



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

Acest ghid a fost elaborat cu sprijinul Organizației Mondiale a Sănătății, Biroul Regional pentru Regiunea Europeană, în cadrul Planului Național de Redresare și Reziliență.

SOLUȚII PENTRU RESURSA UMANĂ ÎN SĂNĂTATE

GHID DE ACȚIUNI LOCALE

Bune practici pentru atragerea
și retenția resursei umane
din domeniul sănătății
în comunitățile din România



Finanțat de
Uniunea Europeană
NextGenerationEU



Planul Național
de Redresare și Reziliență



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

Acest ghid a fost elaborat cu sprijinul Organizației Mondiale a Sănătății, Biroul Regional pentru Regiunea Europeană, în cadrul Planului Național de Redresare și Reziliență.

SOLUȚII PENTRU RESURSA UMANĂ ÎN SĂNĂTATE

GHID DE ACȚIUNI LOCALE

Bune practici pentru atragerea
și retenția resursei umane
din domeniul sănătății
în comunitățile din România



Finanțat de
Uniunea Europeană
NextGenerationEU



Planul Național
de Redresare și Reziliență

Cuprins

Prefață	2
Rezumat	3
Context	4
Recomandări și bune practici	14
Educație Politici educaționale și de dezvoltare profesională țintite	15
Stimulente Stimulente financiare și nefinanciare	19
Intervenții de reglementare Cadru legislativ și practici transparente	24
Sprijin Infrastructură și integrare în comunitate	26
Studii de caz	30
Condiții necesare pentru a avea succes	32
Concluzii	34
Mulțumiri	35
Bibliografie	37

Prefață



Ministrul Sănătății

Prof. Univ. Dr. Alexandru Rafila

Cadrele medicale - membri respectați ai comunității

Accesul la servicii de sănătate depinde, în mod esențial, de prezența medicilor și a celorlalți profesioniști din domeniul medical, care ar trebui să fie activi în toate comunitățile – dincolo de politicile publice sau investițiile în infrastructură și echipamente. În acest context, rolul autorităților publice locale este crucial pentru atragerea și menținerea personalului medical.

Medicii, asistenții medicali și alte categorii de profesioniști trebuie convinși să profeseze în localitatea pe care o administrează, iar pentru asta este esențial să li se ofere condiții bune de lucru, dar și posibilitatea de a duce o viață decentă: locuință, acces la educație pentru copii, oportunități pentru un trai de calitate.

Acești profesioniști trebuie integrați în comunitate și tratați ca membri valoroși ai acesteia, astfel încât să-și dorească, pe termen lung, să contribuie la protejarea sănătății acesteia.

15 aprilie 2025

Rezumat

România se confruntă cu o distribuție geografică defectuoasă a cadrelor medicale, în special în zonele rurale și urbane non-universitare. Acest deficit afectează accesul la asistență medicală de calitate și creează disparități în ceea ce privește rezultatele în materie de sănătate. Deși s-au înregistrat îmbunătățiri notabile în ultimii ani, densitatea medicilor, a asistenților medicali și a altor profesioniști din domeniul sănătății se situează încă sub media OMS pentru Regiunea Europeană și UE27, comunitățile mai mici fiind cele mai afectate.

Printre principalele provocări în calea asigurării unei distribuții naționale echilibrate a cadrelor medicale se numără oportunitățile limitate de avansare în carieră în orașele mai mici, insuficiența echipamentelor și tehnologiilor medicale moderne, migrația constantă a personalului medical către țările din Europa de Vest, volumul mare de muncă cauzat de lipsa de personal, izolarea profesională, dificultăți în achiziționarea unei locuințe, provocări legate de integrarea copiilor în unitățile școlare sau a identificării unui loc de muncă atractiv pentru partenerul profesionistului care se relochează.

Ghidul OMS privind dezvoltarea, atragerea, recrutarea și retenția forței de muncă din domeniul sănătății în zonele rurale și greu accesibile (1) prezintă o serie de recomandări bazate pe dovezi pentru retenția profesioniștilor din domeniul sănătății în zonele urbane non-universitare. Aceste recomandări sunt împărțite în patru categorii de intervenții: educație, reglementare, stimulente și sprijin.

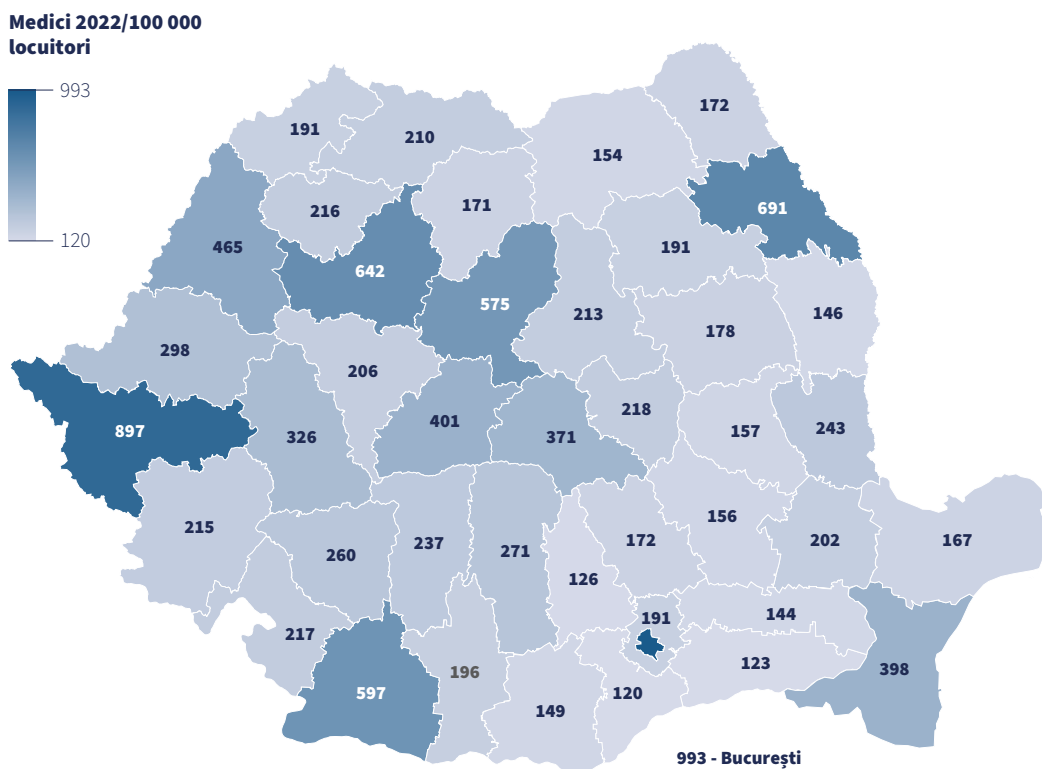
În prezent, în România, autoritățile locale au un rol major în asigurarea și dezvoltarea serviciilor de sănătate și, de aceea, este necesar ca acestea să își intensifice investițiile în sănătate prin alocarea unor resurse financiare mai mari din bugetele proprii, prin utilizarea activă a oportunităților oferite de programele naționale de investiții și de fondurile europene nerambursabile. De asemenea, resursele umane în sănătate reprezintă o altă componentă cheie care necesită implicarea autorităților locale, în special în atragerea și retenția cadrelor medicale la nivelul comunităților.

Pe baza ghidului OMS, Ministerul Sănătății a elaborat ghidul de față, cu sprijinul Organizației Mondiale a Sănătății, pornind de la trecerea în revistă a literaturii de specialitate, a analizei de date primare și a exemplurilor de bune practici identificate la nivel local. Ghidul își propune să prezinte exemple de bune practici din România care să răspundă la provocările legate de atragerea și retenția profesioniștilor din domeniul sănătății în zonele urbane non-universitare, precum și să ofere autorităților administrației publice locale un instrument practic pentru conceperea și aplicarea de măsuri adecvate la nivel local pentru păstrarea cadrelor medicale.

Analiza distribuției profesioniștilor din sănătate

Deși se află pe locul cinci în topul producătorilor de absolvenți de medicină din Regiunea Europeană a OMS, România, în mod paradoxal, încă se confruntă cu un deficit de cadre medicale și prezintă o distribuție defectuoasă a acestora la nivel național, localitățile cel mai slab deservite fiind cele aflate în mediul rural și centrele urbane non-universitare (Fig. 1).

