cauză semnificativă a migrației lucrătorilor din domeniul sănătății este sistemul educațional și programul de rezidențiat rigid. Cu precădere, există un deficit substanțial de locuri în programul de rezidențiat pentru specializarea aleasă, ceea ce obligă tinerii profesioniști să migreze pentru a performa în domeniul lor de expertiză (Paunica, et al., 2017). Deși în 2021, numărul de locuri de rezidențiat a fost suplimentat cu 418 locuri, se pare că îngrijorarea rămâne în continuare (Ministerul Sănătății, 2021). În plus, sistemul de rezidențiat îi constrânge pe viitorii medici și le limitează dezvoltarea profesională, aceștia întâmpinând dificultăți în schimbarea specializării în timpul rezidențiatului, neprimind suficient sprijin în anii de studiu și neputând pune în practică ceea ce au învățat în timpul studiilor. Astfel, LDS decid să migreze timpuriu pentru a-și spori oportunitățile educaționale și pentru a avansa în carieră.

Analiza rapoartelor evidențiază faptul că factorii sociali, politici, economici și psihologici contribuie la decizia de a emigra și, prin urmare, este nevoie de o intervenție holistică pentru a atrage și a păstra personalul medical.

Analiză media

Potrivit presei, România este una dintre țările care se confruntă cu cel mai mare deficit de personal medical din UE din cauza migrației masive a personalului medical. După aderarea la Uniunea Europeană (2007), România s-a confruntat cu un val abrupt de migrație a LDS, 14.000 de medici și 28.000 de asistente medicale plecând spre țările occidentale după absolvirea studiilor medicale (Ziarul de Vrancea, 2017). Deși numărul a scăzut lent în ultimii ani, în 2020 s-a raportat că peste 800 de medici au solicitat eliberarea certificatului profesional utilizat pentru a putea profesa în alte state.

Analiza mass-media ilustrează o imagine similară în ceea ce privește cauzele migrației lucrătorilor români din domeniul sănătății. Un factor decisiv predominant pentru a migra este lipsa infrastructurii spitalicești și condițiile de muncă precare din instituțiile medicale. Acest motiv este

menționat în jumătate din articolele utilizate în analiză. Interesant este faptul că 3 articole exprimă faptul că o creștere a salariilor nu mai este un stimulent relevant pentru ca medicii să rămână în sistemul sanitar românesc. Medicul Daniel Coriu (președintele Colegiului Medicilor) susține că, dacă în trecut acordarea unei remunerații financiare era esențială pentru ca medicii să profeseze, în prezent este imperios necesar ca actul medical să fie practicat cu demnitate, în condiții bune și într-un mediu de lucru adecvat (Mediafax, 2021). În consecință, preponderent lipsa accesului la echipamente medicale avansate, deteriorarea fizică a clădirilor, raritatea investițiilor în întreținere și modernizare sunt cele care duc la migrația LDS. Ca soluție, se recomandă ca autoritățile centrale să stabilească un plan de dezvoltare pe termen lung care să vizeze construirea unui sistem sanitar modern și îmbunătățirea condițiilor necesare pentru furnizarea de servicii medicale (Mediafax, 2021).

O temă care a fost menționată în unele articole este cea a salariilor mai mici pe care le primesc LDS în comparație cu alte țări europene (Alpha News, 2021). Cu toate acestea, salariile personalului medical din România au crescut semnificativ în ultimii ani, un articol indicând că veniturile lunare ale unui medic de familie pot ajunge până la 10.000 de euro (Mediahub, 2021). Prin urmare, preocuparea legată de remunerare nu mai poate fi considerată o cauză valabilă a migrației.

Un alt motiv predominant pentru a migra este atitudinea populației în general față de lucrătorii din domeniul sănătății, un factor care a fost menționat în 5 din cele 14 articole. Astfel, lipsa de respect pe care LDS o primesc din partea pacienților și ostilitatea manifestată față de aceștia devine o parte esențială a deciziei lor de a părăsi sistemul de sănătate din România (DW, 2021). Un articol recunoaște aprecierea pe care LDS români o primesc în Italia, datorită ambiției și capacităților valoroase de care profesioniștii dau dovadă (Libertatea, 2021). În cadrul unei culturi a respectului, LDS au performanțe mai bune, dau dovadă de o mai mare reziliență și sunt mai motivați să își desfășoare activitatea la cele mai înalte niveluri.

Din nefericire, LDS sunt motivați să părăsească țara încă de la începutul carierei lor, din cauza obstacolelor și constrângerilor cu care se confruntă. În primul rând, sistemul are un deficit de posturi disponibile la absolvire. Mai mult chiar, se pare că majoritatea posturilor vacante care sunt deschise sunt alocate persoanelor care au relații cu angajatorul, ceea ce scoate la iveală și corupția din sistemul de sănătate (Libertatea, 2021). În al doilea rând, există o lipsă de condiții adecvate pentru a practica, ceea ce îi împiedică pe tinerii rezidenți să învețe cum să își desfășoare corect profesia și nu le permite să aplice teoria învățată în universitate (Ziarul

Financiar , 2020). În încercarea de a rezolva problema, neurochirurgul Dorin Bica recomandă să se ia ca exemplu cazul Germaniei, unde pregătirea unor rezidenți nu se face strict în clinicile universitare (Puterea, 2021). În aceste instituții, rezidenții pot primi mai multă atenție din partea unor specialiști cu experiență și au posibilitatea de a efectua mai multe intervenții chirurgicale până la terminarea rezidențiatului, ceea ce duce la specialiști mai bine pregătiți și mai bine instruiți. El continuă să susțină necesitatea unei reforme a sistemului de rezidențiat și a sistemului de școlarizare din România pentru a minimiza migrația medicilor (Puterea, 2021).

Din fericire, analiza mediatică demonstrează că există o deschidere față de ideea de a se întoarce în țară, în special datorită aspectelor sociale. Astfel, mulți LDS doresc să se întoarcă pentru familiile lor, dar și datorită dorului de cultura țării, de națiunea română și de modul de viață. Chiar și atunci când lucrează în străinătate, diaspora continuă să rămână strâns legată de țară și își dorește să ajute la progresul sistemului de sănătate românesc pentru a putea într-o zi să se întoarcă și să își practice profesia în țară. Un articol împărtășește povestea unui medic care a practicat în Italia și care a păstrat legătura cu medicii români în primele etape ale pandemiei, pentru a împărtăși cunoștințele sale și metodele folosite de sistemul de sănătate italian pentru a face față complicațiilor virusului (Libertatea, 2021). Mai mult, mulți dintre LDS intervievați își exprimă satisfacția de a servi pacienții români și dorința de a se întoarce și de a-i ajuta (Monitorul de Făgăraș, 2019). Prin urmare, migrația LDS nu trebuie privită ca un aspect negativ, ci mai degrabă ca o oportunitate. Dr. Bica este de părere că tinerii profesioniști pot fi atrași din nou în sistemul de sănătate românesc și pot aduce o nouă viziune, o altă mentalitate și pot oferi un know-how deosebit, de care sistemul de sănătate românesc are nevoie în mod vital (Puterea, 2021).

Cercetarea realizată pe baza analizei media a scos la iveală nemulțumirea medicilor care profesează în prezent în România, ceea ce se traduce în multe argumente pentru decizia de a emigra, dar și în câteva elemente pe care se pot construi strategii de retenție sau de revenire.

Organizații ale diasporei de LDS

Pentru a oferi sprijin și asistență lucrătorilor din domeniul sănătății care au migrat, au fost înființate numeroase organizații în Europa. Această secțiune va prezenta principalele asociații identificate, misiunea și principalele activități ale acestora în cadrul comunității LDS din România. Inițial, intenția evaluării pe teren a fost de a contacta organizațiile din diaspora pentru a cerceta în mod cuprinzător factorii care determină migrația profesioniștilor calificați din domeniul sănătății. Cu toate acestea, rata de răspuns din partea asociațiilor a fost scăzută, majoritatea dintre acestea

Întrerupându-și activitatea din cauza pandemiei în curs. Cu toate acestea, merită să menționăm misiunea și domeniile de interes ale organizațiilor, deoarece acestea reprezintă în continuare un punct de acțiune important pentru inițiative și intervenții viitoare, odată ce își reiau activitatea.

Anexa 2 a acestui raport (Informații de contact ale organizațiilor din diaspora) oferă datele de contact ale organizațiilor enumerate.

Asociația "Doctori pentru România"

Asociația are un rol esențial în construirea unei punți de comunicare între medicii români atât în țară, cât și în străinătate. Misiunea sa este de a aduce medicii împreună pentru a găsi soluții astfel încât să dezvolte standarde europene și condiții bune de muncă în România. De asemenea, organizația sprijină medicii care doresc să se întoarcă în România în procesul de integrare a acestora în sistemul medical românesc.

Asociația medicilor de origine română de pe Coasta de Azur

Asociația își propune să favorizeze legăturile cu toți actorii din domeniul sănătății din regiune, atât din sectorul public, cât și din cel privat, inclusiv cu alte asociații de profesioniști din domeniul sănătății, precum și cu pacienții. De asemenea, organizează întâlniri în cadrul cărora membrii își pot împărtăși experiențele și pot identifica servicii de consultanță juridică, tehnică, administrativă pentru a susține LDS cu acomodarea în țara de destinație.

Asociația Medicilor Români din Germania

Scopul principal al asociației este de a facilita comunicarea directă în cadrul comunității medicale românești din Germania. În cadrul asociației, membrii pot face schimb de păreri și pot primi și oferi consultanță cu privire la orice problemă întâmpinată în Germania. În plus, membrii pot participa la evenimente în cadrul cărora au ocazia să discute și să promoveze cele mai recente inovații din domeniul medical.

Rețeaua de solidaritate

Asociația pune în legătură experți români din domeniul medical, social și juridic. Un interes deosebit în activitatea organizației este dat de faptul că facilitează un canal de comunicare între medicii din diaspora cu medicii din țară. Astfel, în perioade de criză, asociația facilitează transferul și schimbul de informații între medicii români din diaspora și medicii din România.

Asociația Medicilor Români din Italia

Asociația își propune să ofere un prim punct de contact pentru medicii români care își exercită profesia în Italia. În plus, organizația elaborează și programe de sănătate dedicate comunității românești pentru a crește gradul de conștientizare cu privire la subiecte legate de sănătate și alegerea unui stil de viață sănătos, precum și pentru a preveni bolile cardiovasculare.

Asociația Asistenților Medicali Români din Germania

Asociația reprezintă interesele profesionale ale asistenților medicali români din Germania în relațiile cu autoritățile și instituțiile guvernamentale și neguvernamentale, interne și internaționale.

Centrul Medical Maria

Centrul medical este prima clinică privată românească din străinătate prin intermediul căreia cetățenii români din Spania pot beneficia de servicii medicale și consultații în limba română.

CERCETARE CALITATIVĂ (interviuri în profunzime)

Interviurile în profunzime au scopul de a ajuta la identificarea factorilor care încă influențează mobilitatea și migrația medicilor și asistentelor medicale din România (în ciuda creșterilor salariale), precum și a experienței personale de lucru a respondenților (în România sau în străinătate), a percepției lor privind mobilitatea sau migrația personalului medical și sanitar și a celor mai eficiente soluții de retenție, întoarcere și colaborare, în opinia lor, pentru a ajuta la construirea bazelor celui de-al doilea an al acțiunilor proiectului PoH.

Metoda interviului în profunzime a fost aleasă deoarece era necesară o colectare de informații despre comportamentul de mobilitate, percepțiile respondenților legate de acesta și factorii de atracție și de respingere, precum și atitudinea lor față de fenomenul migrației și potențialele soluții pe care le văd, fără nicio limitare care ar fi fost generată de metode de cercetare mai controlate (cum ar fi un chestionar scris). Aceasta a permis echipei de proiect să pătrundă în experiențele, sentimentele și perspectivele persoanelor intervievate și să genereze răspunsuri mai aprofundate cu privire la subiecte sensibile legate de factorii de respingere sau de atracție. În plus, formatul i-a permis cercetătorului să monitorizeze schimbările de ton și alegerea cuvintelor participanților pentru a înțelege mai bine opiniile și pentru a explora noi idei și contexte care au oferit o imagine completă a factorilor determinanți ai fenomenelor de mobilitate și migrație. Structura ghidului de interviu a fost similară pentru toți respondenții. Cu toate acestea, unele întrebări specifice au fost introduse (sau reformulate) pentru lucrătorii din domeniul sănătății cu experiență de mobilitate, pentru managerii din domeniul sănătății și pentru profesioniștii care reprezintă organizații

profesionale și organizații ale diasporei ale lucrătorilor din domeniul sănătății. Ghidul complet este inclus în Anexa 3.

Lista finală a respondenților a cuprins 19 profesioniști sau studenți din domeniul sănătății și include:

- profesioniști din domeniul sănătății care au absolvit în România și au rămas să lucreze în țară (la momentul interviurilor) - 3 medici și 3 asistente medicale;
- profesioniști din domeniul sănătății (medici) care au absolvit în România și care acum lucrează în străinătate - 3 medici (2 din Franța și 1 din Germania);
- manageri din diferite unități sanitare din România - 2 medici care sunt șefi de secție și 2 asistente medicale care sunt șefi de echipă;
- reprezentanți ai organizațiilor profesionale - 2 care reprezintă Colegiul Medicilor și 1 care reprezintă Ordinul Asistenților Medicali;
- reprezentanți ai asociațiilor studențești - 2 studenți;
- reprezentant al unei organizații a diasporei de profesioniști în domeniul sănătății - 1 medic din Franța.

Categoriile de respondenți	Gen		Interval de vârstă	Experiența de migrare
	M	F		
Medici din România	1	2	35-55	Nu
Asistenți medicali din România	1	2	35-55	Nu
Medici din străinătate	2	2	35-55	Da (în prezent)
Manageri - medici (șefi de secție)	0	2	35-55	Nu
Manageri - asistenți medicali (șefi de echipă)	0	2	35-55	Nu

Reprezentanți ai organizațiilor profesionale din România	0	2	35-57	Nu
Reprezentanți ai asociațiilor studențești	2	0	23-25	Nu
Reprezentanții ai organizațiilor LDS diaspora.	1	0	35-55	Da (în prezent)

După ce am definit caracteristicile care urmau să fie utilizate în selectarea respondenților, am construit eșantionul prin utilizarea combinată atât a rețelelor profesionale cât și a celor personale în încercarea de a ajunge la profesioniști și organizații - asociații de studenți, organizații ale diasporei, companii de recrutare.

