

MUNCĂ ȘI JUSTIȚIE SOCIALĂ

SITUAȚIA PERSONALULUI SANITAR DIN ROMÂNIA

Ștefan Guga (Syndex)
Septembrie 2022



Atât sistemul de sănătate public, cât și cel privat au crescut considerabil, conturându-se o diviziune a muncii din ce în ce mai clară între ele. Chiar dacă efectivele de personal din sistemul public de sănătate au crescut considerabil în ultimii ani, România stă în continuare foarte prost față de majoritatea celorlalte țări UE.



Analiza distribuției geografice a personalului sanitar arată inegalități în creștere între județele sărace și cele bogate, precum și între zonele sărace și cele bogate din interiorul județelor. Lipsa de personal este un fenomen care variază din ce în ce mai mult din punct de vedere geografic.



Politicile salariale din sectorul public au avut drept scop reducerea deficitului de personal. Măsurile luate pentru combaterea lipsei de personal din sistemul public de sănătate nu sunt corelate cu o strategie mai amplă de reducere a inegalităților socioeconomice, de unde și eficacitatea lor limitată.

MUNCĂ ȘI JUSTIȚIE SOCIALĂ

SITUAȚIA PERSONALULUI SANITAR DIN ROMÂNIA

în cooperare cu



syndex
KNOWLEDGE FOR ACTION

Conținut

	INTRODUCERE	3
1.	SITUAȚIA PERSONALULUI SANITAR: O EVALUARE GENERALĂ	5
2.	PERSONALUL SANITAR CA SUBIECT DE POLITICĂ PUBLICĂ	13
	CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI	17

INTRODUCERE

Pandemia de COVID-19 a transformat situația personalului medical într-o temă constantă în spațiul public. Natura esențială a serviciilor medicale, expunerea la îmbolnăvire a lucrătorilor din spitale și suprasolicitarea lor au devenit brusc subiecte cotidiene la începutul lui 2020 și au rămas așa până în 2021, când povestea a devenit rutină și situația pandemică părea să se amelioreze treptat. De atunci, știrile recurente despre situația dramatică din spitale au fost înlocuite de cele ocazionale despre lipsa acută de personal cu care se confruntă unele spitale publice. Nu doar în orașe mici, precum Câmpina, ci și în reședințe de județ, precum Ploiești sau Slatina, lipsa personalului face extrem de dificilă — dacă nu chiar imposibilă — tratarea pacienților, în special a celor cu afecțiuni grave.¹

Cumva paradoxal, asemenea știri sunt însoțite de anunțuri despre numărul record de candidați la examenul de rezidențiat în marile centre universitare.² La prima vedere, am putea spune că aceste numere record s-ar traduce în timp și în mod natural (odată ce candidații de astăzi își termină rezidențiatul) într-o atenuare a lipsei de personal din sistemul public de sănătate. O asemenea concluzie ar fi însă profund eronată. Problemele din spitalele din afara marilor orașe fac parte dintr-un peisaj mai amplu al inegalității geografice din România: așa-zisele „orașe-magnet” (București, Cluj, Timișoara și alte câteva reședințe din județele bogate) continuă să absoarbă resurse din restul țării, inclusiv resurse umane din sectorul sanitar. Această problemă este sistemică și ține de modul mai general de dezvoltare a țării; ce se întâmplă în sistemul sanitar e doar un simptom al unui proces mult mai amplu de adâncire accelerată a inegalităților sociale din România, cu câteva zone (și puțini cetățeni) de mână întâi și multe zone (și cei mai mulți cetățeni) de mână a doua. În acest context, nu e de mirare că chiar și puținele orașe mici relativ bogate se confruntă cu o lipsă structurală de personal în sistemul public de sănătate.³

¹ <https://www.impact.ro/spitalul-fara-doctori-din-romania-se-intamp-la-la-campina-cum-functioneaza-unitatea-medicala-210925.html>, <https://www.agerpres.ro/sanatate/2022/06/03/olt-deficit-de-medici-cardiologi-radiologi-si-nefrologi-la-spitalul-judetean-de-urgenta-slatina--929336>, <https://www.libertatea.ro/stiri/spitalul-judetean-prahova-4-medici-au-demisionat-garzi-4123316>.