Figura 1: Medicii din România, distribuție geografică 2022, Ministerul Sănătății



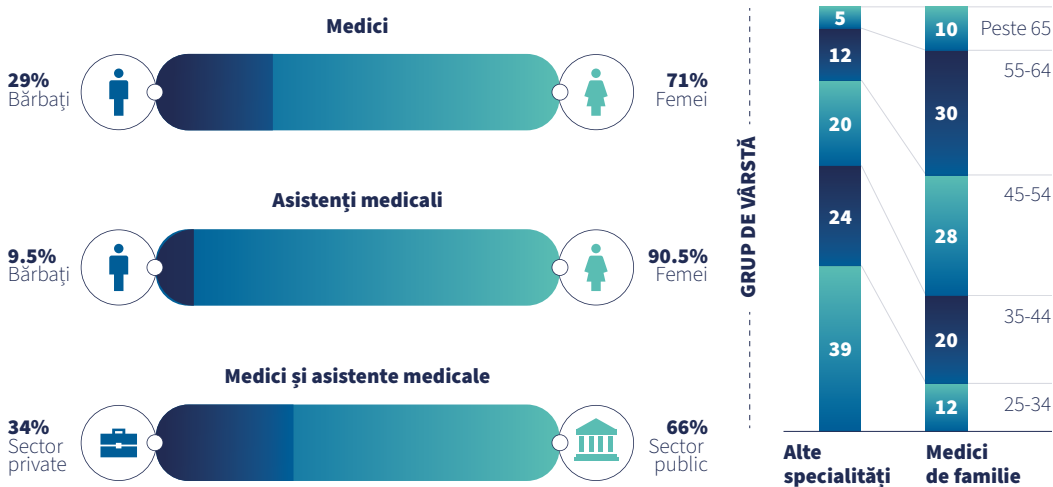
Conform raportărilor, se identifică un contrast semnificativ între diversele regiuni, unele județe având mai puțin de 200 de medici la 100.000 de locuitori, diferență semnificativă față de principalele centre universitare, care prezintă un număr mare de medici în comparație cu restul țării. Numai în Municipiul București se află 20% din totalul medicilor din țară, deși doar aproximativ 9% din populația țării are reședința în București.

Pe de altă parte, 328 de unități administrativ-teritoriale din mediul rural nu au medic de familie. Prezența unui număr insuficient de cadre medicale, atât în asistența medicală primară, dar și în cadrul spitalelor face dificilă asigurarea continuității liniilor de gardă în multiple reședințe de județ, consecința fiind creșterea presiunii pe sistemul de urgență și a timpului scurs până când pacientul poate beneficia de îngrijirile medicale necesare.

Totodată, absența dintr-o anumită localitate a unui medic specialist determină pacienții să efectueze drumuri până în localitățile cu o densitate mai mare de cadre medicale, deplasare care generează cheltuieli, ceea ce poate limita accesibilitatea spre servicii medicale a persoanelor cu venituri reduse. În paralel, cadrele medicale din aceste regiunii sunt adesea nevoite să lucreze în condiții de stres, să efectueze multiple gărzi, crescând riscul de erori și de burnout. Distribuția geografică inadecvată duce la utilizarea excesivă a serviciilor spitalicești în zonele cu cadre medicale mai numeroase. Acest deficit generează inegalitate în furnizarea asistenței medicale și accesul către servicii medicale.

Migrația forței de muncă din sănătate și îmbătrânirea acestora exercită o presiune suplimentară asupra resurselor umane deja limitate și pot exacerba deficitul de personal în cazul în care nu se vor lua măsuri colective în viitor. Îmbătrânirea reprezintă o preocupare deosebită pentru medicii de familie, 40% dintre aceștia având vârsta de 55 de ani și peste (2) (Fig. 2).

Figura 2: Date demografice privind cadrele medicale (3)



Deși migrația a scăzut în ultimii ani, în 2021 aproape 22.000 de medici și 23.000 de asistenți medicali români lucrau în alte țări OCDE. Aceste fluxuri de migrație sunt determinate de un cumul complex de factori, atât negativi, denumiți factori de respingere ("push") dar și pozitivi, denumiți factori de atracție ("pull"). Analiza literaturii de specialitate și a interviurilor cu reprezentanți cheie de la nivel local au condus la identificarea următorilor factori din fiecare categorie:

FACTORI DE RESPINGERE



Condiții de muncă
necorespunzătoare



Avansare limitată
în carieră



Salarii
inadecvate



Volum mare de
muncă și stres

FACTORI DE ATRACȚIE



Salarii mai mari și
beneficii mai multe



Oportunități de
dezvoltare profesională



Mediu de muncă
îmbunătățit



O mai bună
calitate a vieții

În contextul investițiilor din ultimii ani în sistemul sanitar, prin diverse surse de finanțare de la bugetul de stat, granturi și finanțări internaționale, infrastructura sistemului se va dezvolta în continuare, cu corpuri noi de unități sanitare în numeroase județe din țară. În completarea acestor investiții, este nevoie ca autoritățile locale să contribuie la recrutarea și retenția resurselor umane în sănătate care să furnizeze servicii de sănătate cetățenilor din comunitățile respective.

Rolul autorităților locale în serviciile de sănătate

Descentralizarea serviciilor de sănătate din România a început odată cu implementarea OUG 162/2008, care a realizat transferul atribuțiilor și competențelor Ministerului Sănătății către Unitățile Administrativ-Teritoriale (UAT-uri). Prin această măsură, un număr semnificativ (270) de spitale publice, din totalul de 367, au trecut în subordinea UAT-urilor, precum consiliile județene și consiliile locale. În ciuda intențiilor bune, descentralizarea a întâmpinat multiple dificultăți. Printre principalele probleme se numără know-how-ul redus la nivel local, infrastructura precară moștenită și finanțarea insuficientă de la bugetul local. În plus, finanțarea de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) s-a realizat diferențiat în funcție de categoria spitalului, ceea ce a contribuit la inegalități în alocarea resurselor. Politizarea managementului spitalelor și implicarea tot mai scăzută a autorităților centrale, în contextul descentralizării, au agravat situația. În același timp, cetățenii au rămas slab informați cu privire la rolul UAT-urilor în gestionarea spitalelor, ceea ce a dus la o înțelegere limitată a responsabilităților locale în domeniul sănătății.

La momentul actual, autoritățile locale joacă însă un rol esențial în asigurarea și îmbunătățirea serviciilor de sănătate publică, acoperind o gamă largă de responsabilități care includ atât asistența medicală comunitară, cât și administrarea spitalelor și promovarea sănătății publice în comunități:

I. Asistența medicală comunitară și medicina socială

- Centre de sănătate multifuncționale
- Servicii medicale și stomatologice pentru grupurile defavorizate (neasigurați, vârstnici, persoane cu handicap, alte grupuri vulnerabile)
- Servicii de tipul centrelor de zi pentru bolnavii cu Alzheimer
- Recuperare neurologică și îngrijire medicală postintervenție chirurgicală
- Hospice (îngrijire paliativă și terapie a durerii)
- Structuri pluridisciplinare asistent social - asistent medical comunitar – medic de familie
- Catagrafierea problemelor sociomedicale ale comunităților locale
- Promovarea principiilor de prevenție
- Educație pentru sănătate, informare socială

II. Asistența medicală desfășurată în unitățile de învățământ

- Infrastructura și dotările cabinetelor medicale școlare
- Resursa umană (salarii personal medical – Ministerul Sănătății)

III. Asistența medicală primară și secundară – medicina de familie, ambulatoriul de specialitate, medicina dentară

- Infrastructura aflată în patrimoniul UAT (fostele dispensare și policlinici), reglementată prin OUG nr. 68/2008
- Stimulente pentru înființarea cabinetelor medicale
- Dezvoltarea de Centre de Permanență în zonele unde serviciile medicale nu sunt ușor accesibile

IV. Spitale

- Investiții în infrastructură și dotări din bugetul local, dar și prin atragerea de fonduri europene
- Acoperirea cheltuielilor de funcționare
- Acordarea de stimulente (cazare, transport etc.) pentru acoperirea deficitului de personal medical
- Reorganizarea spitalelor pentru a răspunde nevoilor reale ale comunității
- Construcția de noi spitale

V. Factorii determinanți ai stării de sănătate

- Apă, canalizare, poluare, alimentație, infrastructura de transport etc.
- Educație, educație pentru sănătate, promovarea unui stil de viață sănătos
- Prevenție primordială, primară, secundară în sănătate

Alocări din bugetele locale pentru serviciile de sănătate

În 2023, **cheltuielile curente totale cu sănătatea ale UAT-urilor din bugetele locale** au fost de doar **638.086.933 RON** (incluzând transferurile către spitalele publice), ceea ce reprezintă sub **0,65%** din cheltuielile curente totale cu sănătatea la nivel național, o pondere ce denotă implicarea insuficientă (4).