Nu am întâmpinat probleme semnificative cu medicii, asistentele medicale, managerii, asociațiile profesionale și studențești și am reușit să realizăm interviurile necesare, dar situația cu organizațiile din diaspora și cu firmele de recrutare a fost diferită. S-au adunat informațiile de contact pentru aceste organizații și companii, iar acestea au fost contactate mai întâi prin e-mail. Întrucât nu s-a primit niciun răspuns, următorul pas a fost contactarea lor prin telefon și/sau pe Facebook. În cazul organizațiilor din diaspora, au existat cazuri în care numărul de telefon nu era disponibil sau fusese la un moment dat deconectat. Din interviurile cu medicii români care lucrează în străinătate, înțelegem că aceste organizații, ca resurse pentru integrare, ar fi putut fi parțial înlocuite de forme mai lejere de interacțiune, cum ar fi grupurile de Facebook, mai ales având în vedere creșterea mobilității românilor după intrarea în UE. Astfel, am ales să ne adaptăm și am încercat să ajungem la medicii români care lucrează în străinătate, pentru a începe să construim o înțelegere a experiențelor profesioniștilor din domeniul sănătății din străinătate.

În cazul companiilor de recrutare, se pare că a existat o lipsă de interes, deoarece nu a fost stabilit niciun contact fructuos.

Interviurile au fost realizate prin Zoom sau telefon, inclusiv prin WhatsApp, în funcție de disponibilitatea și resursele cele mai utilizate de respondenți. Interviurile s-au încadrat întotdeauna în programul respondenților și, prin urmare, a fost nevoie de multă flexibilitate, atât în ceea ce privește programul, cât și platformele pe care să se desfășoare interviurile. Uneori, la

Începutul discuțiilor, respondenții menționau că au la dispoziție doar un timp limitat și că ar trebui să încercăm să respectăm programul. Ca regulă generală, am depus toate eforturile pentru a avea o conexiune video care să o însoțească pe cea audio. Datele colectate au fost analizate cu NVivo 11, iar lista de coduri este disponibilă în Anexa 4.

1. MIGRAȚIE (LUCRĂTORI DIN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII DIN ROMÂNIA)

1.1. MOTIVAȚIE ȘI ATITUDINI

Avantajele, dezavantajele și necesitățile profesiei.

Munca în sistemul de sănătate din România pare uneori o provocare, după cum au arătat profesioniștii pe care i-am intervievat. Cu toate acestea, ei nu omit să recunoască aspectele pozitive ale meseriei lor, lucrurile care îi fac să meargă mai departe. **Părțile bune ale meseriei lor sunt insuflăte în efectele activităților lor asupra sănătății pacienților, fiind astfel mai mult de natură individuală, în timp ce aspectele negative sunt legate de starea sistemului sau de alți factori mai generali, derivați din felul în care este sistemul.** În același timp, percepțiile sunt influențate de motivațiile pe care indivizii le-au avut pentru a urma o carieră în domeniul sănătății, iar lucrurile s-au așezat și au căpătat claritate pe parcurs, prin alegerea unei anumite specializări și dobândirea de experiență într-un anumit tip de îngrijire.

Părțile bune, cele care oferă satisfacție, sunt variații ale ideii că ei, în calitate de lucrători din domeniul sănătății, **îmbunătățesc viețile pacienților lor și fac o diferență semnificativă în bine.** O resuscitare reușită, rezolvarea unui caz de traumă sau ajutorarea pacienților în procesul de recuperare sunt exemple de ceea ce aduce bucurie profesională:

Când vezi că pacientul pleacă singur după ce a fost internat în repetate rânduri, când vine pe targă, cu pampers și pleacă într-o stare mult mai bună. Acesta este momentul în care simți că munca ta este utilă. (asistentă medicală, femeie)

Satisfacția este mare, faptul că reușești să ai o înțelegere atât de detaliată a pacienților tăi pe o perioadă lungă de timp, asta este ceea ce aduce satisfacție. De asemenea, faptul că pacienții tăi te recomandă altor potențiali pacienți, acest lucru este ideal și foarte important, precum și faptul că pacienții au încredere în tine și îți cer sfatul (reprezentant al unei organizații profesionale, medic, femeie)

Aspectele negative ale profesiilor din domeniul sănătății **nu sunt legate de activitatea lor ca atare, ci de condițiile de muncă, de echipamente sau resurse și de modul în care sunt percepuți sau tratați de către factorii de decizie sau superiori.**

Lipsa de recunoaștere din partea entităților externe din cadrul sistemului este o sursă de nemulțumire. Datele par să sugereze că aceasta poate fi percepută ca o particularitate a unor specializări, cum ar fi cea de medic de familie, având un statut inferior (atribuit):

Când pui totul cap la cap, când muncești și depui tot efortul, iar cei care ar trebui să-ți aprecieze munca o minimalizează, lucrurile nu mai pot continua. (reprezentant al unei organizații profesionale, medic, femeie)

Datele sugerează că medicii de familie constituie un caz special în ceea ce privește profesia lor medicală. Ceea ce este văzut ca un aspect negativ și, în consecință, ceea ce se transformă într-un factor major al migrației, este lipsa de independență profesională. Faptul că acțiunile lor sunt limitate și de cele mai multe ori, sunt nevoiți să îndrume pacienții către medici specialiști chiar și pentru proceduri de bază, cum ar fi tomografiile, este un exemplu în acest sens și este, de asemenea, prezentat ca fiind ceva care împovărează sistemul. Acest lucru este legat de ceea ce ei percep ca fiind o depreciere a activității lor și plasarea lor la periferia sistemului de sănătate.

Faptul că **echipamentele tehnologice evoluate lipsesc uneori** pare să fie un fapt cunoscut și tratat ca atare de către respondenți. Dar a fost subliniată și **lipsa unor lucruri mai degrabă de bază, cum ar fi echipamentul de protecție:**

Permiteți-mi să vă spun despre neajunsuri. În primul rând, voi începe cu un lucru de bază, cum ar fi lipsa echipamentului de protecție, pe care sunt obligat să îl cumpăr singur. Încălțăminte de protecție și altele asemenea sunt scumpe. Așa că, din 2006 încoace, în 14-15 ani nu știu dacă am primit echipament de protecție de trei sau patru ori. Dintre care două au fost rezultatul unor sponsorizări aduse de mine. (asistent medical, bărbat)

O altă prezență recurentă în interviuri este **lipsa resursei umane, care determină epuizarea profesioniștilor existenți.** Aceasta se poate referi la faptul că instituțiile medicale sunt lipsite de personal în general, sau poate fi mai specifică, indicând anumite posturi/profesii care ar trebui să fie cooptate pentru a sprijini medicii să își facă treaba și pentru a reduce epuizarea emoțională:

Ar trebui să se facă mai mult în ceea ce privește comunicarea cu rudele pacienților. Nu că nu există comunicare, dar ar trebui să fim mai răbdători. Și este foarte greu atunci când ai foarte mult de lucru și ești doar un singur medic, de exemplu, la resuscitare. (medic, femeie)

În acest context larg, situația din ultimii ani, dominată de pandemia COVID-19 care a declanșat o criză mondială în sistemele naționale de sănătate, **această lipsă de personal a fost resimțită și mai mult**. Ceea ce se remarcă, de asemenea, este lipsa de informații cu privire la această epuizare, la epuizarea profesională care s-a produs deja sau este pe cale să se producă. În absența unor cercetări specifice pe această temă și a interesului manifestat de către decidenți, profesioniștii sunt lăsați să gestioneze singuri faptul de a fi oboșiți cronic și epuizați de resurse:

Cel mai important aspect negativ este oboseala care apare la un moment dat, după atâtea nopți pierdute. Oricât de mult ne place să ne spunem nouă înșine și celorlalți că nu suntem oboșiți, suntem. Nimeni nu recunoaște epuizarea, dar ea apare și, mai ales în timpul pandemiei, cred că mulți dintre noi am avut sau avem această problemă, dar nu este nici documentată, nici evaluată... Încercăm să o depășim singuri. (medic, femeie)

Uneori, păstrarea entuziasmului față de munca ta este o chestiune de voință. În aceste situații, găsirea bucuriei în ceea ce faci se întâmplă în pofida diverselor aspecte, cum ar fi dinamica de la locul de muncă:

Așadar, indiferent cât de conflictuală este situația din UPU în ceea ce privește situația mea, nu pot spune că nu-mi face plăcere să mă duc la serviciu, pentru că atunci când mă duc acolo și încep resuscitarea, mă simt ca acasă, deci conflictul nu a reușit să-mi strice plăcerea de a lucra. M-a dezgustat în alte aspecte, dar asta e altceva... (asistentă medicală, femeie)

Reflectând oarecum ceea ce este perceput ca lipsind, lucrurile care sunt menționate ca fiind **cele mai necesare lucrătorilor din domeniul sănătății pentru a-și face meseria acoperă o gamă largă, de la aspecte mai degrabă abstracte, cum ar fi independența profesională, până la factori mai concreți, cum ar fi un echipament de protecție adecvat**.

Discursurile individuale par să aibă un grad ridicat de coerență, în sensul că ceea ce este descris ca fiind un aspect negativ al jobului este ulterior recomandat ca o necesitate imediată. De exemplu, un respondent pentru care dinamica de la locul de muncă și interacțiunile dintre medici și asistente este centrală va sublinia importanța **de a fi apreciat la adevărata sa valoare**

(asistentă medicală, femeie), în timp ce pentru cineva care s-a confruntat cu lipsa echipamentului de protecție este important ca această nevoie să fie acoperită în totalitate.

Astfel, percepțiile privind ceea ce au nevoie cel mai mult lucrătorii din domeniul sănătății pentru a-și face munca în mod corespunzător variază și constau **atât în colegi suplimentari pentru a reduce numărul de pacienți per specialist, cât și în condiții de muncă mai bune**. Mai mult, condițiile de muncă se referă atât la **o mai bună dinamică a locului de muncă - relațiile dintre medici și asistente**, aspect care apare ca fiind foarte important în interviurile cu asistentele, cât și la **infrastructura materială existentă în spitale**.

Percepții asupra migrației: motivație, destinație

În ceea ce privește migrația lucrătorilor din domeniul sănătății, percepțiile tind să fie destul de coerente: **migrația este o opțiune pentru cei care sunt în căutarea unor condiții de muncă mai bune și a unei mai bune recunoașteri a muncii lor**.

Acestea fiind spuse, există câteva detalii care trebuie menționate: deși situațiile sunt similare în multe privințe, ele diferă în cazul asistentelor și al medicilor.

Ceea ce este **similar** este faptul că cei care pleacă sunt, cel mai probabil, **cei care nu au reușit să își găsească un loc de muncă în sistemul sanitar românesc**.

Ceea ce este **diferit** este faptul că **motivele financiare nu mai sunt prezente în cazul medicilor, în timp ce acestea ar putea fi încă o problemă pentru asistente, dat fiind faptul că majorarea salariilor acestora în ultimii ani nu a fost atât de substanțială în comparație cu cea a medicilor**.

Schimbările în registrul de mobilitate pentru cetățenii români, precum și cele din politicile salariale din România conduc la existența **mai multor etape în migrația personalului medical**:

Prima etapă ar fi cu aproximație între 2001-2007. După aceea, urmează etapa cu motivații financiare, din 2007 până mai aproape de ziua de astăzi. Iar în ultimii doi-trei ani nu au mai plecat [la fel de mult], pentru că nu au putut, din cauza pandemiei. Dar cu doi ani înainte de pandemie, aceasta era tendința, în mare parte: să înceapă o viață nouă în altă parte. Multe dintre ele și-au urmat soții și au avut copii în străinătate. Altele erau tinere și nu aveau nimic aici și le era mai

ușor să se dezvolte și să crească în altă parte. (reprezentant al unei organizații profesionale, asistentă medicală, femeie)

Etapele definite de respondent sunt probabil valabile atât pentru medici, cât și pentru asistente medicale, definite de **evenimente precum** intrarea românilor în spațiul Schengen fără vize, în 2001; intrarea României în UE în 2007; migrația motivată financiar, urmată de migrația ca o căutare a unei noi vieți; fluxuri migratorii mai mici ca efect al pandemiei. Cu toate acestea, motivații precum urmărirea soțului/soției sunt mai susceptibile de a fi întâlnite în cazul asistentelor medicale decât în cazul medicilor.

Destinațiile preferate ale lucrătorilor români din domeniul sănătății par a fi țări precum Marea Britanie, Franța sau Germania. De asemenea, a fost enumerată și Italia, mai ales în cazul asistentelor medicale. Marea Britanie este asociată cu salarii mai bune, dar efectele Brexitului nu au fost încă demontate, după cum spun respondenții. Atractivitatea Franței este atribuită similitudinilor culturale, în timp ce Germania și, mai nou, Elveția, se numără printre cele mai atractive destinații datorită calității vieții și nivelului de trai, dar sunt rezervate celor care au competențele lingvistice adecvate sau celor care sunt dispuși să investească în dobândirea acestora.