² <https://actualdecluj.ro/numar-record-de-candidati-la-examenul-de-rezidentiat-in-acest-an-organizat-in-cateva-centre-medice-din-tara-intre-care-si-cluj-napoca/>.

³ <https://epitesti.ro/stiri/administrativ/arges-in-plin-val-5-o-sectie-covid-a-unui-spital-important-s-a-inchis-din-lipsa-de-medici>.

Totuși, situația post-pandemie de la începutul anilor 2020 e în multe privințe radical diferită de cea de acum zece ani. În 2010, se întvedea o criză majoră de personal în sistemul public de sănătate, ca urmare a facilitării emigrării odată cu aderarea recentă la Uniunea Europeană și a măsurilor brutale de austeritate impuse ca reacție la criza economică de atunci. Cei mai înalți reprezentanți ai statului au reacționat extrem de cinic la momentul respectiv, explicând că fenomenul este unul normal într-o piață liberă și că în România nu se poate altfel.⁴ Într-o anumită privință, politica publică s-a schimbat radical între timp, Legea 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice ameliorând semnificativ situația salarială a personalului sanitar. În alte privințe, însă, situația a rămas practic neschimbată: în afara celor câteva orașe bogate, vorbim în continuare de disfuncționalități majore ale sistemului public de sănătate, în timp ce păturile sociale înalte își rezervă privilegiul îngrijirii medicale în afara țării. Situația scandaloză în care funcționarii statului caută să-și subvenționeze din fonduri publice îngrijirea în străinătate persistă și astăzi, fără a fi în mod real sancționată în vreun fel.⁵ La fel ca în cazul diferenței dintre orașele bogate și restul țării, vorbim de o redistribuire explicită a resurselor publice în favoarea unor minorități privilegiate și în defavoarea restului cetățenilor.

Pandemia a venit în sialul unei alte mari tragedii care a adus în prim-planul dezbaterii publice sistemul public de sănătate: cazul Colectiv. Deși a provocat inițial ample mișcări de stradă și a determinat schimbări conjuncturale în peisajul politic, moștenirea Colectiv pentru politicile publice de sănătate a rămas extrem de modestă raportat la gravitatea situației: singurul subiect al dezbaterii care persistă astăzi este posibilitatea tratamentului în străinătate pentru cazurile individuale disperate. Viziunea dominantă asupra sistemului public de sănătate rămâne astfel la fel de cinică ca la începutul anilor 2010, chiar dacă opinia explicită a președintelui țării de atunci este reluată astăzi doar în mod implicit de către decidenți — în România, atât se poate și fiecare se descurcă în mare parte după propriile posibilități (financiare, în special). Nici Colectiv, nici pandemia, nici politicile publice ample anunțate ca reacție la aceasta din urmă (în speță, Planul

⁴ <https://ziare.com/basescu/presedinte/basescu-sa-nu-facem-o-drama-ca-pleaca-medicii-din-tara-1033470>.

⁵ https://www.stiripesurse.ro/judecator-procuror-despagu-biri_2369775.html.

Național de Redresare și Reziliență, care alocă 2,5 miliarde de euro pentru sănătate) nu au provocat vreo schimbare reală de perspectivă.

Chestiunea sistemului public de sănătate e prea amplă pentru orice analiză singulară. Acest studiu oferă o evaluare generală a situației personalului din sistemul public de sănătate, cu intenția de a contribui la dezbateră publică despre sistemul de sănătate. Prima parte a studiului prezintă situația din punct de vedere numeric, pentru a avea o imagine

mai clară asupra chestiunii deficitului de personal: cum au evoluat în ultima perioadă efectivele de personal din sistemul public de sănătate, care este distribuția lor geografică, cum se raportează România la alte țări din Uniunea Europeană? A doua parte abordează politicile publice din domeniu, incluzând subiecte precum migrația în străinătate, situația salarială și a investițiilor în sistemul public de sănătate. Ultima secțiune reia concluziile principale ale studiului și formulează o serie de recomandări pentru politicile publice și în special pentru dezbateră din spațiul public.