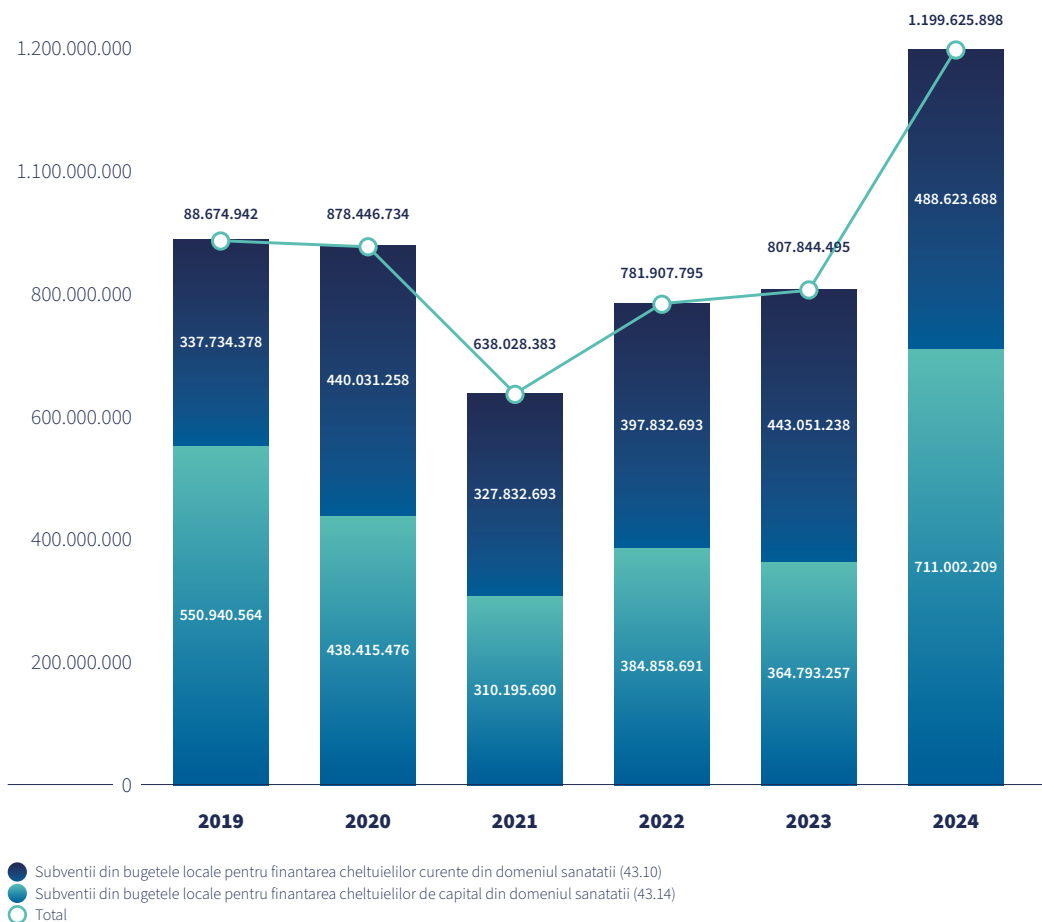
Doar 178 de spitale din cele 378 de spitale publice au primit finanțare pentru cheltuieli curente din partea autorităților locale și doar 59 dintre acestea au primit sume mai mari de 1 milion RON. Mediana alocărilor se situează în jurul valorii de 550.000 RON. 200 de spitale publice nu au primit finanțare de la bugetele locale (4), ceea ce dovedește implicarea insuficientă a acestora în condițiile dificultăților financiare ale spitalelor publice, generate de creșterea costurilor utilităților și a inflației.

În ceea ce privește alocările pe județe există o distribuție neomogenă, București, Timiș, Iași, Brașov și Prahova având cele mai mari alocări, iar județe precum Ialomița, Călărași, Sibiu, Mehedinți având alocări de sub 300 de mii RON (4). Astfel, tot spitalele din centrele universitare beneficiază de cel mai mare sprijin.

Poate mai important, în afara transferurilor pentru cheltuieli curente, autoritățile locale sunt responsabile de realizarea investițiilor în infrastructură și dotări cu echipamente medicale în spitalele pe care le administrează, precum și în alte imobile în care au loc activități de sănătate și care se află în proprietatea UAT. Investițiile sunt finanțate din patru surse principale: venituri proprii ale bugetelor locale, subvenții de la bugetul de stat, prin bugetul MS, fonduri externe nerambursabile și, mai rar, împrumuturi contractate de autoritățile locale.

Evoluția implicării financiare a autorităților locale în susținerea spitalelor publice din România, atât prin finanțarea cheltuielilor curente, cât și prin investiții în infrastructură și dotări medicale, este ilustrată în figura de mai jos. Deși în România cheltuielile totale cu sănătatea, fondurile gestionate de CNAS și bugetul Ministerului Sănătății au crescut progresiv în ultimii ani, implicarea autorităților locale în finanțarea spitalelor publice a stagnat, înregistrând chiar o scădere semnificativă a investițiilor în infrastructura medicală din bugetele locale, comparativ cu anul 2019, fapt care reflectă o insuficientă priorizare la nivel local a nevoilor sistemului sanitar.

Figura 3: Veniturile spitalelor publice din bugetele locale (4)



Totuși, anul 2024 marchează o schimbare pozitivă semnificativă, autoritățile locale realizând o creștere importantă a investițiilor și finanțării cheltuielilor curente, totalizând aproximativ 1,2 miliarde RON (Fig. 3). Această evoluție pozitivă este un semnal optimist că autoritățile locale încep să conștientizeze importanța rolului lor în sistemul de sănătate.

Pe lângă aceste transferuri, autoritățile locale au realizat în mod direct investiții suplimentare în infrastructura de sănătate, nu doar spitale, în valoare de aproximativ 1,79 miliarde RON, fonduri provenite din venituri proprii, fonduri externe nerambursabile și împrumuturi. Totalul cheltuielilor de capital pentru sănătate al tuturor autorităților locale se ridică astfel la aproximativ 2,5 miliarde RON în anul 2024.

Chiar și cu această creștere semnificativă, investițiile în infrastructura sanitară și dotările medicale necesită o prioritizare mai accentuată și constantă pentru ca spitalele, mai ales cele din provincie, să poată rezolva problemele cronice legate de infrastructura precară și deficitul de personal calificat.

Planuri naționale și orientare strategică

În 2022, Guvernul României a adoptat prima Strategie multianuală pentru dezvoltarea resurselor umane în sănătate (2022-2030) (5), care a plasat în mod clar resursele umane în domeniul sănătății pe agenda politică. Obiectivul principal al strategiei a fost consolidarea guvernanței și a reglementărilor privind resursa umană din domeniul sănătății, actualizarea educației medicale și stabilirea unor mecanisme eficiente de planificare. Cu sprijinul Planului Național de Redresare și Reziliență (PNRR) (6) al Uniunii Europene, România investește în sistemul de sănătate, alături de reforme elaborate în vederea consolidării capacităților în domeniul resurselor umane și al managementului serviciilor de sănătate.

Răspunsul strategic al României la criza forței de muncă din domeniul sănătății este, de asemenea, inclus în Strategia Națională de Sănătate 2023-2030 (7) (Imaginea 1), care pune accentul pe principalele priorități de dezvoltare și retenție a cadrelor medicale. În strategie sunt incluse obiective referitoare la îmbunătățirea oportunităților de dezvoltare profesională, consolidarea traseelor profesionale și la asigurarea de medii de lucru propice atenuării fluctuațiilor.

Totodată, aprobarea Strategiei naționale de sănătate 2023 – 2030 a coincis cu o serie de inițiative din Regiunea Europeană a OMS, inclusiv adoptarea *Declarația de la București privind forța de muncă din domeniul sănătății* (8) (Imaginea 2) din martie 2023 și a Cadrului de acțiune cu privire la resursele umane în sănătate (9), precum și cu adoptarea Rezoluției (10) realizată sub conducerea României, ce a fost unanim adoptată de toate cele 53 State Membre în octombrie 2023 la Astana.

Strategia Națională de București Sănătate 2023-2030



Declarația de la privind forța de muncă din domeniul sănătății



Au fost introduse o serie de măsuri de politici specifice menite să abordeze problemele legate de retenția cadrelor medicale. O reglementare în acest sens, introdusă în 2008, este cea a "rezidențiatului pe post" prin care spitalele cu personal insuficient pot angaja personal medical prin intermediul concursului de admiterea în rezidențiat. Prin această măsură, ulterior promovării examenului de rezidențiat, rezidentul poate să aleagă să se angajeze pe perioadă nedeterminată în unitatea care se confruntă cu un deficit, ulterior, medicul urmează programul de pregătire conform curriculumului într-un centru universitar acreditat. După finalizarea programului de rezidențiat, medicul continuă ca medic specialist în unitatea unde este încadrat. Cu toate acestea, succesul acestei măsuri este limitat. Un număr semnificativ dintre medicii care au optat pentru un post la rezidențiat a renunțat la acesta la finalul perioadei de formare. Principala cauză identificată este lipsa unor consecințe negative clare în cazul nerespectării angajamentului față de unitatea angajatoare (11).

Măsurile financiare, cum ar fi creșterile salariale pentru medici și asistenți medicali, au fost introduse treptat începând cu 2018 scopul final al acestei măsuri fiind alinierea veniturilor cu media U.E. (12). În ciuda eficacității dovedite, ilustrate de scăderea emigrării și creșterea cu 27,5% (3) a numărului total de medici între 2015 și 2022, actuala densitatea de medici de 374 la 100.000 de locuitori rămâne în continuare ușor sub media U.E. de 410 și distribuția acestora este în continuare inegală.