În cazul **medicilor**, respondenții au oferit motivații profesionale, cum ar fi **creșterea competențelor, posibilitatea de a pune în practică ceea ce au învățat la școală**. Însă acestea sunt înglobate în **aspecte financiare și în probleme precum imposibilitatea de a găsi un loc de muncă în sistemul sanitar românesc**:

Eram șapte persoane în grupul meu [la universitate]. Când am plecat, mai eram doar doi în România. Cu tot felul de motivații. Motivații profesionale, financiare. Cele profesionale, în primul rând, cred. (medic în Franța, bărbat)

Migrația este o **opțiune în special pentru medicii tineri**, care se confruntă cu mai multe constrângeri decât profesioniștii cu experiență și, în același timp, sunt mai dispuși să își asume riscuri:

Cred că medicii tineri pleacă pentru că nu-și găsesc un loc de muncă, cei care pleacă sunt cei care nu au fost mulțumiți de pregătirea lor medicală, care simt că nu au un loc al lor în sistemul medical. Ei au curajul și dorința de a se adapta la noile condiții de viață. (Șef de secție, femeie)

Dar, în toate cazurile, **căutarea unor condiții de muncă mai bune** se numără printre motivele de migrație, mai ales în contextul distribuției inegale a resurselor în spitalele din România:

Cei care mai pleacă o fac mai ales pentru că vor să lucreze la un nivel înalt de performanță, vor să învețe și să facă mai mult decât este posibil în România, pentru că nu toate spitalele din România oferă aceleași condiții. (Șef de secție, femeie)

Cazul **medicilor de familie** este special, din cauza **aspectelor administrative și a organizării profesiei lor**. După cum au spus respondenții, aceștia au fost forțați să devină antreprenori și primesc finanțare în funcție de numărul de pacienți. Dar activitatea lor este descrisă ca fiind una complicată, din punct de vedere birocratic, în timp ce câștigurile financiare nu sunt întotdeauna cele așteptate, deoarece costurile activităților lor sunt destul de ridicate și nerecunoscute ca atare de către autorități:

În primul rând, lipsa de satisfacție profesională, urmată de lipsa unor câștiguri financiare corespunzătoare. (Reprezentant al unei organizații profesionale, medic, femeie)

După cum s-a menționat la începutul acestei secțiuni, aspectele financiare sunt mai importante în cazul asistentelor medicale, dar, la fel ca în cazul medicilor, acestea nu pot fi separate de aspectele structurale, cum ar fi condițiile generale de muncă. Cu alte cuvinte, **motivațiile asistentelor medicale pentru a pleca stau în salarii mai bune, condiții mai bune, suplimentarea personalului. Acestea sunt stimulentele necesare.** (asistent șef, femeie)

Ca și în cazul medicilor, asistentele medicale care sunt mai predispuse la migrație sunt cele care nu își găsesc un loc de muncă în sistemul (public) de sănătate. După obținerea unui loc de muncă aici, tentația de a pleca în străinătate pentru a lucra este diminuată: **cei care au locuri de muncă în sistemul medical nu mai pleacă. Cei care pleacă sunt cei care nu-și găsesc un loc de muncă. Sunt mulți dintre ei.** (asistent șef, femeie)

1.2. EXPERIENȚA (PERSONALĂ ȘI A PERSONALULUI CARE MIGREAZĂ PE CARE ÎL CUNOSC)

A fi profesionist în domeniul sănătății în România

A fi un profesionist din domeniul sănătății în România presupune **o serie de provocări, atât pentru medici, cât și pentru asistente medicale.** Relatăriile respondenților descriu un sistem

în care asistentele sunt supraîncărcate de pacienți și, ca urmare, le este foarte greu să ofere îngrijirile corespunzătoare în timp util. Medicii sunt forțați să investească singuri, în termeni de bani și timp, în perfecționarea lor profesională.

Sistemul este perceput ca suferind de o lipsă de transparență și fiind uneori guvernat de relații personale, în special atunci când devin disponibile noi locuri de muncă, iar spitalele caută să angajeze personal nou. Dacă în cazul medicilor, perioada de rezidențiat amortizează oarecum acest efect, în cazul asistentelor medicale lucrurile se resimt acut:

Desigur, angajările se făceau pe baza relațiilor personale, la fel ca acum, cu câteva excepții. (asistentă medicală, femeie)

De multe ori, **sistemul în sine nu reușește să fie inteligibil, iar pacienții se pierd în necunoscut**. Acest lucru catalizează importanța de a "cunoaște" pe cineva din interior, cineva care să te ghideze și să te ajute în rezolvarea problemelor tale:

Să intri în sistem este o dramă. Chiar și pentru mine, ca parte a sistemului, la nivel de vârf. Nu aș putea să o fac dacă nu aș fi aici [în această poziție]. Ajut oamenii din spitale aproape în fiecare zi: Trebuie să mă duc acolo [la o consultație], cunoașteți pe cineva? Îmi puteți recomanda o asistentă pentru îngrijire la domiciliu? Îmi puteți recomanda o asistentă pentru cabinetul meu? (Reprezentant al unei organizații profesionale, asistentă medicală, femeie)

Astfel, se pare că **intrarea în sistem este dificilă atât pentru pacienți, cât și pentru practicieni**. Logica sistemului pare să nu fie inteligibilă, iar navigarea prin el este o chestiune de luptă zilnică. Sistemul este uneori descris ca o entitate cu care medicii trebuie să lupte de dragul pacienților lor, în loc să ofere resurse care să le permită medicilor să se ocupe de pacienții lor. Acesta începe să semene cu o entitate în sine și pentru sine, în loc să fie centrat pe pacienți, profesioniști și întâlnirile dintre aceștia.

În ceea ce privește standardele profesionale, sistemul poate fi "manipulat" și cerințele oficiale pot fi îndeplinite fără prea mult efort. Uneori se instalează autosuficiența, iar ținerea la curent cu ultimele evoluții științifice devine o chestiune de alegere personală, mai degrabă decât o necesitate pentru a evolua din punct de vedere profesional:

Dacă dorești să acumulezi credite, este foarte ușor să plătești pentru o conferință [taxa de conferință], să obții o diplomă și să obții creditele fără să participi la eveniment. Astfel, păcălim puțin sistemul, avem creditele, mergem mai departe, dar fără să avansăm de fapt. (Medic, femeie)

Situația este complicată de faptul că **sistemul nu asigură un acces egal pentru pacienți și există diferențe substanțiale în ceea ce privește resursele alocate, echipamentele și specialiștii între centru** (orașe cu instituții de învățământ superior și spitale universitare) **și periferie**. Posturi ar putea fi disponibile, deoarece există o nevoie constantă de profesioniști din domeniul sănătății în localitățile de dimensiuni mai mici sau la nivel județean, dar nimeni nu este dispus să lucreze acolo din cauza multiplelor deficiențe:

Această situație în care termină o specializare, intră la examen și încep un nou program de rezidențiat este din ce în ce mai frecventă și cred că este o problemă pentru sistemul medical românesc. Pentru că în marile orașe, în centrele universitare, în capitalele de județ, în spitalele județene de urgență, în spitalele municipale, toată lumea vrea să lucreze acolo, iar în spitalele mai mici există o lipsă acută de personal. (Reprezentant al unei organizații profesionale, medic, femeie)

Există, de asemenea, **diferențe între specializări, deoarece fiecare are propriile cerințe în ceea ce privește atât personalul, cât și echipamentul**. În plus, fluxul de lucru diferă foarte mult de la Urgențe la "secțiile obișnuite":

În UPU este cel mai rău pentru că, începând cu spațiul în care se desfășoară activitatea și terminând cu consultațiile și dotările cu profil interdisciplinar, deficiențele sunt peste tot. Așadar, condițiile diferă de la o specializare la alta. (Șef de secție, medic, femeie)

Un alt aspect semnificativ este faptul că, uneori, **relațiile la locul de muncă pot fi lipsite de pozitivitate și pot implica, în schimb, diverse stadii de abuz. Asistentele medicale împărtășesc astfel de experiențe/incidente și caracterizează sistemul de sănătate ca fiind mai degrabă paternalist, bazându-se pe autoritatea de necontestat a medicilor**. Pe de altă parte, medicii consideră uneori că asistentele medicale nu reușesc să se adapteze la noutățile în materie de tratament și proceduri și nu le respectă autoritatea. Totuși, aceste cazuri nu sunt de obicei abordate în mod oficial și rămân doar evenimente de zi cu zi:

Conducerea nu face nimic, pentru că, de multe ori, nici măcar nu știe că există medici care le spun asistentelor că sunt proaste, care aruncă cu lucruri după asistente, care le înjură. De multe ori, conducerea nu este informată, pentru că asistentelor le este frică să îi denunțe pe acei medici. (Asistentă medicală, femeie)

Experiențe ale profesioniștilor români în străinătate

Lucrătorii din domeniul sănătății din România obțin informații despre viața, sistemele și organizațiile de la destinație de la prieteni, cunoștințe și foști colegi care au ales să migreze. Atât pentru medici, cât și pentru asistente, chiar dacă perioada inițială poate fi oarecum dificilă, integrarea la origine are loc. Discursurile privind **experiențele la destinație se bazează pe comparații între situația sistemului de sănătate din România, cu diferitele sale deficiențe, și situațiile din străinătate.**

Migrația în interes de serviciu pare să deschidă oportunități către locuri de muncă mai bune și să permită indivizilor să își urmărească obiectivele profesionale, dar și pe cele personale. În cadrul acestei observații generale, cazul **asistenților medicali** poate prezenta unele particularități: respondenții au menționat că, uneori, migrația pentru muncă poate duce la retrogradarea nivelului profesional, întrucât asistenții medicali care pleacă în străinătate, în special în Italia, dar și în celelalte destinații, intră pe piața muncii ca angajați în centre pentru persoane vârstnice și nu au posibilitatea de a-și exercita competențele medicale/profesionale obținute în timpul formării și muncii în România. Statutul de asistent medical poate fi rezultatul urmării unor cursuri de nivel universitar sau de nivel liceal. Având în vedere că, pentru înscrierea la cursurile de nivel universitar, deținerea diplomei de bacalaureat nu este o condiție obligatorie, experiențele asistentelor medicale, atât în țară, cât și în străinătate, ar putea fi mai eterogene decât în cazul medicilor.

Pentru majoritatea, **migrația aduce experiențe pozitive și oferă posibilitatea de a trăi și de a munci în condiții considerate "normale"**. Uneori, înțelegerea acestei normalități necesită o anumită atenție și efort, dar ceea ce este important este ca lucrurile să fie inteligibile:

Marea majoritate are experiențe pozitive, chiar dacă a fost dificil la început. Le-a fost greu să înțeleagă cum funcționează sistemul, să se adapteze la anumite normalități. (Medic, bărbat)

Chiar dacă este multă muncă, **recompensele sunt pe măsura eforturilor lor, în ceea ce privește satisfacția pacienților și câștigurile financiare, precum și altele. Sistemele de la**

destinații sunt flexibile în ceea ce privește specializările (se poate alege și se poate schimba, după cum se potrivește cu abilitățile și preferințele fiecăruia) și orele de lucru, iar profesioniștii din domeniul sănătății nu sunt împovărați și se pot concentra exclusiv asupra pacienților lor:

Ei spun că lucrează mai mult și mai mult decât aici. Dar există un fel de satisfacție profesională, deoarece cazurile sunt dificile, iar ei rezolvă cazuri complicate și fac parte din echipe medicale care fac tot ce le stă în putință pentru pacienți. Sunt mulțumiți, totuși. Dar, din nou, muncesc din greu pentru salarii mulțumitoare. (Șef de secție, medic, femeie)

De asemenea, sunt raportate îmbunătățiri ale statutului, iar faptul de a fi respectat pentru ceea ce faci devine un factor determinant pentru plecări. Atât în cazul medicilor, cât și al asistentelor medicale, respondenții menționează că românii sunt bine văzuți ca profesioniști la destinații, iar acest lucru favorizează capacitatea lor de a se integra și de a profita la maximum de experiența migrației:

Experiența lor este foarte bună și, așa cum v-am spus, sunt mult mai respectați la locul de muncă, sunt mult mai bine văzuți. Salariile sunt diferite [față de cele din România], așa că toți s-au descurcat foarte bine. (Asistent medical, bărbat)

1.3. EXPERIENȚĂ (GENERALITĂȚI, EFECTE ALE MIGRAȚIEI)

Efectele percepute ale migrației asupra sistemului de sănătate din România sunt considerate negative. Cu toate acestea, această afirmație trebuie în continuare analizată. Sintetic spus, lucrătorii din domeniul sănătății care migrează sunt fie cei care nu au reușit să se angajeze în sistemul de sănătate (public), fie persoane în căutarea unor realizări profesionale imposibil de obținut în România.

Migrația celor care nu și-au găsit un loc de muncă aici este considerată firească și o consecință directă a modului în care este construit sistemul și a divergenței dintre sistemul educațional, în care se formează un număr mare de specialiști, și sistemul de sănătate, în care nu sunt disponibile locuri de muncă adecvate. Astfel, impactul asupra sistemului de sănătate este considerat neglijabil, dacă există: (...)

Efectele nu sunt neapărat devastatoare, pentru că cei care pleacă sunt cei care, din păcate, nu-și găsesc locul aici sau consideră că sistemul nu este așa cum și-ar dori să fie. (Reprezentant al asociației studenților)

Respondenții fac o distincție între **locurile de muncă convenabile și cele indezirabile**: tinerii profesioniști caută locuri de muncă care le permit să fie în centrul acțiunii, în spitale mai bine dotate, unde se află profesioniștii de renume, în timp ce locurile de muncă disponibile departe de aceste centre nu sunt considerate interesante și, prin urmare, rămân neocupate. Prin urmare, migrația ar putea contribui la perpetuarea deficitului de medici în zonele îndepărtate sau rurale, dar, pe de altă parte, sistemul ar trebui să se schimbe pentru a încuraja tinerii profesioniști să lucreze acolo, cel puțin pentru o perioadă de timp bine determinată, la începutul carierei lor. În caz contrar, este prezentat ca fiind de înțeles și firesc ca indivizii să caute oportunități mai bune:

Există un deficit de medici la nivel național și este evident că spitalele de dimensiuni mai mici, poate cabinetele de medicină de familie, zonele rurale, zonele îndepărtate de marile centre universitare sunt afectate de acest deficit și ar beneficia de acești medici tineri. (Șef de secție, medic, femeie)

O problemă de fond este **voința politică/decizională de a utiliza resursele umane disponibile**. În fiecare an sunt formați specialiști, în număr care ar permite ca sistemul să devină mai puțin împovărat pentru cei care îl populează în prezent. Dar pentru aceasta, trebuie luate anumite măsuri, cum ar fi **crearea mai multor locuri de muncă**:

Cred că avem suficientă forță de muncă și că avem asistente și medici care se întorc în fiecare an și ar putea ocupa locuri de muncă. Este vorba de a face aceste locuri de muncă disponibile și de a dori un sistem [de sănătate] mai bun, în care oamenii să vină la serviciu fără să fie împovărați de griji. (asistentă șefă, femeie)

1.4. POTENȚIALE INTERVENȚII ȘI SOLUȚII PENTRU ÎMBUNĂTĂȚIREA RETENȚIEI LDS

Gama de soluții oferite de respondenți pentru îmbunătățirea sistemului de sănătate din România, pentru a-l face mai atractiv pentru profesioniștii din domeniul sănătății și pentru a încuraja retenția și întoarcerea, corespunde problemelor și motivelor identificate pentru migrație. Respondenții

indică atât schimbări sistemice, care țin de mentalități și organizații structurale, cât și măsuri punctuale care trebuie implementate.