1 SITUAȚIA PERSONALULUI SANITAR: O EVALUARE GENERALĂ

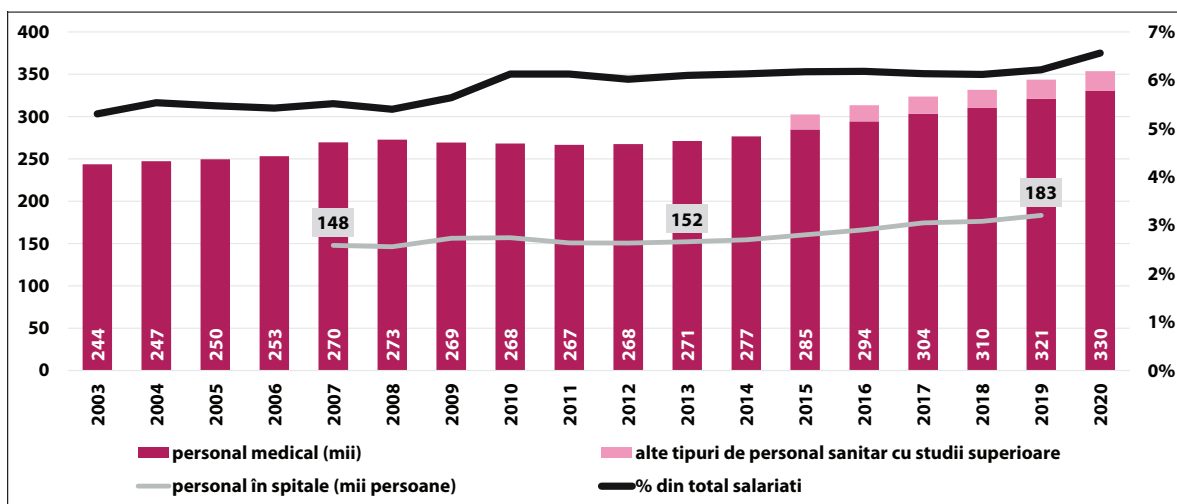
În 2020, peste 350 de mii de persoane lucrau în sistemul sanitar public și privat din România, reprezentând aproximativ 6,6% din totalul salariaților (figura 1). Excluzând categoria „altor tipuri de personal sanitar cu studii superioare”, pentru care datele sunt disponibile doar începând cu 2015, observăm o creștere semnificativă a personalului sanitar, de la un vârf de aproximativ 270 de mii în perioada anterioară lui 2015 la 330 de mii în 2020. În 2019, 57% (183 de mii) din totalul personalului sanitar lucra în spitale, în creștere de la mai puțin de 55% (sub 150 de mii) înainte de 2009. După cum vom vedea, vorbim de un proces mai amplu de concentrare, din care creșterea importanței spitalelor (în dauna altor unități de îngrijire a sănătății) e doar o parte. Mai general vorbind, asemenea cifre agregate ascund o serie întreagă de transformări structurale ale sistemului de îngrijire a sănătății din România, realități care sunt doar parțial vizibile în situația personalului sanitar.

Trebuie remarcat că creșterea numerică a personalului sanitar din a doua jumătate a anilor 2010 a fost constantă și semnificativă, 2020 nefiind un an excepțional, în ciuda pandemiei. Totuși, ponderea personalului sanitar în totalul salariaților a înregistrat o creștere importantă în 2020 (de la 6.2% la 6.6%), lucru ușor explicabil prin natura dublă (de sănătate și economică) a crizei izbucnite în acel an. Și cu ocazia crizei anterioare (perioada 2009-2010), ponderea personalului sanitar în totalul salariaților

a înregistrat o creștere importantă, care s-a datorat însă în totalitate reducerii numărului total de salariați. La prima vedere, am putea spune că ocuparea în sectorul sanitar rezistă mai bine în fața crizelor, lucru pentru care ar exista suficiente explicații plauzibile. Până la urmă, nevoile de servicii de sănătate nu ar trebui să fluctueze prea mult în funcție de ciclurile economice, iar statul are, cel puțin teoretic, mijloacele necesare pentru a menține constantă activitatea unor servicii publice esențiale cum este sănătatea, indiferent de volatilitatea economică.