Această problemă persistentă ține de faptul că, în timp ce centrele universitare atrag cu ușurință un număr mare de cadre medicale, autoritățile locale din zonele rurale și din urbanul non-universitar sunt nevoite să identifice și să ofere un set amplu de stimulente pentru a atrage și a păstra numărul necesar și combinația potrivită de profesioniști din domeniul sănătății care să răspundă nevoilor de sănătate ale comunităților lor.

Pentru a susține aceste eforturi, Ministerul Sănătății, cu sprijinul Organizației Mondiale a Sănătății, a elaborat prezentul ghid destinat autorităților publice locale și managerilor de spitale (v. caseta Metode). Instituțiile de învățământ superior din România asigură formarea unui număr suficient de cadre medicale bine pregătite, însă autoritățile locale și managementul spitalelor au responsabilitatea de a atrage și de a păstra personalul medical necesar în comunitățile lor.

METODE

Elaborarea ghidului pentru personalul medical din zonele rurale și urbanul mic din România s-a bazat pe analiza literaturii de specialitate și pe interviuri calitative realizate în timpul vizitelor pe teren, revizuirea ghidurilor OMS și analiza datelor statistice. Analiza literaturii de specialitate a identificat patru domenii de politici esențiale pentru atragerea și retenția profesioniștilor în domeniul sănătății: **educație, stimulente, reglementare și sprijin**, în conformitate cu recomandările ghidurilor OMS.

Vizitele pe teren efectuate de *Asociația Medici pentru România* și OMS au avut loc în iulie 2024 și au inclus discuții și interviuri cu peste șaptezeci de părți interesate cheie din șapte spitale aflate în orașe insuficient deservite din România. Interviurile au explorat factorii de respingere și de atracție care influențează deciziile cadrelor medicale de a lucra în aceste zone, cum ar fi oportunitățile de dezvoltare profesională, condițiile de muncă și sprijinul comunității. Interviurile au surprins și percepțiile persoanelor intervievate cu privire la aplicabilitatea celor mai bune practici internaționale.

Feedback-ul și analiza datelor au permis identificarea principalelor domenii de intervenție menite să sporească retenția forței de muncă din domeniul sănătății în România și au stat la baza elaborării ghidului actual.

Ghidul își propune să prezinte exemple de bune practici din România aplicate ca răspuns la provocările legate de atragerea și menținerea cadrelor medicale în zonele rurale și urbane mici. Acesta oferă un set de recomandări de intervenții utile pentru a pune la dispoziția autorităților administrației publice locale și managerilor de spitale un instrument practic cu ajutorul căruia să poată concepe și aplica măsuri de recrutare și retenție a personalului medical adecvate contextului și constituie:



Un instrument de referință pentru elaborarea de politici și inițiative locale în vederea atragerii și păstrării cadrelor medicale în zonele rurale și urbane non-universitare.



O listă de elemente cheie pentru conceperea și punerea în aplicare a intervențiilor locale în vederea păstrării cadrelor medicale în comunități.



O bază pentru crearea unui pachet adaptat de intervenții pe baza *Ghidului OMS privind dezvoltarea, atragerea, recrutarea și retenția forței de muncă din domeniul sănătății în zonele rurale și greu accesibile* (1).

Publicul țintă:

Ghidul este destinat persoanelor care joacă un rol cheie în furnizarea de asistență medicală în comunitățile lor și ocupă poziția necesară pentru a pune în aplicare soluții eficiente pornind de la înțelegerea nevoilor locale și mobilizarea resurselor, cum ar fi:



Consilii Județene



Primarii localităților din orașele non-universitare



Manageri de spitale



Membri din consiliile
directoare ale spitalelor

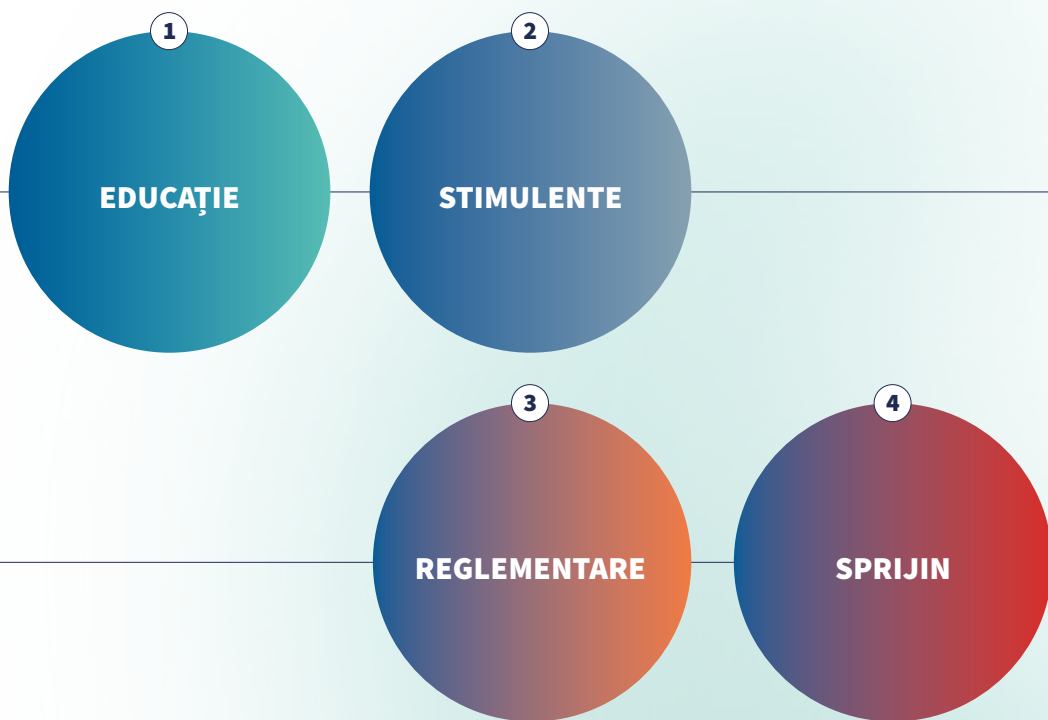


Alte părți interesate
de la nivel local

Ghidul poate sprijini **liderii locali** în crearea și punerea în aplicare a strategiilor de atragere și păstrare a cadrelor medicale în cadrul comunităților lor. După cum demonstrează exemplele de bune practici și măsurile recomandate prezentate în document, aceste strategii trebuie să cuprindă un pachet de stimulente care să vizeze dimensiunile profesionale, sociale, personale, familiale și financiare ale vieții pentru a avea garanția unui efect de durată al intervențiilor în ceea ce privește retenția resurselor umane în sănătate.

Recomandări și bune practici

Următoarea secțiune cuprinde o listă de măsuri recomandate de recrutare și retenție a cadrelor medicale, elaborate pe baza practicilor naționale care s-au dovedit a avea un impact asupra recrutării și retenției cadrelor medicale în zonele rurale și urbane mici. Intervențiile propuse sunt organizate în funcție de cele patru categorii ale *Ghidului OMS privind dezvoltarea, atragerea, recrutarea și retenția forței de muncă din domeniul sănătății în zonele rurale și greu accesibile (1)*: educație, reglementare, stimulente, precum și sprijin profesional și personal. Deși accentul principal este pus pe evidențierea măsurilor de pe teritoriul României, sunt oferite ca referință și câteva exemple internaționale.



1. EDUCAȚIE

Politici educaționale
și de dezvoltare
profesională țintite



1.1 Campanii de recrutare țintite

R1 Posibilitatea ca medicii rezidenți să lucreze în spitale aflate sub administrarea autorităților locale, desemnate oficial de Ministerul Sănătății să desfășoare programe de rezidențiat. Această situație se poate dovedi avantajoasă pentru toate părțile: asigură medicului rezident un număr adecvat de cazuri și oportunități de realizare a manoperelor curriculare; spitalul îi poate atrage mai ușor ca specialiști după terminarea rezidențiatului și, nu în ultimul rând, autoritățile locale vor putea avea cadrele medicale necesare la nivel local pentru a răspunde diferitelor nevoi medicale ale comunității. Această activitate este reglementată de *Ordonanța Guvernului nr 18/2009 - privind organizarea și finanțarea rezidențiatului - art. 12 privind aprobarea criteriilor și procedurilor de avizare/reavizare a unităților sanitare în care se pot derula programe de rezidențiat, respectiv de ordinul ministrului sănătății nr. 1141/2007 privind modul de efectuare a pregătirii prin rezidențiat.*

R2 Colaborarea cu instituțiile de învățământ superior care au în structura lor facultăți de medicină și farmacie și facilitează înființarea de filiale locale în județe, cum ar fi extensiile UMF "Carol Davila" în Ploiești, UMFST "G.E. Palade" în Bistrița etc. Aceste extensii universitare reprezintă o bună oportunitate pentru cadrele medicale care doresc să urmeze o carieră academică, deoarece le permite să predea într-un spital din afara marilor centre universitare. De asemenea, oferă comunităților posibilitatea de a forma la nivel local profesioniști în domeniul sănătății, ceea ce facilitează în mod natural procesul de retenție.