Schimbările care ar fi benefice pentru sistemul de sănătate românesc și care ar trebui implementate în România par a fi mai aproape de propria noastră țară și mai ușor de definit decât cele care trebuie implementate la nivel european. Implicarea respondenților la acest item a fost destul de scăzută, din cauza lipsei de cunoștințe specifice sau pur și simplu din cauza faptului că au considerat întrebarea ca fiind oarecum nerezonabilă: de ce ar fi interesată vreo instituție europeană să implementeze măsuri care să îmbunătățească retenția sau să încurajeze revenirea, când specialiștii români sunt bine văzuți în Europa? De ce s-ar căuta întoarcerea, când specialiștii români populează sistemele de sănătate la destinații, rezolvând astfel problema deficitului acestora?

Modificări care trebuie implementate în România

Printre principiile generale care trebuie puse în aplicare se numără cele legate de activitățile și **politicile de prevenire. Prevenția se bazează pe instituțiile de sănătate publică și pe medicii de familie și, dacă ar fi implementată corespunzător, ar degreva în mod semnificativ specialiștii și ar duce la îmbunătățiri semnificative ale stării de sănătate a populației. Dar, pentru aceasta, trebuie implementată o reformă instituțională:**

Reforma, implementată în primul rând la nivelul de bază, cel al sănătății publice și al medicilor de familie. Pentru că, per ansamblu, cred că aceste două entități, sănătatea publică și medicina de familie, reprezintă coloana vertebrală a sistemului de sănătate. (Reprezentant al asociației studenților)

Tot legată de prevenție este și **activitatea asistentelor medicale**, care sunt o bună resursă pentru sistemul de sănătate dacă sunt **bine pregătite:**

În primul rând, aș fi interesată de această profesie, cea de asistent medical, pentru că este o resursă foarte bună pentru sistem. (Reprezentant al unei asociații profesionale, asistentă medicală, femeie)

Componenta educațională are nevoie de restructurare și în cazul medicilor: este necesar ca rezidenților să li se ofere mai multe activități practice și să fie implicați mai îndeaproape

În tratarea pacienților. Un corolar este că activitățile de predare în cadrul spitalelor ar trebui să primească mai multă atenție și considerație formală, inclusiv o remunerare adecvată.

Interviurile au sugerat, de asemenea, lipsa de atenție pe care o primesc rezidenții: *Pregătirea practică este destul de greu de făcut, se face printre alte activități (șef de secție, medic, femeie).* În comparație, este dat exemplul altor țări de destinație, unde există medici specialiști a căror unică responsabilitate este formarea rezidenților. Există, de asemenea, preocuparea legată de sistemul rigid de rezidențiat, în special în ceea ce privește selecția specializării, care adesea constrânge tinerii profesioniști și pune presiune asupra alegerii lor încă de la începutul carierei lor. Astfel, îmbunătățirea sistemului de rezidențiat în ceea ce privește flexibilitatea acestuia este considerată o intervenție adecvată care poate păstra profesioniștii din domeniul medical.

Legătura dintre sistemul de educație și cel de sănătate trebuie să fie însoțită de o creștere a resurselor financiare alocate acestuia din urmă, chiar înainte de a lua în considerare îmbunătățiri sau investiții specifice:

Lucrăm într-un sistem subfinanțat, sunt necesare mai multe resurse materiale în fiecare spital.
(Șef de secție, medic, femeie)

Trebuie să se direcționeze mai multe resurse către spitale, dar, în același timp, **mai multe spitale trebuie să respecte cu adevărat standardele de calitate.** După cum exemplifică un respondent, realitatea materială trebuie să corespundă cu ceea ce este definit ca realitate pe hârtie:

În primul rând, avem nevoie de spitale. Pentru că cele în care lucrăm acum sunt spitale doar pe hârtie, deși încercăm să respectăm standardele de acreditare. Sunt vechi și nu corespund în niciun fel stadiului actual al medicinei. Noi facem să funcționeze pe hârtie, dar realitatea este alta.
(Șef de secție, medic, femeie)

Și odată ce resursele materiale necesare sunt direcționate către sistemul de sănătate, trebuie făcute **investiții în infrastructură, în special pentru a crește calitatea asistenței medicale în zonele îndepărtate/rurale,** pentru binele pacienților și pentru a face ca tinerii medici să poată lucra acolo, fără să se simtă înstrăinați de cunoștințele și standardele profesionale:

Cred cu adevărat că sunt necesare investiții în infrastructură, cred că nu avem tot ce ne trebuie pentru a face lucrurile cum trebuie. Din punctul meu de vedere, acesta este cel mai important aspect. (Șef de secție, medic, femeie)

Toate schimbările definite **sunt de competența autorităților centrale**, deoarece majoritatea dintre ele, cum ar fi finanțarea sau schimbarea sistemului de învățământ, ar necesita legi care să le atribuie implementarea.

Modificări/îmbunătățiri în cadrul european

În ceea ce privește schimbările la nivel european care ar putea favoriza reținerea și colaborarea între specialiști, respondenții care au fost stimulați de acest item au fost în principal cei cu experiență în management sau în instituții profesionale.

Ceea ce este considerat în general ca fiind util este cuprins în categoria stagiilor de practică în străinătate. Profesioniștii ar dobândi experiență prin colaborarea cu colegii lor din alte țări. Dar înscrierea în aceste programe trebuie să vină cu obligația de a se întoarce în România și de a lucra aici:

Cursuri sau programe precum rezidențiatul, dar mai scurte, desigur, pe care le puteți urma în străinătate, dar cu obligația de a vă întoarce. (Șef de secție, medic, femeie)

O altă măsură care este definită ca fiind benefică este **existența unor standarde de tratament și a unor ghiduri elaborate pentru abordarea diferitelor probleme de sănătate**. Aceste protocoale ar permite profesioniștilor români să fie la curent cu ultimele îmbunătățiri și i-ar face capabili să ofere o îngrijire mai bună pacienților lor:

Introducerea unor protocoale europene și internaționale în anumite domenii, în România. Știți că în România există anumite specializări în care nu există protocoale pentru fiecare patologie? Există protocoale și ghiduri naționale, dar nu întotdeauna pentru fiecare afecțiune. (șef de secție, medic, femeie)

2. MIGRAȚIE (ORGANIZAȚII DIN DIASPORA, lucrători de sănătate care lucrează în străinătate)

2.1. MOTIVAȚIE

Decizia de a pleca în străinătate

Personalul medical care a decis să migreze își încadrează motivația în căutarea unor **oportunități și condiții de muncă mai bune, precum și în posibilitatea de a evolua din punct de vedere profesional**. Am identificat **trei tipuri de discursuri** cu privire la motivațiile pentru migrație: unul **centrat pe profesia lor**; unul în care **plecarea în străinătate a fost rezultatul curiozității** și unul în care **căutarea nu a fost doar pentru alte condiții de a-și face meseria și de a evolua în carieră, ci și pentru un alt mediu social în ansamblu**.

Dezvoltarea profesională ca și catalizator al migrației este asociată cu o bună cunoaștere a sistemului sanitar românesc și cu **valorificarea oportunităților care se ivesc**:

Am plecat când eram încă rezidentă, așa că mi-am întrerupt rezidențiatul și m-am înscris pentru a deveni medic specialist, care era noua oportunitate în Franța, care mi s-a părut foarte interesantă, și am avut posibilitatea de a păstra anii de rezidențiat în România și de a-i completa la întoarcere. (medic în Franța, femeie)

Plecarea în străinătate este uneori o decizie care implică **costuri personale, cum ar fi necesitatea de a se adapta la o nouă societate/integrarea la origine**, în interesul parcursului profesional:

Decizia a fost aceeași ca și în cazul altor colegi, dorința de a avea o pregătire de specialitate mai bună. Adaptarea nu a fost ușoară, dar este un pas necesar și până la urmă a fost un succes, nu mă pot plânge. (reprezentant al unei organizații din diaspora, Franța)

Curiozitate/senzaționalitate

Faptul că mobilitatea a devenit mai degrabă liberă de constrângerile anterioare (cum ar fi cele existente înainte de intrarea în UE, de exemplu) a făcut din ea o opțiune ușoară și a redus selectivitatea migrației. Astfel, decizia de a pleca în străinătate poate fi, de asemenea, rezultatul unui impuls de moment, mai degrabă decât al unei traiectorii personale foarte bine pregătite și intenționate:

Îmi amintesc că, cel mai probabil, în luna iulie, stăteam acasă într-o seară, nu aveam nimic de făcut, navigam pe internet și am găsit o firmă de recrutare: "noi îți plătim cursul de limbă, cazarea, îți găsim un loc de muncă". (Medic în Germania, bărbat)

Experimentarea altor medii sociale

Pe lângă faptul că este rezultatul unor șanse sau al unor obiective profesionale, migrația poate fi o **opțiune motivată și de evaluări negative ale sistemului social de origine**. Ea devine astfel o alegere a stilului de viață, în loc să fie în primul rând un rezultat al autoexigențelor profesionale:

Am venit aici pentru că am vrut să văd/experimentez și altceva. Am început o specializare pe care am terminat-o aici. (Medic în Franța, bărbat).

În acest caz, evaluările negative ale sistemului de sănătate românesc sunt încorporate în nemulțumirea față de societatea românească în ansamblu. Experimentarea a altceva devine o soluție pentru a obține satisfacție sau pentru a ieși din așteptările spulberate:

(...) medicina, modul în care se făcea în România atunci era destul de departe de ceea ce mi-aș fi dorit și de ceea ce mi-am imaginat. Deși provin dintr-o familie de medici, mama mea este medic, ar fi trebuit să știu la ce să mă aștept, dar am trăit o perioadă de descurajare. La rezidențiat mi-a fost foarte greu, era cât pe ce să renunț și să mă apuc de altceva. (Medic în Franța, bărbat)

În continuare

Interviurile realizate cu medicii care au decis să migreze par să sugereze că există o tendință de a se stabili la destinație, odată ce migranții experimentează viața într-o nouă societate și ajung să își dezvolte cariera.

Maria, de exemplu, a sosit în Franța în 1997, pe când era încă rezidentă în România. Ea a avut posibilitatea de a-și întrerupe oficial rezidențiatul în România, de a merge în Franța pentru a acumula experiență și de a-și continua studiile în țară, la întoarcere. Plecarea ei a avut un grad ridicat de organizare/formalizare, deoarece s-a bazat pe programe oficiale și pe relațiile instituționale dintre cele două țări. Ca atare, ea își amintește că sosirea și prima perioadă petrecută în Franța au fost dominate de obținerea de cunoștințe despre modul în care funcționează sistemul de acolo și că a primit ajutor din partea colegilor și a angajatorilor de acolo, astfel încât totul a fost foarte clar și a decurs fără probleme, chiar dacă a necesitat multă muncă din partea ei. Aceasta a menționat că în Franța au fost doar cinci medici români care au plecat în același context ca și ea, dar, de-a lungul anilor, lucrurile s-au schimbat și acum are mulți colegi din România, care au avut o experiență de migrație/ sosire diferită față de a ei. Ea atrage atenția asupra numeroaselor aspecte necunoscute/incerte cu care se confruntă uneori noii migranți, deoarece există mai puțină formalizare a plecării și oamenii pot circula liber. Planurile ei inițiale

erau să petreacă o perioadă limitată de timp în Franța, iar apoi să se întoarcă în România. Dar lucrurile s-au schimbat, și-a întemeiat o familie acolo și, 25 de ani mai târziu, este încă medic acolo.

Un alt tip de experiență de migrație este cea a lui **Mihai**. Plecarea sa s-a bazat mai ales pe curiozitate: își amintește foarte bine că a găsit un pliant al unei companii de recrutare care promova migrația pentru muncă în Germania. A profitat de această oportunitate și a plecat în Germania în 2012, pe când era încă rezident în România. A început un nou program de rezidențiat acolo și intenționează să îl termine în România, pentru că acum se concentrează mai degrabă pe câștigarea de bani decât pe finalizarea programului de rezidențiat. Are un contract de muncă în care este plătit cu ora și menționează că este foarte flexibil și că poate lucra oricât de mult dorește, în timp ce, pentru a-și finaliza rezidențiatul, ar trebui să schimbe acest lucru și să lucreze ca rezident în spital, sub îndrumarea unui medic senior. Plănuiește să se întoarcă în România și, în cele din urmă, să se stabilească în orașul său natal. Legăturile de familie par să fie importante în cazul său, iar el tinde să asocieze plecarea în străinătate cu câștigurile profesionale (atât în termeni de bani, cât și de experiență) și cu pierderile personale. În timp ce se afla în Germania, a cunoscut o femeie cu care a făcut un copil, dar acum sunt separați. Așadar, întoarcerea acasă poate fi înțeleasă ca o reorientare a atenției sale de la aspectele financiare la cele mai degrabă personale: întemeierea unei (noi) familii, apropierea de familia extinsă de acasă.