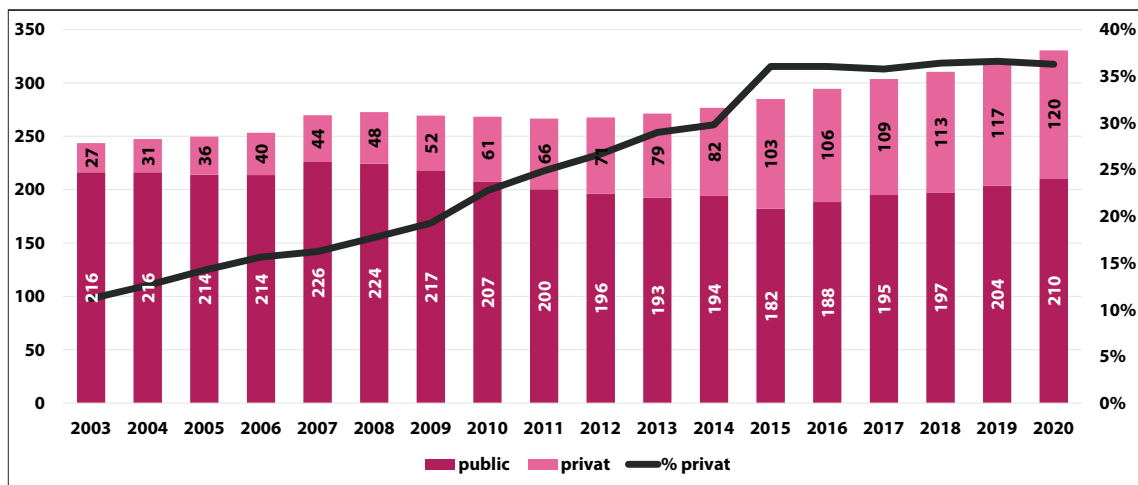
O asemenea concluzie nu se potrivește însă deloc traiectoriei sistemului public de sănătate din România. În realitate, numărul lucrătorilor din sistemul public de sănătate era în 2020 cu aproximativ 7% mai mic decât vârful înregistrat în anii 2007-2008 (figura 2). Măsurile de austeritate adoptate începând cu 2010 au avut un impact semnificativ asupra sectorului public de sănătate, personalul reducându-se treptat până în 2015 inclusiv. În aceeași perioadă, sectorul privat de sănătate a avut o creștere fulminantă, personalul sanitar privat crescând de la 48 mii de persoane în 2008 la peste 100 de mii în 2015. Drept urmare, în 2015 personalul sanitar din sectorul privat reprezenta 36% din totalul personalului sanitar din țară, pondere de două ori mai mare decât la sfârșitul anilor 2000. După 2015, sectorul privat a continuat să crească, chiar dacă într-un ritm ceva mai lent, în timp ce personalul sanitar din sectorul public a avut o

Figura 1.
Personalul sanitar din România



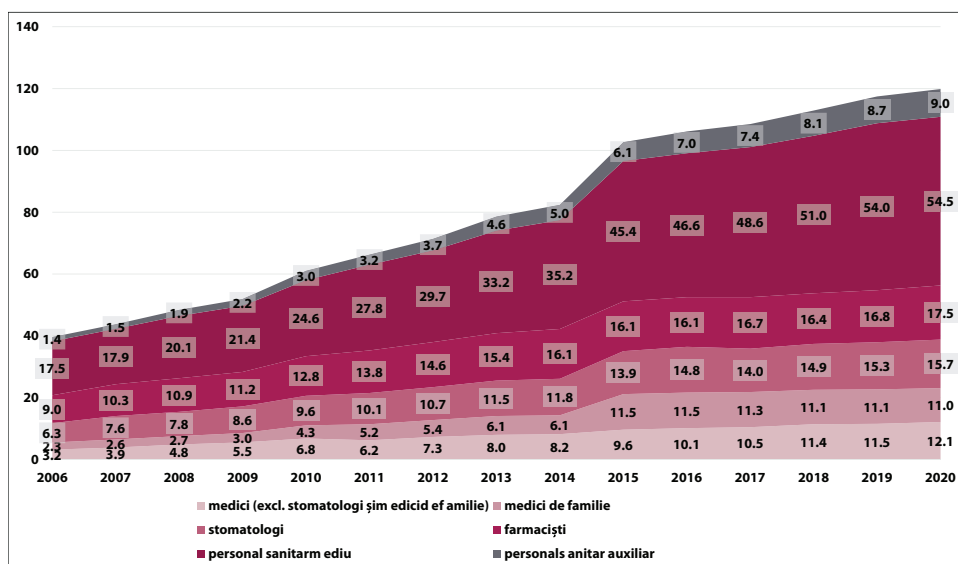
Sursa datelor: INS, Eurostat
Notă: INS publică date privitoare la „alte tipuri de personal sanitar cu studii superioare” doar începând cu 2015.