R3 Colaborarea între universitățile de medicină și farmacie și autoritățile locale pentru a încuraja absolvenții de liceu din mediul rural și urban non-universitar să urmeze o carieră în domeniul medical, cu sprijin sub formă de burse, monitorizare și mentorat, urmate de oportunități de angajare la nivel local după absolvirea studiilor.

R4 Recrutarea medicilor rezidenți din specialitățile pentru care există o nevoie crescută la nivel local și încurajează concursul pe post în ultimii ani de rezidențiat.

R5 Încurajarea recrutării sau completării echipelor multidisciplinare, cu cadre medicale de diverse specialități care vor lucra împreună în unitatea sanitară: chirurgie, ATI, cardiologie, etc (exemplu: scoaterea la concurs în aceeași sesiune a posturilor din specialități complementare). Existența echipelor multidisciplinare este o condiție necesară pentru furnizarea de servicii medicale adaptate nevoilor comunității, respectiv un factor de atracție pentru potențialii profesioniști interesați să lucreze în unitatea sanitară respectivă.

R6 Căutarea activă (prin participarea la evenimente universitare, conferințe, organizarea de prezentări în centre academice etc.) de către managerii de spitale, în colaborare cu autoritățile locale a posibiloilor candidați în rândul rezidenților în specialități necesare la nivelul comunității. Prezentarea stimulentei și a oportunităților existente la nivel local, precum și atragerea acestora înainte de a se stabili și de a-și întemeia o familie.

R7 Dezvoltarea colaborării cu centrele universitare prin informarea acestora atunci când există posturi scoase la concurs sau alte oportunități pentru tinerii medici aflați în pregătire într-un anumit centru universitar. Continuarea colaborării prin deschidere față de standardele de practică cu care tinerii medici vin și valorificarea conexiunilor între medicii din centrele universitare și cei relocați în localitatea dumneavoastră.

R8 Realizarea unei situații la nivel de unitate sanitară a posturilor care urmează să se elibereze pe termen mediu, și realizarea unui plan de ocupare a acestor posturi (de ex. prin rezidențiat pe post).

EXEMPLU

E1 Posturile vacante din cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență Bistrița sunt promovate pe diferite canale, inclusiv prin mass-media locală, rețelele de socializare și evenimente de recrutare pentru a ajunge la o gamă largă de candidați. În plus, conducerea spitalului contactează în mod activ universitățile și coordonatorii de rezidențiat pentru a recruta direct medicii de care au nevoie.

E2 Spitalul Orășenesc Buhuși este desemnat de Ministerul Sănătății pentru a desfășura programe de rezidențiat pentru anestezie și terapie intensivă, precum și pentru medicină internă și boli infecțioase, fiind acum unul dintre puținele spitale din România (cu excepția celor din centrele universitare) care valorifică din plin această oportunitate.

E3 În județul Satu Mare, atunci când au existat oportunități de angajare în anumite specialități (ex. ATI), managementul spitalului a informat centrul universitar Timișoara. După ocuparea postului, conducerea spitalului a menținut o colaborare cu centrul universitar și a făcut eforturi active pentru a prelua standardele de practică din centrul universitar.

1.2 Educație și formare continuă

R1 Sprijin pentru profesioniștii din domeniul sănătății în vederea participării la evenimente științifice și congrese, precum și la cursuri de formare profesională, cum ar fi plata taxelor de participare, acoperirea costurilor de transport. Astfel, cadrele medicale din orașele non-universitare vor putea să-și continue dezvoltarea profesională continuă în mod similar cu colegii lor din centrele universitare.

R2 Parteneriat cu universitățile de medicină și farmacie sau cu platformele online specializate pentru a oferi cadrelor medicale cursuri în specialități foarte solicitate, asigurând accesul la certificări și oportunități de dezvoltare.

R3 Sprijin pentru profesioniștii din domeniul sănătății care urmează programe de studii complementare în vederea obținerii de competențe, prin sprijinirea și încurajarea participării, sprijinirea taxelor de participare și decontarea transportului până în localitatea unde se desfășoară cursurile, precum și punerea la dispoziție a aparaturii necesare, dacă este cazul.

R4 Utilizarea bugetelor locale sau a cererilor de granturi pentru a asigura finanțarea acestor inițiative. Fondurile pot proveni, de asemenea, din programe naționale și europene care vizează dezvoltarea competențelor în zonele insuficient deservite, asigurând accesul profesioniștilor din domeniul sănătății la resursele necesare pentru dezvoltarea profesională.

EXEMPLU

E Consiliul Județean Brașov decontează cheltuieli de deplasare și participare la evenimente educaționale și științifice, pentru profesioniștii din sănătate, pentru educație medicală continuă și deprinderea de noi competențe.

1.3 Mentorat și parcursuri profesionale

R1 Identificarea, în rândul personalului medical, de persoane care doresc să ofere mentorat. Ulterior, aceștia să fie puși în legătură cu medici rezidenți sau specialiști interesați să lucreze în astfel de comunități după terminarea rezidențiatului. Prin acest mijloc se asigură informarea corectă a medicului rezident cu privire la realitățile practicii în aceste zone.

R2 Încurajarea oportunităților de practică de vară pentru studenți și menținerea legăturii cu studenții și medici rezidenți care manifestă interes față de spital, oferindu-le informații actualizate și motivându-i să ia în considerare spitalul drept o posibilă opțiune de carieră.



Exemple din practica internațională: Strategiile educaționale de succes adoptate în Australia (13), Regatul Unit (14) sau Statele Unite (15) includ recrutarea studenților la medicină din mediul rural și oferirea de stagii clinice în mediul rural pentru a-i familiariza cu unitățile sanitare rurale, în concordanță cu recomandările OMS care pun accentul pe cooptarea studenților și expunerea acestora la practicile clinice din mediul rural.

2. STIMULENTE

Stimulente
financiare
și nefinanciare



2.1. Bonusuri salariale și creșteri ale veniturilor

R1 Acordarea de bonusuri financiare pentru cadrele medicale din spitale publice aflate în zonele insuficient deservite. Acordarea stimulentei financiare este reglementată de articolul 199, alin (2) din Legea 95/2006 : Autoritățile administrației publice locale pot acorda personalului medical și de specialitate din spitalele publice din rețeaua sanitară proprie stimulente financiare lunare, în limita a două salarii minime brute pe țară, în baza hotărârii autorităților deliberative ale autorităților administrației publice locale.

R2 Acordarea de bonusuri financiare de până la 20% din salariul de bază pentru personalul medical din unități sanitare din zonele izolate, conform Legii 153/2017 și Hotărârii Guvernului nr. 153/2018 - Art. 7 alin (1) lit. g) din Anexa II a Legii 153/2017 care specifică: „pentru personalul care lucrează în unități sanitare aflate în localități izolate, situate la altitudine, care au căi de acces dificile sau unde atragerea personalului se face cu greutate, un spor de până la 20% din salariul de bază.”

R3 Acordarea de facilități și sprijinirea medicilor de familie prin acordarea de stimulente pentru înființarea de noi cabinete și sedii secundare. Acordarea de facilități și stimulente este reglementată de articolul 75 alin (5), (6), (7) din Legea 95/2006: Autoritățile administrației publice locale pot acorda facilități și stimulente pentru instalarea unui medic, înființarea și funcționarea unui cabinet de medicină de familie, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

R4 Acordarea de stimulente financiare pentru medicii de familie din anumite zone - prevederi ale Contractului-cadru privind acordarea asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate:

- Medicii de familie din zonele urbane cu acoperire redusă a medicilor de familie pot primi un venit reprezentând plata „per capita” pentru o listă echilibrată de 800 de asigurați (articolul 2 din contractul-cadru).
- Art. 17 din Contractul-cadru are prevederi cu privire la modalitatea de contractare și de plată pentru medicii de familie nou-veniți într-o localitate. Până la îndeplinirea condițiilor pentru încheierea contractului de furnizare de servicii medicale (numărul minim de asigurați înscrși pe listă), medicul de familie nou-venit poate încheia o convenție de furnizare de servicii medicale pentru o perioadă limitată. Venitul acordat medicilor de familie nou-veniți în mediul rural în baza convenției beneficiază de o majorare de 50%, iar medicul de familie nou-venit într-o localitate din mediul rural fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială beneficiază de o majorare de 100% a venitului.

EXEMPLU

E1 Spitalul Județean de Urgență Vâlcea acordă stimulente în valoare de 2 salarii minime pentru medicii de radiologie și imagistică medicală, în vederea păstrării acestora în unitatea sanitară pe termen mediu și lung.