Cele două exemple anterioare sunt ale unor tineri profesioniști care au migrat în timp ce erau singuri, fără o familie proprie. De aici, traiectoriile lor s-au dezvoltat în direcții diferite, așa cum s-a descris mai sus. Dar migrația în timp ce ai o familie proprie pare să fie, de asemenea, un proiect cu final deschis, în care ceea ce începe ca o explorare devine o opțiune mai degrabă permanentă. Experiențele din noua țară și relocarea întregii familii constituie bazele unei traiectorii de viață asociate cu destinația, mai degrabă decât cu originea:

Lucrurile stau cam așa: Acum sunt titularizat în Franța, soția mea lucrează în Franța, am patru copii, dintre care trei sunt născuți aici. Când vine vorba de reîntregirea familiei, cei de acasă vin aici, în loc să mergem noi acolo. Așadar, așa este acasă acum, mai degrabă aici decât acolo, din păcate. Nu mă văd întorcându-mă. Când am plecat, am crezut că e o nebunie, că s-ar putea să regret, dar până acum nu am avut motive să regret decizia de a pleca. Nici pe plan profesional, nici pe plan personal. Nu știu cum ar fi fost viața mea, dacă aș fi decis să rămân în România. Dar e clar că nu mi-a plăcut cum era când am plecat. (Medic în Franța, bărbat)

2.2. EXPERIENȚĂ (PERSONALĂ / GENERALĂ)

Procesul de migrație: țară nouă, viață nouă

Având în vedere faptul că Franța și Germania păreau a fi printre destinațiile preferate ale lucrătorilor români din domeniul sănătății, am depus eforturi pentru a ajunge la migrații din aceste țări. În ceea ce privește sosirea la destinație și resursele disponibile pentru integrare, alegerea respondenților noștri a avut o consecință neașteptată: dat fiind faptul că au migrat în țări în care sunt mulți români, în special lucrători din domeniul sănătății, adaptarea lor a fost mai ușoară, deoarece aveau la dispoziție o rețea etnică:

În spitalul în care lucrez, medicii români reprezintă cam 30-40% din totalul medicilor și sunt mult mai tineri decât mine. (Medic în Franța, femeie).

În acest context, profesia și etnia se intersectează în rețele care facilitează migrația, de exemplu prin intermedierea între angajatori și potențialii migranți. Rețelele formale sunt treptat înlocuite de cele informale menționate mai sus, iar companiile de recrutare sunt descrise ca fiind ultima soluție pentru a găsi persoane pe care să le plaseze în locuri de muncă și medii de lucru dificile:

Știți care este problema cu firmele de recrutare? De fapt, există o ierarhie atunci când un spital caută să angajeze un medic. Acestea [firmele de recrutare] sunt ultima soluție, doar dacă nu se găsește niciun medic, dacă locul este foarte izolat sau dacă oamenii care lucrează acolo sunt greu de abordat. (Medic în Franța, bărbat)

Aceeași tendință de scădere a nivelului de formalizare se regăsește și în cazul formelor asociative din diaspora românească. Organizațiile bine stabilite sunt dublate în prezent de existența unor grupuri pe Facebook care permit circulația rapidă a informațiilor, punând laolaltă medici stabiliți la destinație și medici în căutare de locuri de muncă sau alte tipuri de informații.

Respondenții menționează că nu simt nevoia de a aparține vreunui grup profesional și că alegerea pentru interacțiunile cu alți români este mai degrabă caracteristică în sfera personală, mai degrabă decât în cea profesională:

Toți medicii români pe care îi cunosc aici sunt bine văzuți și integrați și nu au nevoie să își facă asociații profesionale. (Medic în Germania, bărbat)

Experiențele trăite la destinație permit comparații ample între țara de origine și cea de destinație, comparații care reprezintă o parte semnificativă din relatările respondenților, mai ales atunci când migrația a fost determinată de evaluări negative privind România în ansamblu. Destinația devine un loc care permite indivizilor să își urmărească obiectivele și chiar dacă pornești fără niciun fel de "credit social", tot ceea ce faci arată cum ești ca persoană și ești recompensat ca atare:

(...) relațiile în societate sunt diferite, în general. Când ajungi aici, nimeni nu are încredere în tine, dar trebuie să câștigi această încredere. În România, există un nivel ridicat de neîncredere cu care ar trebui să te confrunți tot timpul. (Medic în Franța, bărbat)

Indiferent dacă aspectele profesionale motivează sau nu alegerea de a emigra, relocarea are efecte pozitive asupra profesiei și oferă o oportunitate de a dobândi noi cunoștințe:

Din punct de vedere profesional, chiar dacă nu sunt specialist, mă simt împlinit, mă simt fericit. Că am acumulat experiență, că știu o mulțime de lucruri, că sunt capabil să fac o mulțime de lucruri. (Medic în Germania, bărbat)

Origine și destinație: colaborare și comparații

Dorința respondenților de a participa la sistemul de sănătate din România a fost evidentă. Chiar dacă nu o fac încă, ideea de a-și împărți timpul (profesional) între România și destinația lor actuală este ceva ce le-ar plăcea să facă. În afară de această alegere individuală, a fost menționată existența unor eforturi instituționale de colaborare:

La spitalul în care lucrez, avem patru rezidenți anul acesta: doi sunt francezi și doi români. Avem un rezident din Cluj și un rezident din Oradea. (Medic în Franța, bărbat)

Alegerea de a pleca în străinătate, ca rezultat al unor motive la nivel individual, este uneori prezentată ca o contribuție la degradarea sistemului de sănătate din România. În această ordine de idei, migrații pot fi considerați vinovați pentru că au plecat și pentru că au pus câștigurile individuale mai presus de rezultatele mai importante, la nivel de societate. Dar ceea ce a fost, inițial, de natură individuală, este în mod constant reformulat, inclusiv ca o investiție în viitorul copiilor, permițându-le să trăiască într-o societate care respectă și valorifică la maximum potențialul indivizilor:

Adică, într-un fel, suntem vinovați că am plecat. Pe de altă parte, sunt absolut convins că, dacă nu aș fi plecat, nu aș fi ajuns la nivelul meu profesional actual. Mă gândesc, eu și soția mea suntem cetățeni francezi, avem patru copii crescuți aici, iar ei au posibilitatea de a trăi într-o societate care i-ar ajuta, care le va permite să își valorifice potențialul. Dacă un copil este talentat, el/ea va primi sprijin. (Medic în Franța, bărbat)

Narațiunile despre destinație, bazate pe comparații implicite sau explicite cu originea, sunt centrate pe diferențele structurale care permit indivizilor să se bucure de roadele muncii lor. Sistemul social este previzibil, iar succesul sau faptul de a avea o viață bună și împlinită sunt aspecte care vor veni cu siguranță dacă depui efort. Lucru care este văzut ca lipsind uneori în România:

În Franța, dacă muncești și îți vezi de treaba ta, te dezvolți și îți atingi obiectivele. În România, dacă muncești și îți vezi de treaba ta, nu este foarte sigur că vei crește. Acesta este sentimentul meu; s-ar putea să mă înșel. Aici, dacă muncești din greu, nu ai cum să dai greș, nu știu pe nimeni care să fi dat-o în bară muncind. În România, cunosc multe astfel de cazuri. (Medic în Franța, bărbat)

2.3. INTERVENȚII ȘI SOLUȚII POTENȚIALE

Sistemul de sănătate din România: percepția asupra stadiului acestuia

Sistemul de sănătate din România este perceput ca fiind în criză, luptându-se cu probleme de fond, cum ar fi resursele insuficiente sau ierarhiile construite pe capital social, mai degrabă decât pe capital uman.

De-a lungul anilor, sistemul de sănătate a fost supus la diverse reforme, nu toate coerente între ele. Aceste schimbări constante au fost resimțite ca generatoare de instabilitate, ceea ce a făcut ca sistemul să fie neinteligibil pentru profesioniști:

Sistemul se afla într-o criză constantă. Normele și regulile se schimbau constant, la fiecare două săptămâni, la fiecare lună. (Medic în Franța, bărbat)

Uneori, experiențele în sistemul de sănătate, nu ca profesioniști, ci ca pacienți sau rude ale pacienților, devin factori de descurajare a revenirii, chiar dacă planurile inițiale de migrație au fost făcute pentru o perioadă scurtă de timp. Fragmentul de mai jos exemplifică modul în care întoarcerea acasă este în mod constant în fundal, dar condiționată de îmbunătățiri ale sistemului

de sănătate românesc, care nu este perceput ca oferind condiții de muncă satisfăcătoare/adekvate:

Deci, ideea a fost întotdeauna de a păstra România ca primă opțiune. Am cumpărat un apartament în București și nu am petrecut nici măcar o noapte în el. Acesta a fost scopul, să mă întorc când lucrurile se vor liniști și vor fi mai plăcute. Dar atunci când cineva din familia mea ar fi avut o problemă de sănătate, contactul cu spitalele nu era neapărat plăcut. Colegii [medicii] au fost întotdeauna foarte atenți, chiar și cei pe care nu îi cunoșteam personal. Dar condițiile din spitale, modul în care personalul medical interacționează cu pacienții, chiar și cu noi... (Medic în Franța, femeie)

Faptul că mulți medici (tineri) au ales să plece în străinătate este prezentat ca fiind rezultatul faptului că sistemul este încă tributar conexiunilor personale sau implicării politice, mai degrabă decât competențelor. Găsirea unui loc de muncă în străinătate este o consecință firească a faptului că nu se poate găsi un loc de muncă în România:

Dar la noi în România nimeni nu te angajează pe baza competenței tale și asta e o regulă generală, ești angajat dacă ai relații politice și așa mai departe. Și mulți oameni competenți au preferat să plece. (...) (Medic Germania, bărbat)

Sistemul sanitar românesc: ce schimbări trebuie implementate

Schimbările care trebuie implementate în sistem pentru a crește gradul de retenție și/sau revenire corespund aspectelor problematice semnalate de respondenți:

- Înlocuirea legăturilor personale cu competențele și abilitățile ca fundament pentru a fi angajat în sistemul de sănătate - *Să se elimine nepotismul. Acum, dacă nu mergi la partidul politic, nu ai loc de muncă! Nu toate, dar majoritatea posturilor de specialitate sunt dedicate anumitor candidați.* (Medic în Germania, bărbat)
- Adăugarea de predictibilitate în sistem - respectarea standardelor de tratament în beneficiul pacienților. *Este foarte important să avem protocoale. Protocoale consultative, nu obligatorii, dar să fie posibil ca un medic să poată consulta protocoalele atunci când are îndoieli. Acest lucru nu există în România și este tragic.* (Medic în Franța, bărbat)

- Îmbunătățirea infrastructurii și a dotărilor, ca un al doilea pas firesc după îmbunătățirea salariilor medicilor - *Acum, sper că va urma al doilea pas, cel centrat pe infrastructură și dotări. Tot ce ține de susținerea actului medical: investiții în spitale, e nevoie de spitale noi, de echipamente noi și de acces la ele.* (reprezentant al unei organizații din diaspora din Franța, bărbat)

Direcții de colaborare

Factorul care ar favoriza colaborarea pare să fie, în percepția respondenților, **existența unei infrastructuri instituționale dedicate**. Schimburile de experiență sunt văzute ca o resursă importantă, deoarece împărtășirea cunoștințelor și a experienței va contribui, cel mai probabil, la îmbunătățirea sistemului de sănătate din România. Astfel, **ar trebui definit cadrul legal pentru a face posibil ca medicii să se angajeze în astfel de acțiuni nu doar atunci când sunt rezidenți, ci în toate etapele carierei lor.**

Schimburile de experiență ar putea însemna să lucrezi o parte din timp la destinație și o parte din timp în România:

Un alt mod în care putem colabora este prin schimbul de experiență între noi. Dar nu știu cum poate fi pus în aplicare acest lucru. Depinde de cei responsabili [actorii politici, guvernanți]. Acest lucru este mai ușor pentru rezidenți, dar pentru medicii mai în vârstă [mai avansați în carieră] este mai complicat. Aș fi tentat, știți, să lucrez șase luni în România, de ce nu? (Medic în Franța, bărbat)

Medicii români care au experiența de lucru în străinătate sunt considerați de respondenți ca fiind o resursă pentru îmbunătățirea sistemului românesc. În același timp, utilizarea experienței lor ar însemna recunoașterea cunoștințelor lor, ceea ce, la rândul său, ar putea intra în conflict cu modul în care este construit sistemul, adesea bazat mai degrabă pe legături personale decât pe competențe. Acest lucru ar putea însemna o schimbare profundă, legată nu numai de sistemul de sănătate, ci și de niveluri mai largi de mentalitate:

"Noi suntem proști, voi ați trăit în alte țări, ați văzut cum stau lucrurile acolo, ajutați-ne să ne organizăm un pic!". Dar, dacă vine și începe să organizeze, nu va putea face nimic, pentru că va trebui să se confrunte cu X și Y, cu diferite nepotisme... în primul rând, trebuie să schimbăm mentalitățile, iar asta începe din școala primară. (Medic în Germania, bărbat).

Fragmentul de mai sus oferă un exemplu despre modul în care sistemul de sănătate este de fapt un exponent al sistemului social românesc în general și despre modul în care diferite părți ale organizării sociale, cum ar fi sănătatea și educația, sunt interconectate.

La nivel european, existența unei platforme care să permită asociațiilor de profesioniști din domeniul medical din diferite destinații europene să comunice este prezentată ca fiind de dorit:

Ar fi ideal ca aceste asociații să se întâlnească și să comunice, inclusiv cu factorii de decizie/actorii din România. Dar acest lucru nu este ușor de realizat. Dar mi-aș dori ca să existe o federație, o adunare a mai multor asociații, o federație a medicilor români din Europa. (reprezentantul unei organizații din diaspora din Franța, bărbat)

3. ASPECTE DE GEN

Abordarea dimensiunii de gen în cadrul interviurilor a relevat faptul că, de cele mai multe ori, acest aspect nu este unul proeminent și că lucrurile sunt, de obicei, luate de la sine sau tratate ca fiind date. Acesta a fost, de obicei, primul tip de angajament din partea respondenților față de întrebări, urmat, în unele cazuri, de amintiri, evaluări și descrieri care constituie, de fapt, cazuri de practici, conflicte sau distribuții de personal în cadrul profesiei în funcție de gen.

Diferențe de gen în profesiile din domeniul sănătății

În toate interviurile care au fost realizate, discursul principal se axează pe faptul că poți face orice îți propui și că este o chestiune de voință și de muncă asiduă. Respondenții oferă exemplul lor personal ca dovadă în acest sens: în cazul medicilor, biografiile tind să fie mai liniare, deciziile privind cariera lor fiind luate mai devreme, în timp ce în cazul asistentelor medicale, uneori, schimbările de carieră au loc pe parcursul vieții.