Figura 2.
Personalul sanitar pe forme de proprietate (mii persoane)



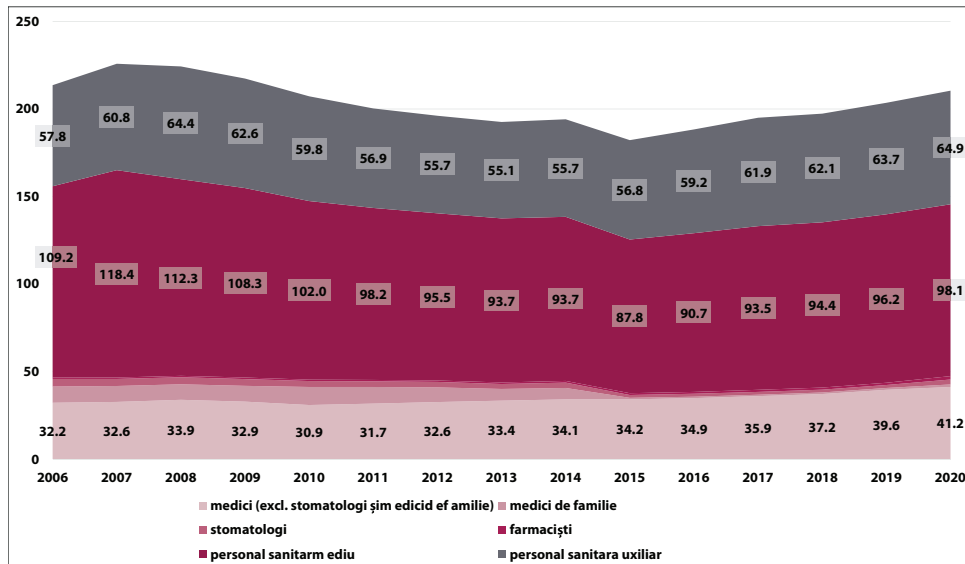
Sursa datelor: INS, exclusiv „alte tipuri de personal sanitar cu studii superioare”

Figura 3.
Personalul sanitar din sistemul privat (mii persoane)



Sursa datelor: INS.

Figura 4.
Personalul sanitar din sistemul public (mii persoane)



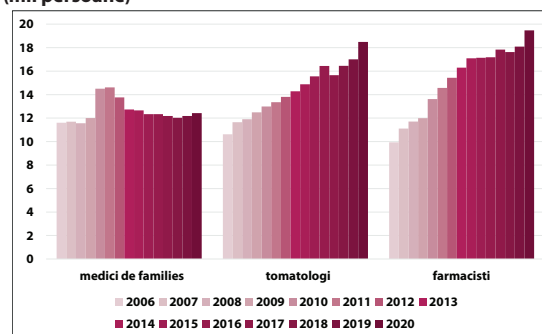
Sursa datelor: INS

revenire numerică importantă. Ponderea sectorului privat pare să se fi stabilizat la nivelul anului 2015, însă politicile publice din prima parte a anilor 2010 au determinat o transformare majoră și de durată a îngrijirii sănătății, facilitând privatizarea unei părți consistente a serviciilor de sănătate.