E2 În municipiul Rădăuți, jud Suceava, în baza unei Hotărâri a Consiliului Local, medicii nou angajați în Spitalul Municipal "Sf. Doctori Cozma și Damian" primesc un stimulent unic de 4.500 lei la semnarea contractului.

E3 În numeroase județe, sunt aplicate prevederile Contractului Cadru privind modalitatea de stimulare a tinerilor medici să își deschidă cabinete de medicină de familie.

2.2. Locuințe subvenționate și asistență pentru transport

R1 Acordarea de subvenții pentru închirierea locuinței și sprijin pentru transport cu o clauză de loialitate pentru a asigura angajamentul față de angajator. Înregistrarea contractului de închiriere la administrația fiscală, în vederea asigurării transparenței și responsabilizării părților.

R2 Oferirea posibilității cadrelor medicale de închiriere/achiziție a locuințelor administrate / în proprietatea APL.

EXEMPLU

E1 Consiliul Județean Vâlcea a achiziționat 17 apartamente pe care le vor pune la dispoziție tinerilor medici care se vor angaja la SJU Vâlcea. În prezent, până la finalizarea renovării apartamentelor, decontarea chiriei cadrelor medicale nou angajate, din afara localității, se face prin acordarea de stimulente.

E2 Spitalul Municipal Oltenița, județul Călărași, oferă un stimulent în valoare de 1.000 lei/medic/lună pentru a acoperi cheltuielile de transport pentru medicii navetiști. Condițiile pentru a primi stimulentele sunt următoarele:

- Medic angajat cu contract de gărzi care efectuează un număr de minim 6 gărzi/lună;
- Domiciliu în afara ariei municipiului Oltenița
- Absența unei locuințe proprietate personală sau în folosință pe bază de contract de închiriere sau comodat pe raza municipiului în care se află spitalul.

Stimulentele au fost solicitate primăriei de către conducerea spitalului și aprobate prin hotărâre de consiliu local în 2023.

E3 Spitalul Municipal „Dr. Aurel Tulbure” Făgăraș, județul Brașov, oferă subvenții pentru chirie de până la 1.539 lei/lună/medic și sprijin pentru cheltuielile de transport, în valoare de 86 lei/zi/medic. Condițiile pentru a primi aceste stimulente sunt ca medicul:

- să desfășoare activitatea la spital.
- să nu aibă domiciliul stabil și să nu dețină locuință proprietate personală la o distanță mai mică de 50 km de localitatea în care se află spitalul.
- să existe contract de închiriere înregistrat la Administrația Financiară pentru o locuință din fondul locativ privat (pentru chirie).
- să nu aibă încheiat contract de închiriere pentru o locuință din fondul locativ privat, situată în localitatea în care se află spitalul (pentru transport)

E4 Medicii rezidenți sau specialiști, nou angajați în Spitalul Municipal Dorohoi, județul Botoșani, pot utiliza programul de locuințe ANL pentru a le ușura povara financiară a relocării în noua localitate facilitând o tranziție mai ușoară către mediile urbane mici de angajare. Acest program include subvenții pentru chirie și potențiale împrumuturi fără dobândă pentru utilități, conform orientărilor Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 40/1999 și a Hotărârii de Guvern nr. 339/2008.

2.3. Stimulente pentru recompensarea performanței

R1 Integrarea modelelor de plată în funcție de performanță care oferă stimulente în funcție de parametrii de performanță, cum ar fi calitatea muncii și rezultatele pentru pacienți.

R2 Începând din 2025, o Ordonanță a Guvernului, în curs de adoptare, prevede posibilitatea spitalelor publice de a monitoriza anual indicatorii de performanță pentru fiecare departament, unitate, laborator, serviciu medical și ambulatoriu integrat, precum și pentru personalul medical din aceste unități. Spitalele publice pot oferi personalului medical stimulente de performanță. Valoarea stimulentei nu poate depăși șase salarii minime brute, în limita bugetului aprobat și în funcție de rezultatele monitorizării. Indicatorii de performanță, metodologia de evaluare, categoriile de personal și condițiile de acordare a stimulentei de performanță se aprobă prin ordin al Ministrului Sănătății (Legea 95/2006, art. 193).

EXEMPLU

E Spitalul de Pediatrie Ploiești implementează un model de plată pe performanță: la nivelul unității sanitare a fost înființată o comisie de evaluare a performanțelor profesionale și au fost stabilite tipurile de indicatori calitativi, cantitativi și de satisfacție a pacientului pentru secțiile clinice și paraclinice, precum și pentru asistența medicală ambulatorie.



Exemple din practica internațională: Stimulentele financiare din Danemarca și Germania (16) implică salarii competitive, bonusuri și asistență pentru relocare în vederea creșterii atractivității posturilor. Franța costurile inițiale pentru înființarea unui cabinet medical (Chevreul), iar în Canada sunt oferite granturi fixe. Această aliniere la practicile internaționale este în concordanță cu recomandările OMS care pledează pentru o combinație de stimulente financiare și nefinanciare sustenabilă din punct de vedere financiar.

3. INTERVENȚII DE REGLEMENTARE

Cadru legislativ
și practici
transparente



3.1. Responsabilizarea comunităților locale

R Există un cadru legislativ care permite autorităților locale, în colaborare cu managementul spitalelor, să adapteze strategiile de recrutare și retenție a personalului în funcție de nevoile specifice ale comunității. Există dispoziții specifice pentru acordarea de stimulente financiare, locuințe subvenționate și transport pentru personalul nou angajat în specialități medicale deficitare.

Cine poate acorda stimulentele?	Autoritățile administrației publice locale, în temeiul unei Hotărâri a Consiliului Local/Județean. În vederea acordării acestor stimulente, autoritatea locală (Consiliu Local sau Județean) trebuie să emită o hotărâre care să stipuleze în mod expres, plata acestor stimulente. În absența unei astfel de hotărâri, spitalul nu le poate oferi, chiar dacă exercițiul bugetar al instituției permite.
Cine poate beneficia de stimulente?	Personalul medical și de specialitate din spitalele publice din rețeaua sanitară proprie a administrației publice locale. Personalul medical și de specialitate: personalul din Anexa II și Anexa VIII Cap. II lit. B din Legea 153/2017 <i>Pot beneficia de stimulente doar persoanele care ocupă funcțiile identificate în Hotărârea Consiliului Local/Județean de aprobare a stimulentei.</i>
Din ce buget sunt suportate stimulentele?	Bugetul spitalului sau bugetul local, potrivit Hotărârii Consiliului Local/Județean <i>Stimulentele trebuie să se încadreze în limita bugetului aprobat</i>
Care este valoarea maximă a stimulentei?	Stimulentul lunar poate fi acordat în limita a două salarii minime brute.

3.2. Facilitarea recunoașterii calificărilor:

R Acordarea de sprijin, prin intermediul departamentelor juridice locale, profesioniștilor din domeniul sănătății care se gândesc să se întoarcă în țară și necesită echivalarea sau recunoașterea studiilor sau calificărilor efectuate în străinătate.



Exemple din practica internațională: Planificarea bazată pe dovezi a fost utilizată cu succes de mai multe țări pentru a estima necesarul de rezidenți pe baza distribuției geografice și pentru a fundamenta decizii privind combinația corectă de specialități care trebuie oferite în fiecare an, la nivel național, regional și local. Acest sistem a fost utilizat în Australia (Crettenden), Finlanda, Irlanda, Germania și Canada. În 2023, Suedia a utilizat strategii de planificare regională pentru a contrabalansa disparitățile geografice ale cadrelor medicale, transferând responsabilitățile pentru astfel de intervenții instituțiilor regionale (17).

4. SPRIJIN

Infrastructură
și integrare
în comunitate



4.1. Modernizarea unităților sanitare:

R1 Realizarea de investiții în modernizarea unității sanitare și în achiziția de echipamente noi cu sprijinul fondurilor locale, naționale sau europene, în vederea îmbunătățirii mediului de lucru.

R2 Cunoașterea și valorificarea programelor de finanțare prin care se pot realiza investiții în infrastructura sanitară sau administrativă:

1

Programul Sănătate, finanțat prin Fondul European de Dezvoltare Regională (FEDR) și prin Fondul Social European Plus (FSE+):

<https://mfe.gov.ro/minister/perioade-de-programare/perioada-2021-2027/autoritatea-de-management-pentru-programul-sanatate/>

2

Programul național de investiții pentru consolidarea spitalelor "Mihail Cantacuzino":

<https://www.mdlpa.ro/pages/pnmc>

3

Programul național de expertizare a clădirilor publice cu risc seismic, din sistemele de sănătate și învățământ, conform OUG nr 49/2023:

<https://www.mdlpa.ro/pages/programnationalexpertizacladiriscseismicsistemsanatare>

4

Programul național de investiții "Anghel Saligny":

<https://www.mdlpa.ro/pages/anghelsaligny>

EXEMPLU

E1 În ultimii ani, spitalul Buhuși, județul Bacău, a făcut investiții majore în echipamente, iar acum deține aparate de radiologie și imagistică (Computer Tomograf, RMN dar și ecograf) și laborator noi, dar și mobilier nou, atât în saloane dar și în spațiile de lucru ale personalului medico-sanitar.