O constatare care este în concordanță cu stereotipurile cunoscute despre medici și asistente medicale este aceea că aceste profesii sunt diferențiate în funcție de gen, în special în cazul asistentelor medicale, majoritatea acestora fiind femei. Bărbații care aleg să devină asistenți medicali sunt mai degrabă excepții și, de obicei, lucrează în specializări considerate a fi mai dure și care necesită forță fizică.

Ei [bărbații] sunt de obicei în locuri mai dificile [în cadrul profesiei]. Nu am văzut niciodată un bărbat să fie asistentul unui medic de familie. Mulți dintre ei sunt la UPU, la neurologie, neuropsihiatrie, poate în locuri unde o prezență masculină este importantă, nu doar din punct de

vedere fizic, ci pur și simplu ca aspect. Iar cei care își dedică viața pentru această profesie sunt cei care lucrează în UPU sau pe ambulanțe și sunt extrem de bine pregătiți, doritori și potriviți. Dar da, în general sunt mai multe femei asistente medicale. (Asistentă șefă, femeie)

Pe de altă parte, în timp ce respondenții tind să estimeze că sunt mai mulți bărbați decât femei care devin medici, lucrurile nu sunt la fel de clare ca în cazul asistentelor medicale. Se consideră că meseria de medic necesită mai mult timp și, astfel, că uneori stă în calea faptului de a avea o familie sau de a te dedica familiei. Acest lucru este oferit ca explicație pentru faptul că sunt mai mulți bărbați decât femei care devin medici, pe baza asocierii tradiționale dintre desfășurarea activităților casnice/familiale și femei.

Nu am nicio statistică, dar sunt mai mulți medici care sunt bărbați. Este o profesie grea, în care trebuie să îți petreci o mare parte din viață la locul de muncă. Iar acest lucru este uneori mai ușor pentru bărbați decât pentru femei. (Asistentă șefă, femeie)

Faptul că cele două profesii medicale au tendința de a fi diferențiate pe sexe este cunoscut de către pacienți, care își adaptează comportamentul pentru a aborda acest aspect/ pentru a gestiona interacțiunile/relațiile cu furnizorii lor de servicii medicale. Această discriminare involuntară din partea pacienților, care tind să asocieze bărbații cu profesii cu statut superior și femeile cu profesii cu statut inferior, este o variantă a ceea ce au menționat respondenții în ceea ce privește distribuția de gen între profesiile medicale:

Sunt puțini [bărbați], majoritatea în ortopedie, o specializare dominată de bărbați. Noi avem aproximativ trei bărbați. Sunt doar câțiva, în general. Sunt mai bine văzuți de către pacienți, care îi numesc medici. Iar femeilor asistente li se spune infirmiere. (Asistentă șefă, femeie)

Dar există aspecte de fond care par să depășească puterea fizică sau rolurile tradiționale de gen. Specializările complicate sunt uneori descrise ca fiind de domeniul bărbaților, iar acest lucru este prezentat ca o lege nescrisă, ca un element de notorietate:

Cred că, ca o regulă nescrisă, există specializări care nu sunt pentru femei, desigur, cum ar fi neurochirurgia, chirurgia cardiovasculară, lucrurile complicate/dure și ortopedie. Dar nu, n-aș putea spune, nu cred că există niciun obstacol, poți urma orice specializare îți place. (Medic Șef de secție, femeie)

Respondenții descriu dinamica de la locul de muncă ca incluzând uneori aspecte de gen care nu țin de domeniul științific sau profesional, ci mai degrabă de interacțiunile de gen în sens larg, cum ar fi modul în care uneori femeile pot avea anumite avantaje cu medicul șef, dar nu din motive profesionale (medic, bărbat), sau atitudinile manifestate de unele femei medic care preferă să lucreze cu tineri bărbați asistenți medicali. (Asistent medical, femeie).

Uneori, pot apărea conflicte din cauza presiunii puternice din mediul de lucru. Aceste conflicte par să se dezvolte ca urmare a ierarhiilor organizaționale, în care asistentele medicale ocupă o poziție inferioară față de medici. Această distribuție a puterii se suprapune peste distribuția de gen a persoanelor în cadrul profesiei și astfel, conflictele și tensiunile ocazionale dintre medici și asistente tind să fie, în același timp, tensiuni între femei (asupra cărora se manifestă autoritatea) și bărbați (care manifestă autoritatea).

Niciodată o femeie nu va avea dreptate. Sunt lucruri pe care nu le poți dovedi și în general, și la spitalul meu, se acumulează multă tensiune când sunt cazuri grele, iar majoritatea se descarcă cu glume, aruncând cu lucruri în jur. Mai sunt momente de genul acesta, nu zilnic, dar unele lasă urme. (Asistentă șefă, femeie)

Atitudini de gen față de migrațiune

În ceea ce privește intențiile de a migra și atitudinile față de migrație, percepțiile respondenților menționează existența unor diferențe de gen. Deși nu există un consens în ceea ce privește greutatea pe care le implică migrația (dacă este mai greu/măi ușor pentru femei sau bărbați să se adapteze la destinație), ceea ce pare a fi de necontestat este faptul că migrația este mai complex de integrat în traseul de viață tradițional al femeilor.

Femeile sunt descrise ca fiind mai mult legate de ideea de casă și de menținerea relațiilor de familie. Chiar dacă dorința de a pleca în străinătate pentru perioade mai lungi de timp ar putea apărea, aceasta pare să vină după nevoile familiilor extinse și după ce au copii:

Da, am fost intern timp de două luni la un spital din Londra și a fost foarte, foarte bine. Mi-a plăcut foarte, foarte mult, dar m-am întors acasă. Copiii au apărut pe parcurs și, așa cum spuneam, o femeie este mai legată de casă, de pământ și de părinți. (Reprezentant al unei organizații profesionale, medic, femeie)

Astfel, plecarea și munca în străinătate pare să fie mai dificilă pentru femei, în sensul că această decizie este condiționată de momentul în care copiii lor devin adulți: Doar că pentru femei este mai greu să plece. Cele care au copii, copii mici. Așteaptă să le crească copiii sau așteaptă să aibă un copil și [pleacă] după aceea. (Asistentă medicală, femeie)

În interviuri, au existat, de asemenea, relatări despre cum este mai ușor pentru femei să migreze, dar despre cum bărbații simt mai multă presiune să plece pentru a obține câștiguri financiare mai bune care să le permită să-și întrețină familiile:

Plecarea peste hotare este mai ușoară pentru femei, nu doar în sănătate, cred că în alte sectoare este mai ușor. Și bărbații, trebuie să-și îngrijească familiile, iar tentațiile [de a migra] sunt mai puternice. Cred că bărbații sunt tentați să plece pentru că câștigă mai mult acolo și își pot întreține familiile mai ușor decât în România. (Liderul echipei de asistente medicale, femeie)

Astfel, interviurile au dezvăluit **existența unor biografii de gen. De la specializările care nu sunt considerate a fi pentru femei, până la tendința de a migra, genul, în calitate de condiție de bază, pătrunde în toate aspectele vieții indivizilor.** Fie că sunt lucrători în domeniul sănătății sau au alte profesii, bărbații par să fie văzuți ca furnizori, în timp ce femeile sunt mai mult legate de familiile lor și rolul de mame este proeminent. Aceste credințe/atribuții sunt adânc înrădăcinate în modurile de a vedea viața și devin un repertoriu de orientări care se încadrează dincolo de explicații, în ceea ce este de la sine înțeles.

Pentru respondenți, **la prima vedere, genul nu constituie o problemă și nu există discriminare la locul de muncă.** Extrasele prezentate mai sus au fost rezultatul multiplelor invitații adresate respondenților sau al invocărilor de gen din partea cercetătorului.

CONCLUZII

Interviurile realizate cu profesioniștii din domeniul sănătății sugerează existența unor discursuri individuale **cu un grad ridicat de coerență internă, indicată de corespondența care există între ceea ce este indicat ca fiind problematic în sistemul de sănătate românesc, percepțiile privind motivațiile pentru migrație și schimbările care trebuie implementate.** Mai mult, descrierile sistemelor de sănătate de la destinație completează această imagine, devenind dovada că lucrurile pot fi diferite.

Un alt nivel de coerență este cel dintre discursurile unor persoane diferite, care au uneori experiențe și traiectorii total diferite în sistemul de sănătate - de exemplu, studenți și medici care sunt șefi de secție. Deși relațiile privind problemele și schimbările care sunt necesare nu sunt aceleași de la un respondent la altul, diferențele sunt foarte nuanțate și pot fi remarcăți factori subiacenți, cum ar fi problemele de mentalitate sau faptul că sistemul este subfinanțat.

Aceste caracteristici ale discursurilor indică faptul că **respondenții s-au gândit la aceste probleme sau la probleme similare, cu alte cuvinte că au manifestat un anumit nivel de reflexivitate profesională și personală în cursul vieții lor.**

Alegerea de a rămâne pare a fi una voluntară. De-a lungul interviurilor, atașamentul oamenilor față de România a fost vizibil, în sensul că acasă în sens larg, este un loc asociat cu familia (extinsă). Aspectele legate de familie constituie, de fapt, un factor important de descurajare a migrației, mai ales în cazul femeilor, în legătură cu rolurile tradiționale de gen și dinamica familială.

În acest context, în care (încă) a lucra în România este o **alegere constantă și activă, schimbările care ar rezolva problemele existente în sistem devin extrem de importante.** Profesioniștii din sănătate așteaptă schimbări care să întoarcă lucrurile spre normalitate, sau versiuni/grade de normalitate în care spitalele să fie dotate, să nu fie în deficit de personal și, în general, în care profesioniștii și pacienții să devină centrul sistemului. Munca în domeniul sănătății în România este uneori încadrată în termeni de costuri profesionale individuale, văzute ca fiind temporare, cel mai probabil la început de carieră. Este descrisă ca o provocare, în principal provocarea de a-ți face treaba cum trebuie în absența infrastructurii necesare. În termeni generali, migrația este văzută ca o cale de ieșire ușoară, dar perfect inteligibilă, către structuri sociale și profesionale mai inteligente, mai eficiente și mai satisfăcătoare.

Acestea fiind spuse, două cazuri par a fi speciale. Unul este cel al asistentelor medicale, pentru care relațiile la locul de muncă pot fi uneori problematice, bazându-se pe autoritatea tradițională a medicilor. Acest lucru duce la anxietăți profesionale care își au rădăcinile în faptul că nu se simt apreciate sau considerate un profesionist. Celălalt este cel al medicilor de familie, a căror activitate se bazează pe gestionarea unei afaceri private. Spre deosebire de cazul medicilor din alte specialități, problemele monetare sunt relevante pentru aceștia, precum și lipsa de

independență profesională, care intră în conflict cu ceea ce ei percep ca fiind rolul lor în cadrul sistemului, ca acela de *gardieni*, după cum a spus un respondent.

ÎNCADRAREA MOBILITĂȚII LDS

Datele calitative ne conduc spre o înțelegere a mobilității lor ca fiind înrădăcinată într-o căutare mai amplă a unor condiții de viață și de muncă mai bune. Dacă, la început, munca în străinătate a reprezentat o soluție pentru lipsa resurselor financiare de acasă, modificările regimurilor salariale au eliminat practic această problemă, cel puțin în cazul medicilor. Acum, este vorba mai ales de căutarea unor oportunități de carieră și a unor condiții sociale mai bune. Pornind de la aceste puncte, o plată mai bună, în sensul unui salariu corect și al raportului muncă/plată, apare și ea, dar se află mai degrabă în fundal.

ÎNTRE ORIGINE ȘI DESTINAȚIE: FACTORI DE IMPULSIE ȘI ATRACȚIE

O încercare de a simplifica problema migrației personalului medical se poate baza pe enumerarea a ceea ce îi împinge pe indivizi să se îndepărteze de sistemul românesc și, pe de altă parte, pe ceea ce face ca anumite destinații să fie atractive pentru aceștia. Pentru acești profesioniști, ceea ce îi împinge să plece de acasă și, în consecință, ceea ce îi determină să se îndrepte spre alte țări se bazează pe situațiile și specificul sistemelor de sănătate.

Repertoriul de motive pentru migrație (**factori de atracție**) include următoarele aspecte legate de anumite destinații:

- Un statut profesional mai ridicat la destinație: se simt respectați;
- Existența infrastructurii necesare care să le permită să își folosească cunoștințele;
- Lucrul într-un sistem flexibil din punct de vedere al programului;
- Lucrul în societăți și în sisteme de sănătate în care munca grea este recunoscută.

Ceea ce **îndepărtează profesioniștii** de sistemul românesc are la bază lipsa alocării corespunzătoare a resurselor, dar atinge și aspecte mai largi, cum ar fi anumite mentalități și atribuirea/recunoașterea valorii în societate. Sintetizând, factorii de origine care contribuie la decizia de a migra sunt:

- Lipsa resurselor financiare în cadrul sistemului, care determină persistența unei infrastructuri defectuoase și absența echipamentelor adecvate;

- Lipsa resurselor financiare în cadrul sistemului, care determină persistența unei infrastructuri defectuoase și absența echipamentelor adecvate;
- Sistemul este grav subdimensionat din punct de vedere al personalului, ceea ce duce la oboseală cronică și epuizare;
- Sistemul ca având o existență proprie și nereușind să pună pacientul și profesioniștii în centrul său;
- Discrepanțele dintre sistemul educațional, care pregătește mii de tineri medici și asistente medicale și locurile de muncă disponibile care sunt dezirabile, în același timp;
- Distribuția inegală a resurselor între centru și periferie - având unele orașe focale, cu spitale universitare, care sunt supraaglomerate de oferte de muncă, și zone rurale/îndepărtate în care nimeni nu vrea să lucreze.

SOLUȚII PENTRU PĂSTRAREA LDS

Soluțiile oferite de respondenți abordează aspectele problematice ale sistemului de asistență medicală din prezent.