Dezvoltarea sectorului privat și relația acestuia cu sectorul public este însă mult mai complicată decât un simplu transfer de activitate dintr-o direcție în alta. În ce privește structura personalului, există diferențe foarte mari între sistemul public de sănătate și cel privat. Comparând figurile 3 și 4, observăm cel puțin trei diferențe majore. În primul rând, personalul sanitar auxiliar (infirmieri, brancardieri, ambulanțieri etc.) are o pondere foarte scăzută în privat față de public (7.5% față de 31% în 2020). Acest lucru se datorează în principal absenței serviciilor de urgență private și faptului că tratarea cazurilor grave care necesită internare de durată și atenție deosebită rămâne în mare parte în sarcina sistemului public. În al doilea rând, stomatologii, farmaciștii, dar și medicii de familie (în special după 2015) au o prezență cu totul neglijabilă în sistemul public, aceste activități fiind practic în totalitate privatizate — împreună, reprezintă aproximativ 37% din personalul sanitar din sistemul privat, față de sub 3% în sistemul public. În al treilea rând, observăm o pondere redusă a medicilor în mediul privat (10% față de 20% în sistemul public), în timp ce ponderea personalului sanitar mediu (în principal, asistenții medicali) este mai mult sau mai puțin aceeași (46-47%). Această diferență e în cea mai mare parte explicată de faptul că în sistemul privat medicii tind să nu fie angajați cu contract de muncă, fiind de regulă „colaboratori”. Un studiu recent publicat de Patronatul Furnizorilor de Servicii Medicale Private (PALMED) arată că salariații reprezintă doar 75% din personalul sanitar din mediul privat, restul fiind colaboratori, iar marea majoritate a colaboratorilor (95%) sunt medici.¹ Altfel spus, medicii colaboratori sunt cu 60% mai mulți decât medicii salariați, cel puțin pentru angajatorii acoperiți de studiul PALMED.

Dezvoltarea serviciilor private de sănătate este, așadar, destul de specializată, acest lucru fiind cel mai vizibil în cazul stomatologiei, farmaciilor și medicinei de familie. În teorie, faptul că astfel de servicii aproape că nu mai există în afara sistemului privat poate fi o problemă dacă scopul este îndeplinirea nevoilor populației, din moment ce prioritățile sistemului privat (în speță, creșterea vânzărilor și profitabilitatea) nu sunt în mod automat corelate cu acest scop. Cel puțin din perspectiva cifrelor agregate la nivel național, această ipoteză nu poate fi confirmată (dar nici infirmată) în ce privește stomatologia și farmaciile, din moment ce personalul sanitar din aceste domenii a înregistrat creșteri substanțiale în ultimul deceniu și jumătate (figura 5). În ce privește medicina de familie există însă anumite semne de întrebare, faptul că numărul medicilor de familie a rămas relativ constant constituind o discrepanță majoră în peisajul mai amplu al sistemului de sănătate din România. Conform Federației Naționale a Patronatelor Medicilor de Familie, la începutul lui 2020 exista un

Figura 5.
Numărul medicilor de familie, stomatologilor și farmaciștilor (mii persoane)



Sursa datelor: INS

deficit de peste două mii de medici de familie la nivel național, personalul existent acoperind doar 85% din nevoi.² Cel puțin la fel de important, vorbim de un deficit concentrat din punct de vedere geografic, care coexistă cu un excedent important, de asemenea concentrat din punct de vedere geografic. Cel mai probabil, pandemia a exacerbat aceste probleme ale medicinei de familie, probleme care rămân foarte dificil de abordat în contextul privatizării totale a acestui domeniu.