E2 Două secții ale Spitalul Județean din Oradea au fost modernizate cu finanțare din bugetul unității sanitare. Spitalul are acum trei săli de operație multifuncționale, dar și un heliport construit pe clădire, amenajat cu fonduri din donații și din contribuția Ministerului Sănătății.

4.2. Promovarea integrării în comunitate

R Elaborarea de programe care să faciliteze integrarea profesioniștilor din domeniul sănătății și a familiilor acestora în comunități, pentru a ușura efortul relocării. Împreună cu autoritățile locale și cu alte părți interesate relevante, pot fi create opțiuni accesibile și rezonabile de îngrijire/educație a copiilor și oferirea sprijin pentru angajarea sau relocarea soților/soțiilor.

EXEMPLU

E Conducerea Spitalului Bistrița sprijină familiile personalului nou angajat cu o bază de date actualizată a opțiunilor de angajare disponibile la nivel județean, respectiv cu sprijin pentru încadrarea copiilor în instituții de învățământ superior relevante pentru nivelul de dezvoltare al acestora.

4.3. Parteneriate strategice

R1 Stabilirea de parteneriate cu autoritățile locale pentru optimizarea resurselor și sprijin logistic, inclusiv cu puncte secundare de lucru.

R2 Conform prevederii din articolul 193 din Legea nr. 95/2006, UAT-urile pot contribui la acoperirea unor cheltuieli de administrare și funcționare ale unităților sanitare publice de interes județean sau local, precum și ale unităților sanitare publice de interes național, ale spitalelor clinice cu secții universitare din rețeaua Ministerului Sănătății și ale spitalelor aflate în subordinea universităților publice acreditate. Aceste cheltuieli pot acoperi bunuri și servicii, investiții, reparații capitale, consolidare, extindere și modernizare, dotări cu echipamente medicale ale unităților sanitare publice.

R3 În conformitate cu Legea 273/2006, pot fi create parteneriate în vederea optimizării utilizării resurselor. Consiliile locale pot încheia contracte pentru furnizarea de facilități și sprijin serviciilor medicale care corespund nevoilor comunității, chiar și în zonele greu accesibile.

EXEMPLU

E Conferința de la Spitalul Buhuși, județul Bacău este un bun exemplu de bune practici și schimb de cunoștințe între cadrele medicale din diferite spitale și unități sanitare din aceeași regiune.

4.4. Facilitarea schimbului de cunoștințe

R Încurajarea diseminării standardizate a practicilor spitalicești de succes pentru a promova o cultură a excelenței.



Exemple din practica internațională: Măsurile care vizează integrarea în comunitate au fost identificate în mai multe țări. Acestea includ măsuri de la sprijin personal pentru reducerea stresului legat de locul de muncă până la sprijin pentru copii și soți/soții în găsirea unui loc de muncă. În Franța, Scoția și Australia, aceste măsuri au fost printre cele mai importante în deciziile privind munca în zonele rurale și cele cu cadre medicale insuficiente.

Studii de caz



Spitalul Județean de Urgență Bistrița

Spitalul și-a mărit în mod eficient numărul total de angajați de la 1.275 în 2018 la 1.657 în 2023, numărul de medici crescând de la 160 la 219. Acest succes se datorează inițiativelor de management strategic.

- Conducerea spitalului a promovat o cultură organizațională puternică prin definirea unei viziuni și a unor valori clare. Infrastructura modernă și investițiile în echipamente medicale au atras medici calificați care caută medii de lucru cu capacități avansate.
- Posturile vacante sunt promovate pe diferite canale și la evenimente de recrutare pentru a ajunge la cât mai mulți potențiali candidați. Un proces de selecție obiectiv asigură alocarea competențelor potrivite fiecărui post.
- Sprijinul pentru certificare, conferințele și oportunitățile de practică încă din rezidențiat încurajează dezvoltarea profesională continuă.
- Conducerea spitalului oferă sprijin membrilor familiilor medicilor nou-veniți în vederea relocării profesionale.



Spitalul Buhuși

Spitalul și-a mărit în mod eficient personalul medical între 2020 și februarie 2025, numărul de medici crescând de la 22 la 81, cel de asistenți medicali de la 119 la 141. De asemenea, unitatea a atras cu succes și alte categorii de personal (ingineri, biologi psihologi), numărul acestora crescând de la 5, în 2020) la 11 în 2025.

- Conducerea spitalului a făcut eforturi pentru creșterea numărului de linii de gardă, având acum cinci linii de gardă continuă (inclusiv pediatrie) și o linie de gardă la domiciliu.
- Spitalul a primit acreditarea din partea Ministerului Sănătății de a desfășura programe de rezidențiat în multiple specializări, fiind acum unul dintre puținele spitale din România (cu excepția celor din centrele universitare) care valorifică această oportunitate.
- Conducerea spitalului promovează o cultură organizațională puternică prin promovarea activă a unui set de valori fundamentale, inclusiv angajamentul de a investi în echipamentul medical și infrastructura modernă. În ultimii ani, spitalul din Buhuși a făcut investiții ample în echipamente, asigurând astfel un mediu de lucru îmbunătățit.
- Cadrele medicale sunt sprijinite și încurajate să aibă inițiative precum organizarea de activități științifice (simpozioane, congrese) cu participarea colegilor din spitalele din regiune, pentru a împărtăși cunoștințe și a îmbunătăți competențele clinice.

Condiții necesare pentru a avea succes

Au fost identificate o serie de condiții cheie care consolidează durabilitatea măsurilor de retenție. Accentul principal este pus pe includerea unei combinații de factori motivatori extrinseci și intrinseci în intervențiile adaptate contextului comunitar. Factorii motivatori intrinseci sunt asociați provenienței dintr-un mediu social rural sau urban non-universitar și sentimentului de apartenență la o comunitate rurală. Stimulente extrinseci includ sprijin financiar și oportunități de dezvoltare profesională prin formare și perfecționare, mentorat și supervizare, acces facil la rețele profesionale, precum și oportunități și sprijin pentru membrii familiei.

Strategiile de îmbunătățire a recrutării și retenției profesioniștilor din domeniul sănătății ar trebui să ia în considerare toți acești factori care afectează echilibrul dintre viața profesională și cea privată și dezvoltarea profesională și să ia în considerare următoarele:

1

Alinierea măsurilor locale la politici naționale

Integrarea strategiilor locale de asistență medicală cu politicile naționale pentru a asigura coeziunea, sprijinul comunității și susținerea autorităților locale. Ilustrarea avantajelor obținute la nivel local atunci când se pune accent pe îmbunătățirea asistenței medicale poate consolida și mai mult sprijinul politic și social, esențial pentru o punere în aplicare de succes.

2

Garantarea finanțării și gestionarea resurselor

Identificarea unor mecanisme de finanțare este esențială pentru a spori fiabilitatea și eficacitatea financiară. Aici este inclusă adoptarea unor politici financiare și a unor stimulente, adaptate în mod explicit la nevoile locale.

3

**Colaborarea
și implicarea
părților
interesate**

Implicarea din timp a liderilor comunității pentru a crea soluții durabile. Implicarea părților interesate încă de la începutul procesului de planificare a necesarului de resurse umane contribuie la succesul inițiativelor întreprinse.

4

**Programe de
formare și
consolidare a
capacităților**

Este esențial să se elaboreze programe de formare care să vizeze în mod special recrutarea în zonele rurale și urbane non-universitare și să îmbunătățească probabilitatea ca proaspeții absolvenți să aleagă să lucreze în aceste zone.

5

**Comunicare
strategică și
sensibilizare**

Este esențial să se dezvolte inițiative de comunicare ample care să evidențieze beneficiile strategiilor implementate și să construiască și să mențină încrederea comunității.

6

**Mediu
legislativ
favorabil**

Colaborarea la toate nivelurile este necesară pentru a gestiona obstacolele juridice și pentru a crea cadre de politici care să promoveze rezultate mai bune în materie de sănătate pentru comunități.

Concluzii

Prezentul ghid oferă un cadru pertinent pentru abordarea deficitului de personal medical în comunitățile locale din România. Acesta prezintă instrumente practice cu ajutorul cărora autoritățile publice locale, consiliile județene, managerii de spitale și alte părți interesate cheie pot păstra și atrage profesioniști din domeniul sănătății în conformitate cu practicile naționale și globale consacrate.