Ceea ce pare a fi crucial este **direcționarea mai multor resurse financiare către sistem, pentru a putea face investițiile necesare în actualizarea infrastructurii și a echipamentelor.**

Creșterea numărului de locuri de muncă disponibile ar duce la un număr mai mic de pacienți per profesionist, ceea ce ar contribui, la rândul său, la o creștere a calității serviciilor furnizate pacientului și la o creștere a satisfacției profesionale a profesioniștilor.

Ar fi benefică **punerea în aplicare a unor schimbări în sistemul educațional,** pentru a oferi mai multă pregătire practică și interacțiuni cu pacienții. De asemenea, ar fi necesară ajustarea numărului de absolvenți ai universităților de medicină și corelarea locurilor disponibile în diferite specializări cu nevoile populației.

Este necesar să se pună accentul pe prevenție, inclusiv pe o reformă a instituțiilor de sănătate publică, pentru a le face mai eficiente, și pe statutul/poziția/importanța medicilor de familie în cadrul sistemului de sănătate.

Rezolvarea discrepanțelor dintre centru și periferie ar permite unui număr mai mare de tineri profesioniști să lucreze în România, mai degrabă decât în străinătate.

Toate soluțiile identificate depind de acțiunile autorităților centrale, cum ar fi Ministerul Sănătății, și de voința politică generalizată de a implementa aceste reforme.

Anexa 1. Bibliografia cercetării documentare

Alpha News, 2021. *Motivele pentru care medicii români aleg să se întoarcă în țară, după ce au lucrat în străinătate. „Fac lucruri pe care poate nu aș fi putut să le fac niciodată în Franța”*. [Online] Available at: <https://alephnews.ro/sanatate/motivele-pentru-care-medicii-romani-se-intorc-in-tara/>

Apostu, S.A., Vasile, V., Marin, E., Bunduchi, E., 2022 *Factors Influencing Physicians Migration—A Case Study from Romania. Mathematics*, 10(505). <https://doi.org/10.3390/math10030505> Available at: [LEGE 65 22/03/2022 - Portal Legislativ \(just.ro\)](https://lege6522032022-portal.legislativ.just.ro)

Boncea, I., Voicu, B. (2019) *Intențiile de migrație internațională ale studenților la medicină: România 2017/2018. Un raport asupra rezultatelor primare*, București: Administrația Prezidențială.

Cehan, I., 2013. The Migration of Romanian Health Personnel and the Ethics of International Recruitment. *Revista română de sociologie*, 3-4(9), pp. 327-335.
DCnews, 2021. *De ce pleacă medicii din România. Chirilă, rezident: Salariul nu mai reprezintă o problemă!*. [Online] Available at: https://www.dcnews.ro/de-ce-pleaca-medicii-din-romania-chirila-rezident-salariul-nu-mai-reprezinta-o-problema-video_832203.html

Digi24, 2022. *Pacient în România. Cele două Români ale halatelor albe: 36 de județe nu au suficienți medici*. [Online] Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=qvRrcMvtEf4>

DW, 2021. *„Respect - asta caută medicii români care pleacă în străinătate”*. [Online] Available at: <https://www.dw.com/ro/respect-asta-caută-medicii-români-care-pleacă-în-străinătate/av-56247634>

Europa Libera, 2021. *Țară în service | Cei care au plecat. Poveștile românilor care au muncit și în țară, și în străinătate*. [Online] Available at: <https://romania.europalibera.org/a/migratia-muncii-romania/31437331.html>

Eurostat, 2020. *Gender statistics*. [Online] Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Gender_statistics#Education

Eurostat, 2021. *POPULATION & DEMOGRAPHY*. [Online] Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography/demography-population-stock-balance/database>

G4 media, 2020. *Raport OCDE: O treime din medicii români au emigrat, record absolut în lume*. [Online] Available at: <https://www.g4media.ro/raport-ocde-o-treime-din-medicii-romani-au-emigrat-record-absolut-in-lume.html>

G4, 2022. *Legea asistenței medicale mobile, adoptată în unanimitate de Camera Deputaților. Locuitorii din zone vulnerabile vor beneficia de asistență medicală prin cabinete mobile și caravane medicale.* [Online]
Available at: <https://www.g4media.ro/legea-asistentei-medicale-mobile-adoptata-in-unanimitate-de-camera-deputatilor-locuitorii-din-zone-vulnerabile-vor-beneficia-de-asistenta-medicala-prin-cabinete-mobile-si-caravane-medicale.html>

Guvernul Romaniei, 2020. *ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ nr. 196 din 18 noiembrie 2020*, Bucuresti: MONITORUL OFICIAL nr. 1108 din 19 noiembrie 2020.

Anon., n.d. [Online]
Available at: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.html>

Impact.ro, 2021. *Tot mai mulți medici pleacă din țară, tot mai mulți români așteaptă tratament. Cum a ajuns sistemul medical în comă, cifrele dezastrului.* [Online]
Available at: <https://www.impact.ro/tot-mai-multi-medici-pleaca-din-tara-tot-mai-multi-romani-asteapta-tratament-cum-a-ajuns-sistemul-medical-in-coma-cifrele-dezastrului-analiza-203581.html>
Legea nr. 65/2022 pentru completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 281 din 23 martie 2022. Formă aplicabilă din **26 martie 2022** [Online]

Libertatea, 2021. *De ce emigrează un asistent medical: „Aici e un film SF. Ne mai șochează că ard spitalele?” Citește întreaga știre: De ce emigrează un asistent medical: „Aici e un film SF. Ne mai șochează că ard spitalele?”.* [Online]
Available at: <https://www.libertatea.ro/stiri/de-ce-emigreaza-un-asistent-medical-aici-e-un-film-sf-ne-mai-socheaza-ca-ard-spitalele-3863073>

Libertatea, 2021. *Povestea unui medic român în Italia: „Dacă m-aș muta înapoi în țară, aș avea satisfacția că lucrez pentru ai mei” Citește întreaga știre: Povestea unui medic român în Italia: „Dacă m-aș muta înapoi în țară, aș avea satisfacția că lucrez pentru ai mei”.* [Online]
Available at: <https://www.libertatea.ro/stiri/medici-romani-in-diaspora-intr-o-saptamana-eram-asistent-si-saptamana-urmatoare-eram-medicul-de-garda-3657017>

Mediafax, 2021. *the salaries of doctors and nurses have increased by percentages ranging from 70% to 172%, according to the framework law 153/2017 regarding the remuneration of medical staff from public funds.* [Online]
Available at: <https://www.mediafax.ro/social/personalul-medical-continua-sa-plece-care-sunt-motivele-care-stau-la-baza-deciziei-specialistilor-de-la-noi-din-tara-20188665>

Mediahub, 2021. *Platformă de recrutare: medicii români sunt căutați în străinătate, cu salarii de până la 10.000 de euro.* [Online]
Available at: <https://www.medichub.ro/stiri/platforma-de-recrutare-medicii-romani-sunt-cautati-in-strainatate-cu-salarii-de-pana-la-10-000-de-euro-id-5046-cmsid-2>

Ministry of Foreign Affairs, 2016. *DIASPORA - Partener pentru Dezvoltarea Romaniei*, Bucuresti: Ministry of Foreign Affairs.

Ministry of Health , 2018. *În urma aplicării noii Legi a salarizării, salariile personalului medical vor înregistra creșteri semnificative.* [Online]

Available at: <https://www.ms.ro/2018/02/08/in-urma-aplicarii-noii-legi-a-salarizarii-salariile-personalului-medical-vor-inregistra-cresteri-semnificative/>

Ministry of Health, 2021. *Numarul locurilor de la Rezidentiat, suplimentat*. [Online] Available at: <https://www.ms.ro/2021/11/26/numarul-locurilor-de-la-rezidentiat-suplimentat/>

Monitorul de Fagaras, 2019. "In Romania, castigul lunar al unui medic de familie este si de 10.000 euro". *Dr. Laura Lupsor a lasat Irlanda pentru pacientii din comunele Beclean si Soars*. [Online] Available at: <https://www.monitorfg.ro/2019/12/17/in-romania-castigul-lunar-al-unui-medic-de-familie-este-si-de-10-000-euro-dr-laura-lupsor-a-lasat-irlanda-pentru-pacientii-din-comunele-beclean-si-soars/>

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Romania: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies

OECD (2021), *OECD Employment Outlook 2021: Navigating the COVID-19 Crisis and Recovery*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5a700c4b-en>.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies , 2021. *State of Health in the EU Romania; Country Health Profile 2021*, Brussels: OECD Publishing.

Paunica, M., Pitulice, I. C. & Stefanescu, A., 2017. International Migration from Public Health Systems. Case of Romania. *Amfiteatru Economic*, 19(46), pp. 742-756.

Puterea, 2021. *De ce pleacă medicii din România?*. [Online] Available at: <https://www.puterea.ro/de-ce-pleaca-medicii-din-romania/>

Rotila, V., Lungu, L., Celmare , L. & Andoniu, L. G., 2018. *Impactul Migratiei asupra salariatilor din Sanatate*, Galati: SODALITAS.

Rotila, V., Lungu, L., Celmare, L. & Andoniu, L. G., 2018. *Influența calității vieții profesionale asupra tendinței de migrare pentru muncă a personalului din sănătate*, Galati: SODALITAS.

Saghin, D., & Lupchian, M. M. (2020). *Migration of Romanian doctors in France: migration trajectories integration and identity construction*. *GEOREVIEW* 30: 159-165.

Séchet, R., & Vasilcu, D. (2015). Physicians' migration from Romania to France: a brain drain into Europe?. *Cybergeo: European Journal of Geography*.

Statista, 2018. *Gini index score of Romania in selected years from 2004 to 2018*. [Online] Available at: <https://www.statista.com/statistics/873389/gini-index-score-of-romania/>

wall-street, 2021. *Beesers, o aplicație mobilă care aduce spitalul acasă la tine. Cum ajută tehnologia la îmbunătățirea accesului la servicii medicale*. [Online]

Available at: <https://www.wall-street.ro/articol/Start-Up/273692/beesers-o-aplicatie-mobila-care->

[aduce-spitalul-acasa-la-tine-cum-ajuta-tehnologia-la-imbunatatirea-accesului-la-servicii-medicale.html](#)

World Bank, 2017. *World Health Organization's Global Health Workforce Statistics*, OECD. [Online]

Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?locations=RO-EU>

World Bank, 2021. *GDP (current US\$) - Romania*. [Online]

Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?locations=RO>

Ziarul de Vrancea, 2017. *Lider sindical: Peste 14.000 de medici au emigrat în perioada 2009-2015*. [Online]

Available at: <https://www.ziaruldevrancea.ro/actualitatea/national/1588840965-mozaic-stiri-nationale-lider-sindical-pest-14-000-de-medici-au-emigrat-in-perioada-2009-2015.html>

Ziarul Financiar , 2020. *Cum arată exodul medicilor români în Europa. În Franța și Germania, românii sunt cei mai numeroși din totalul medicilor străini, iar în Ungaria ponderea medicilor români este de 70% din totalul specialiștilor străini*. [Online]

Available at: <https://www.zf.ro/profesii/arata-exodul-medecilor-romani-europa-franta-germania-romanii-cei-19500991>

Anexa 2 - Informații de contact pentru organizațiile din diaspora

Association “Doctors for Romania”

Website: <https://medicipentruromania.ro/contact/>

Email address: contact@medicipentruromania.ro

Phone: +40729 155 144

The Association of Doctors of Romanian Origin on the Cote d'Azur

Website: <http://www.amoro.fr>

Email address: amoro.cotedazur@gmail.com

The Association of Romanian Medics in Germany

Website: http://www.amrg.de/?page_id=5678

Email address: contact@amrg.de

Phone: +496998956896

The Solidarity Network

Website: <https://reseauadesolidaritate.com>

Email address: contact@reseauadesolidaritate.com

Association of Romanian Nurses in Germany

Website: https://www.facebook.com/oamgmamrg/about/?ref=page_internal

Centro Medico Maria

Website: <https://centromedicomaria.es>

Email address: info.centromedicomaria@gmail.com

Phone: +34 641 36 18 33

*date publice

Anexa 3 Ghiduri de interviu

Interviuri cu medici tineri (3 în total)

1. Ce v-a motivat să deveniți un profesionist din domeniul sănătății în România în primul rând?
2. Cum ați descrie parcursul care v-a condus la poziția actuală?
3. Descrieți cum a fost să lucrați ca profesionist în domeniul sănătății în România?
(De exemplu, dacă este nevoie, faceți referire rapidă la factori precum: volumul de muncă (acum și înainte de pandemie), orele suplimentare, educația, salariul, ierarhia la locul de muncă, accesul la echipamente, accesul la materiale de protecție, munca în echipă, promovarea, satisfacția pacienților, aspecte legate de gen etc.).
4. Credeți că experiența dvs. ar fi fost diferită dacă ați fi fost femeie/bărbat (genul opus). În ce sens?
5. Ce vă place cel mai mult la munca dumneavoastră? (de exemplu, dacă este necesar, solicitați factori precum cei menționați la întrebarea 2)
6. Care sunt posibilele aspecte negative?
7. Cum a influențat Covid-19 activitatea dumneavoastră?
8. De ce aveți cel mai mult nevoie dumneavoastră și colegii dumneavoastră în acest moment, pentru a vă asigura că vă puteți desfășura în mod corespunzător profesia?
9. Este un fapt că lucrătorii din domeniul sănătății pleacă în străinătate, în țări cu venituri ridicate - din Europa sau din afara ei - pentru a-și continua cariera acolo. Gândindu-vă la profesioniștii din domeniul sănătății pe care îi cunoașteți că au migrat în alte țări europene, care ați spune că a fost motivația lor?
10. Ce știți despre experiența lor în noua țară?
11. Aveți cunoștință de vreo "imagine publică" sau de vreo idee despre aceste țări ca fiind angajatori mai buni pentru lucrătorii din domeniul sănătății decât România?