Ghidul subliniază importanța introducerii unor intervenții personalizate care să abordeze o serie de factori de natură personală și profesională ce influențează retenția pe termen lung a forței de muncă din domeniul sănătății. Punerea accentului pe monitorizarea și evaluarea sistematică încurajează părțile interesate să adopte abordări bazate pe date și strategii flexibile pentru a aborda în mod eficient provocările legate de forța de muncă. În plus, se subliniază necesitatea unui mediu legislativ favorabil care să permită consolidarea acestor eforturi.

Este esențial ca autoritățile locale să conștientizez rolul major pe care îl au în asigurarea și dezvoltarea serviciilor de sănătate și să intensifice investițiile în sănătate, atât prin alocarea unor resurse financiare considerabil mai mari din bugetele proprii, cât și prin utilizarea activă a oportunităților oferite de programele naționale de investiții, de fondurile europene nerambursabile și, acolo unde este necesar, prin contractarea de împrumuturi rambursabile.

Totodată, și populația trebuie să sprijinită să înțeleagă că responsabilitatea pentru sănătatea comunității nu aparține exclusiv Ministerului Sănătății. Este nevoie ca cetățenii să fie mai activi în relația cu aleșii locali în materie de sănătate și să solicite o implicare reală și responsabilă. Conștientizarea și colaborarea constructivă la nivelul comunităților locale pot impulsiona autoritățile să prioritizeze acest domeniu vital. Astfel, doar printr-o implicare activă și asumată a autorităților locale și printr-o societate informată și responsabilă se poate asigura dezvoltarea sustenabilă și echitabilă a sistemului de sănătate românesc.

Intervențiile politice, cum ar fi stimulentele financiare specifice, oportunitățile de dezvoltare profesională și sistemele cuprinzătoare de sprijin și-au dovedit eficiența în atragerea și retenția cadrelor medicale în medii dificile. Prin punerea în aplicare a acțiunilor descrise în Strategia multianuală pentru dezvoltarea resurselor umane în sănătate (2022-2030), părțile interesate pot aborda deficitul de forță de muncă. Aceste eforturi vor contribui la construirea unui sistem de sănătate durabil, capabil să ofere asistență medicală de calitate în zonele insuficient deservite, îmbunătățind în cele din urmă rezultatele în materie de sănătate și echitatea la nivel național.

Mulțumiri

Ghidul Soluții pentru resursa umană în sănătate. Ghid de acțiuni locale a fost realizat de Ministerul Sănătății, cu sprijinul Biroului Regional EURO și al Biroului din România ale Organizației Mondiale a Sănătății, în cadrul Memorandumului de asistență tehnică pentru Planul Național de Redresare și Reziliență pentru România.

Experții naționali care au contribuit la definirea structurii și la realizarea exemplelor de bune practici din țară sunt prof. univ. dr. Alexandru Rafila - ministru al sănătății, asist. univ. dr. Alexandru Rogobete - președinte al Comisiei pentru sănătate și familie a Camerei Deputaților, asist. univ. drd. Teodor Blidaru - consilier onorific al ministrului sănătății, asist. univ. dr. Dragoș Nicolae Garofil - consilier onorific al ministrului sănătății, dr. Rareș Vrîncianu - consilier onorific al ministrului sănătății.

Următorii managerii de spital au contribuit la scrierea ghidului cu exemple de bune practici și povești de succes de la nivel local: Paul Szekely - Spitalul Județean de Urgență Bistrița, Constantin Poiană - Spitalul "Prof. Dr. Eduard Apetrei" Buhuși, dr. Dan Ponoran - Spitalul Județean de Urgență Vâlcea, prof. univ. dr. Dorel Săndesc - Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara, dr. Anca Miu - Spitalul de Pediatrie Ploiești. De asemenea, mulțumiri și domnului primar Gabriel Lazany, fostul manager al Spitalului Județean de Urgență Bistrița.

Următorii experți (angajați și consultanți) ai OMS au contribuit la dezvoltarea ghidului, în special în ceea ce privește recomandările OMS și exemplele de bune practici internaționale: Cris Scotter, Yana Andersen, Sulakshana Nandi, Khamis Al-alawy, Ioana Novac, Cezara Iacoban, Gareth Rees, Daphni Kaitelidou.

Mulțumim de asemenea pentru contribuții celor prezenți la evenimentul de lansare: Prof. Univ. Dr. Leonard Azamfirei – rector al UMFST "G.E. Palade" Târgu Mureș, Prof. Univ. Dr. Anca Buzoianu – rector al UMF "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca, Prof. Univ. Dr. Viorel Jinga – rector al UMF "Carol Davila" București, Prof. Univ. Dr. Viorel Scripcariu – rector al UMF "Grigore T. Popa" Iași, Prof. Univ. Dr. Cătălina Poiană - președinte al Colegiului Medicilor din România, Mircea Timofte - președinte al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, Gheorghe Carp - manager al Spitalului Clinic Județean de Urgență Oradea.



CONTINUAREA DEZVOLTĂRII GHIDULUI

Acest material este prima variantă a ghidului de bune practici *Soluții pentru resursa umană în sănătate. Ghid de acțiuni locale*.

În cazul în care identificați alte exemple relevante sau noțiuni care ar trebui introduse în varianta finală, vă rugăm să ne transmiteți sugestiile dumneavoastră până pe data de 30 aprilie 2025 la adresa de e-mail novaci@who.int pentru a le evalua în vederea includerii în document.

Bibliografie

1. Organizația Mondială a Sănătății (2021), „WHO Guideline on Health Workforce Development, Attraction, Recruitment and Retention in Rural and Remote Areas”, www.who.int/publications/i/item/9789240024229
2. Institutul Național de Statistică - baza de date Tempo - TEMPO Online (insse.ro) - și rapoartele anuale privind activitatea unităților sanitare - activ_unit_sanitare22r.pdf (insse.ro)
3. Organizația Mondială a Sănătății (2023), „Health and Care Workforce in Europe: Time to Act”. Biroul regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății, www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339
4. Garofil, D.N. (coord.) (2024), „Transparența banilor din sistemul medical românesc”, București, Editura ASE.
5. Guvernul României (2022), „Strategia multianuală pentru dezvoltarea resurselor umane în sănătate (2022-2030).” Guvernul României, https://ms.ro/media/documents/Anexa_1_-_SNS.pdf
6. Guvernul României (2022), Planul național de redresare și reziliență, <https://mfe.gov.ro/pnrr/>
7. Guvernul României (2022), Strategia Națională de Sănătate 2023-2030, https://ms.ro/media/documents/Anexa_1_-_SNS.pdf
8. Organizația Mondială a Sănătății (2023), „Bucharest Declaration on the health and care workforc. High-level Regional Meeting on Health and Care Workforce in Europe: time to act 22–23 March 2023, Bucharest, Romania”, Biroul regional pentru Regiunea Europeană al Organizației Mondiale a Sănătății, <https://www.who.int/europe/publications/i/item/bucharest-declaration>
9. Organizația Mondială a Sănătății (2023), „Framework for action on the health and care workforce in the WHO European Region 2023–2030 (RC73)”, Biroul regional pentru Regiunea Europeană al Organizației Mondiale a Sănătății, <https://www.who.int/europe/publications/i/item/EUR-RC73-8>
10. Organizația Mondială a Sănătății (2023), „Resolution: Framework for action on the health and care workforce in the WHO European Region 2023–2030”. Biroul regional pentru Regiunea Europeană al Organizației Mondiale a Sănătății, Organizația Mondială a Sănătății, 2023, <https://www.who.int/europe/publications/i/item/EUR-RC73-R1>
11. Ungureanu M. (2018) , „Evaluation of health workforce retention strategies in Romania: challenges and opportunities”, European Journal of Public Health, Volume 28, Issue suppl_4, November 2018, Evaluation of health workforce retention strategies in Romania: challenges and opportunities | European Journal of Public Health | Oxford Academic.
12. Ministerul Sănătății (2018), Comunicat de presă, În urma aplicării noii Legi a salarizării, salariile personalului medical vor înregistra creșteri semnificative – Ministerul Sănătății
13. Forster L, Assareh H, Watts LD, McLachlan CS (2013), „Additional years of Australian rural clinical school undergraduate training is associated with rural practice”. BMC Med Educ. 2013;13:3
14. MacVicar R, Clarke G, Hogg DR (2016), „Scotland's GP rural fellowship: an initiative that has impacted on rural recruitment and retention”. Rural and Remote Health, 2016;16(1):3550
15. Geyman JP, Hart LG, Norris TE, Coombs JB, Lishner DM (2000), „Educating generalist physicians for rural practice: how are we doing?”. Journal of Rural Health. 2000;16(1):56-80. doi: 10.1111/j.1748-0361.2000.tb00436.x.
16. Ono, T., M. Schoenstein și J. Buchan (2014), „Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses,” OECD Health Working Papers, No. 69. OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en>.
17. Janlöv N, Blume S, Glenngård AH, Hanspers K, Anell A, Merkur S (2023), „Sweden: Health system review. Health Systems in Transition”, 2023; 25(4): i–198