12. Dumneavoastră v-ați gândit vreodată să migrați ?
13. Din câte știți, în sectorul sanitar/printre prietenii și colegii dumneavoastră, sunt bărbații sau femeile mai predispuși să migreze?
14. Dacă ați putea face apel la actorii care au un rol în domeniul sănătății în România - cum ar fi politicienii - ce le-ați cere să facă sau să schimbe (pentru a îmbunătăți retenția/întoarcerea/colaborarea)?
15. Dacă ați putea face apel la actorii care au un rol în domeniul sănătății în Europa - cum ar fi politicienii - ce le-ați cere să facă sau să schimbe (pentru a îmbunătăți reținerea/întoarcerea/colaborarea)?
16. Există politici în România, în sistemul de sănătate, care să țină cont de gen ca variabilă relevantă? (De exemplu, politici care să abordeze eventualele diferențe în ceea ce privește ocuparea forței de muncă sau condițiile de muncă)
17. Dacă ar fi un singur lucru care ar trebui schimbat în România pentru ca tinerii profesioniști să lucreze aici (sau să se întoarcă), care ar fi acela?

Interviuri cu asistentele medicale (in total 3)

1. Ce v-a motivat să deveniți un profesionist din domeniul sănătății în România în primul rând?
2. Cum ați descrie parcursul care v-a condus la poziția actuală?
3. Descrieți cum a fost să lucrați ca profesionist în domeniul sănătății în România?
(De exemplu, dacă este nevoie, faceți referire rapidă la factori precum: volumul de muncă (acum și înainte de pandemie), orele suplimentare, educația, salariul, ierarhia la locul de muncă, accesul la echipamente, accesul la materiale de protecție, munca în echipă, promovarea, satisfacția pacienților, aspecte legate de gen etc.).
4. Credeți că experiența dvs. ar fi fost diferită dacă ați fi fost femeie/bărbat (genul opus). În ce sens?

5. Ce vă place cel mai mult la munca dumneavoastră? (de exemplu, dacă este necesar, solicitați factori precum cei menționați la întrebarea 2)
6. Care sunt posibilele aspecte negative?
7. Cum a influențat Covid-19 activitatea dumneavoastră?
8. De ce aveți cel mai mult nevoie dumneavoastră și colegii dumneavoastră în acest moment, pentru a vă asigura că vă puteți desfășura în mod corespunzător profesia?
9. Este un fapt că lucrătorii din domeniul sănătății pleacă în străinătate, în țări cu venituri ridicate - din Europa sau din afara ei - pentru a-și continua cariera acolo. Gândindu-vă la profesioniștii din domeniul sănătății pe care îi cunoașteți că au migrat în alte țări europene, care ați spune că a fost motivația lor?
10. Ce știți despre experiența lor în noua țară?
11. Aveți cunoștință de vreo "image publică" sau de vreo idee despre aceste țări ca fiind angajatori mai buni pentru lucrătorii din domeniul sănătății decât România?
12. Dumneavoastră v-ați gândit vreodată să migrați ?
13. Din câte știți, în sectorul sanitar/printre prietenii și colegii dumneavoastră, sunt bărbații sau femeile mai predispuși să migreze?
14. Dacă ați putea face apel la actorii care au un rol în domeniul sănătății în România - cum ar fi politicienii - ce le-ați cere să facă sau să schimbe (pentru a îmbunătăți retenția/întoarcerea/colaborarea)?
15. Dacă ați putea face apel la actorii care au un rol în domeniul sănătății în Europa - cum ar fi politicienii - ce le-ați cere să facă sau să schimbe (pentru a îmbunătăți reținerea/întoarcerea/colaborarea)?

16. Există politici în România, în sistemul de sănătate, care să țină cont de gen ca variabilă relevantă? (De exemplu, politici care să abordeze eventualele diferențe în ceea ce privește ocuparea forței de muncă sau condițiile de muncă)

17. Dacă ar fi un singur lucru care ar trebui schimbat în România pentru ca tinerii profesioniști să lucreze aici (sau să se întoarcă), care ar fi acela?

Interviuri cu managerii din domeniul sănătății (4 în total) - 2 cu medici, șefi de secții, și 2 cu asistente șefe

1. Este un fapt că lucrătorii din domeniul sănătății (medici și asistenți medicali) se mută în străinătate, în țări cu venituri ridicate - din Europa sau din afara acesteia - pentru a-și continua cariera acolo. Gândindu-vă la medicii/asistenții pe care îi cunoașteți care au migrat în alte țări europene, care ați spune că a fost motivația lor?

2. Din câte știți/din experiența dumneavoastră, sunt femeile sau bărbații mai predispuși să migreze? (ambele cazuri urmează să fie explorate, medici și asistente medicale)

3. Ce părere aveți despre experiența lor în noua țară?

4. Aveți cunoștință de vreo "imagine publică" sau idee despre aceste țări ca fiind angajatori mai buni pentru medici/asistenți medicali decât România?

5. Cum credeți că afectează migrația medicilor / asistentelor din România către alte țări sistemul de sănătate românesc?

6. Dacă ați putea face apel la actorii care au un rol în domeniul sănătății din România - cum ar fi politicienii - ce le-ați cere să facă sau să schimbe (pentru a îmbunătăți retenția medicilor / asistentelor / întoarcerea / colaborarea)?

7. Dacă ați putea apela la actorii care au un rol în domeniul sănătății în Europa - cum ar fi politicienii - ce le-ați cere să facă sau să schimbe (pentru a îmbunătăți menținerea în funcție a medicilor / asistentelor / întoarcerea / colaborarea)?

8. Există politici în România, în sistemul de sănătate, care să țină cont de gen ca variabilă relevantă? (De exemplu, politici care să abordeze eventualele diferențe în ceea ce privește angajarea sau condițiile de muncă)
9. Dacă ar fi un singur lucru care ar trebui schimbat în România pentru ca tinerii medici să lucreze aici (sau să se întoarcă / să colaboreze în proiecte aici), care ar fi acela?
10. Dacă ar fi un lucru care ar trebui schimbat în România pentru ca o asistentă medicală să lucreze și să aibă o viață profesională împlinită aici (sau să se întoarcă, dacă este cazul), care ar fi acela?
11. În spitalul dumneavoastră, care este distribuția pe sexe a medicilor? Dar în cazul asistentelor medicale? Dar în ceea ce privește funcțiile de conducere/direcție? Credeți că există diferențe între femei și bărbați în ceea ce privește profesioniștii din domeniul sănătății?

Interviuri cu organizații profesionale (2 pentru medici și 1 pentru asistente medicale), asociații de studenți la medicină (2)

1. Este un fapt că lucrătorii din domeniul sănătății (medici și asistenți medicali) se mută în străinătate, în țări cu venituri ridicate - din Europa sau din afara acesteia - pentru a-și continua cariera acolo. Gândindu-vă la profesioniștii din domeniul sănătății pe care îi cunoașteți că au migrat în alte țări europene, care ați spune că a fost motivația lor?
2. Din câte știți/din experiența dumneavoastră, sunt femeile sau bărbații mai predispuși să migreze? (ambele cazuri vor fi explorate, medici și asistente medicale)
3. Ce părere aveți despre experiența lor în noua țară?
4. Aveți cunoștință de vreo "imagine publică" sau idee despre aceste țări ca fiind angajatori mai buni pentru lucrătorii din domeniul sănătății decât România?
5. Cum a influențat Covid-19 profesioniștii din domeniul sănătății în intenția lor de a se muta în străinătate?



6. De ce au nevoie cel mai mult profesioniștii din domeniul sănătății în acest moment, pentru a se asigura că își pot exercita corect profesia?
7. Cum credeți că afectează sistemul sanitar românesc migrația cadrelor medicale din România către alte țări?
8. Dacă ați putea face apel la actorii care au un rol în domeniul sănătății din România - cum ar fi politicienii - ce le-ați cere să facă sau să schimbe (pentru a îmbunătăți retenția/întoarcerea/colaborarea)?
9. Dacă ați putea face apel la actorii care au un rol în domeniul sănătății în Europa - cum ar fi politicienii - ce le-ați cere să facă sau să schimbe (pentru a îmbunătăți reținerea/întoarcerea/colaborarea)?
10. Există politici în România, în sistemul de sănătate, care să țină cont de gen ca variabilă relevantă? (De exemplu, politici care să abordeze eventualele diferențe în ceea ce privește angajarea sau condițiile de muncă)
11. Dacă ar fi un singur lucru care ar trebui schimbat în România pentru ca tinerii medici să lucreze aici (sau să se întoarcă/ să colaboreze în proiecte), care ar fi acela?
12. Dacă ar fi un lucru care ar trebui schimbat în România pentru ca o asistentă medicală să lucreze și să aibă o viață profesională împlinită acolo (sau să se întoarcă, dacă este cazul), care ar fi acela?
13. Credeți că există diferențe între femei și bărbați atunci când vine vorba de profesioniștii din domeniul sănătății?

Interviuri cu reprezentanți din diaspora (1)

1. Care este obiectivul organizației dumneavoastră?
2. Ce i-a motivat pe membrii dvs. să își părăsească țara de origine și să înceapă o carieră aici? (Ce au sperat să găsească aici, ceea ce nu au putut găsi în România?)

3. Sunt mai mulți bărbați sau mai multe femei printre membrii organizației dumneavoastră? Din câte știți, există diferențe între ei în ceea ce privește motivațiile lor?
4. Cum a decurs procesul pentru majoritatea dintre ei (de exemplu, cu autoritățile, administrația, validarea diplomelor etc.)? A existat o provocare specifică pe care au întâmpinat-o?
5. Ar lua vreunul dintre ei în considerare posibilitatea de a se întoarce în România pentru a lucra în aceeași profesie? Și de ce (nu) (ce ar trebui să se schimbe pentru ca ei să facă acest pas)?
6. Din experiența dumneavoastră ca lucrător în domeniul sănătății, care sunt asemănările și diferențele dintre sistemul de sănătate din România și cel din noua țară?
7. Cum credeți că afectează sistemul de sănătate românesc migrația personalului medical din România către alte țări?
8. Dacă ați putea face apel la actorii care au un rol în domeniul sănătății în Europa - cum ar fi politicienii - ce le-ați cere să facă sau să schimbe?
9. Există politici în România, în sistemul de sănătate, care să țină cont de gen ca variabilă relevantă? (De exemplu, politici care să abordeze eventualele diferențe în ceea ce privește ocuparea forței de muncă sau condițiile de muncă)
10. Dacă ar fi un singur lucru care ar trebui schimbat în România pentru ca dumneavoastră să vă întoarceți să lucrați acolo, care ar fi acela?
11. Ați auzit vreodată de colegi care lucrează acum în străinătate și care au avut activități educaționale/ practice sau proiecte de scurtă durată în România?
12. (exemplu personal) Dacă ar fi un lucru care trebuie schimbat în România pentru ca dumneavoastră să colaborați în diverse proiecte acolo, care ar fi acela?
13. Credeți că există diferențe între femei și bărbați în ceea ce privește profesioniștii din domeniul sănătății?

Anexa 4 Lista codurilor

Mobilitatea lucrătorilor români din domeniul sanataii

Codebook

Nume de cod	Detalii suplimentare (dacă este necesar)
Diaspora (coduri pentru interviurile cu lucrătorii români din domeniul sănătății din străinătate)	
Modificări care trebuie să fie implementate România	Schimbări pentru îmbunătățirea sistemului de sănătate din România
Colaborări la origine	Acțiuni în care respondenții sunt implicați în prezent
Asociații din diaspora	Utilizarea acestor asociații și percepțiile asupra lor
Diferențe între sistemele de sănătate	Țara de origine/destinație
Experiențe la destinație	Integrare, societate/elemente structurale
Experiențe în sistemul sanitar din România	A lucrat în sistemul medical din România, înainte de a migra
Conflicte de gen	Cum și când a apărut genul ca fiind relevant
Procesul de migrare	Decizie, resurse, acțiuni întreprinse în domeniul migrației
Cea mai importantă schimbare pentru retenție sau revenire	De implementat în sistemul medical din România
Motivații ale migrației	Ce i-a determinat să plece în străinătate
Planuri de viitor	Între origine și destinație
Resurse la destinație	Ce a facilitat integrarea lor
Lucruri necesare pentru a-și desfășura activitatea	Aspecte atât materiale, cât și imateriale - echipamente, atitudini etc.
Ce ar putea permite colaborările	De ce este nevoie pentru încurajarea colaborării între LDS români din străinătate și cei din România

Interviuri cu LDS din România

Experiență generală	
Percepții privind efectele migrației asupra României	Are migrația profesioniștilor un impact asupra situației din țara de origine?
Experiență personală	Relatării respondenților cu privire la propriile lor experiențe
A fi un LDS în România	Despre sistem și experiențele din cadrul sistemului
Experiențe la destinație prieteni, cunoștințe	Ce au învățat de la alții care au migrat
Parcursul personal	Profesional, personal
Combaterea sistemului	Relatări despre cum medicii trebuie să "lucreze în sistem" pentru binele pacienților lor
Aspecte de gen	Cum și când genul pare a fi relevant
Distribuția pe sexe la locul de muncă	
Distribuția pe sexe în cadrul profesiei	
Politici de gen în sistemul de sănătate	
Conflicte de gen	
Diferențe de gen în profesiile din domeniul sănătății	
Dacă ar avea sexul opus	Cum ar fi fost experiența lor dacă ar fi fost de sex opus
Cine este mai predispus să migreze	Bărbați sau femei
Motivații și atitudini	Percepții și evidențe generale
Țări de destinație	Țările de destinație preferate pentru lucrătorii medicali din România
Sistemele de sănătate ale țărilor de destinație	Sistemele de sănătate în țările de destinație
Etapele de destinație în migrația LDS	



Motivații pentru a deveni un LDS	Ce i-a determinat pe respondenți să se orienteze către o carieră de lucrător în domeniul medical
Efectele pandemiei asupra intențiilor de a migra	
Percepții privind motivațiile pentru migrație	Percepții privind ceea ce i-a determinat pe alții să migreze
Aspecte preferate ale profesiei	
Aspecte negative ale profesiei	
Lucruri necesare pentru a-și face meseria	Aspecte atât materiale, cât și imateriale - echipamente, atitudini etc.
Intervenții potențiale	Percepții cu privire la ceea ce trebuie făcut pentru a promova retenția/colaborarea/întoarcerea
Modificări care trebuie să fie puse în aplicare în Europa	
Modificări care trebuie să fie puse în aplicare în România	
Cea mai importantă schimbare pentru revenire sau retenție	