În ce privește celelalte tipuri de personal sanitar, figura 6 oferă o comparație a evoluțiilor din sectorul public și cel privat pe parcursul ultimului deceniu și jumătate. Observăm o creștere mai accentuată a numărului de medici din sistemul public, în special după 2017, în timp ce personalul mediu a crescut numeric mult mai puternic în sectorul privat. În ce privește sistemul public, trebuie remarcat numărul record de medici existenți în prezent (peste 40 de mii, față de 34 de mii în 2008) și numărul în continuare relativ scăzut al personalului sanitar mediu (sub 100 de mii, față de 120 de mii în 2007). Pentru sistemul privat, putem relua întrebarea de mai sus: corespunde dezvoltarea serviciilor private de sănătate scopului public de asigurare a unor servicii de sănătate accesibile pentru toți cetățenii? Din nou, cel puțin teoretic, acest lucru nu este posibil, din moment ce orice activitate privată are ca prioritate creșterea și profitabilitatea, și nu accesibilitatea serviciilor. Ne-am așteptat, spre exemplu, ca activitatea medicală privată să fie concentrată în regiunile și orașele cu venituri relativ ridicate, și nu în zonele sărace. Pentru că în sistemul privat personalul cu calificări înalte tinde să nu fie angajat direct, mulți medici din sistemul public fiind și colaboratori în sistemul privat, cel mai relevant ar fi să evaluăm situația din perspectiva distribuției personalului sanitar mediu. Datele din figura 7 confirmă că există o corelație clară între distribuția pe județe a personalului sanitar mediu și câștigul salarial mediu net. Altfel spus, activitatea medicală privată tinde să se concentreze în județele în care salariile sunt mai mari, din moment ce, firește, în județele sărace mai puțin oameni își permit servicii de sănătate private. După cum vom vedea, însă, inegalitățile geografice sunt deosebit de pronunțate și în sistemul public, unde distribuția personalului sanitar este foarte similară celei din sistemul privat.³

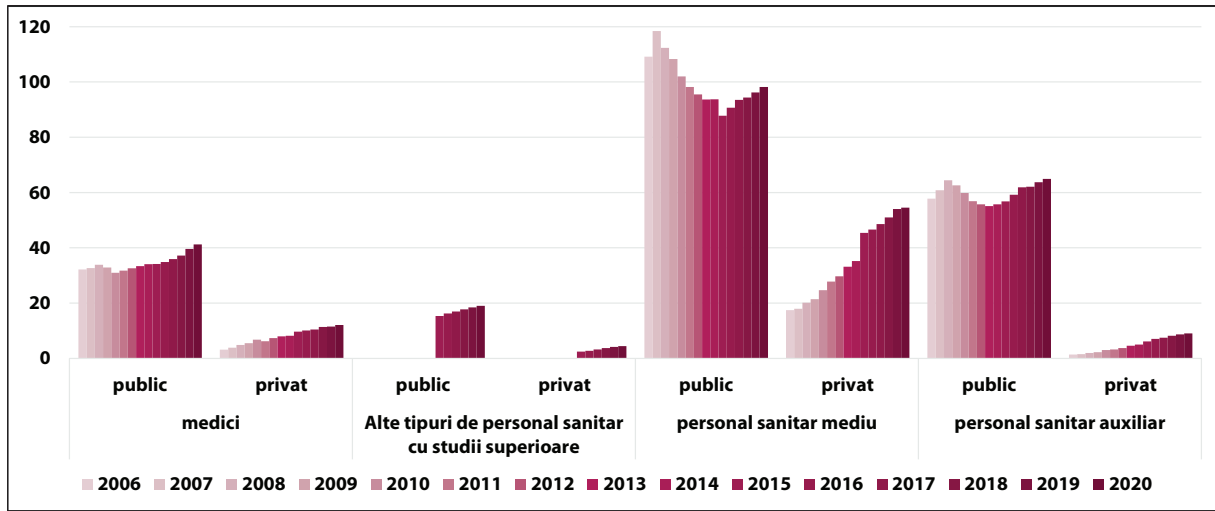
² <http://www.fnpmf.ro/wp-content/uploads/2021/07/harta-MF-2020.pdf>.

³ Trebuie avut în vedere și simbioza dintre sistemul public și cel privat, în sensul că dezvoltarea sistemului privat depinde de cea a sistemului public pentru furnizarea de personal vital, în special de medici. Într-o asemenea situație, este de așteptat ca sistemul privat să se dezvolte în special acolo unde sistemul public este deja dezvoltat.

¹ „Analiza impactului economic și social al furnizorilor privați de servicii medicale din România”, p. 18, disponibil online la adresa: https://media.hotnews.ro/media_server1/document-2022-02-3-25344331-0-studiu-impactul-serviciilor-medicale-private-romania.pdf.

Figura 6.

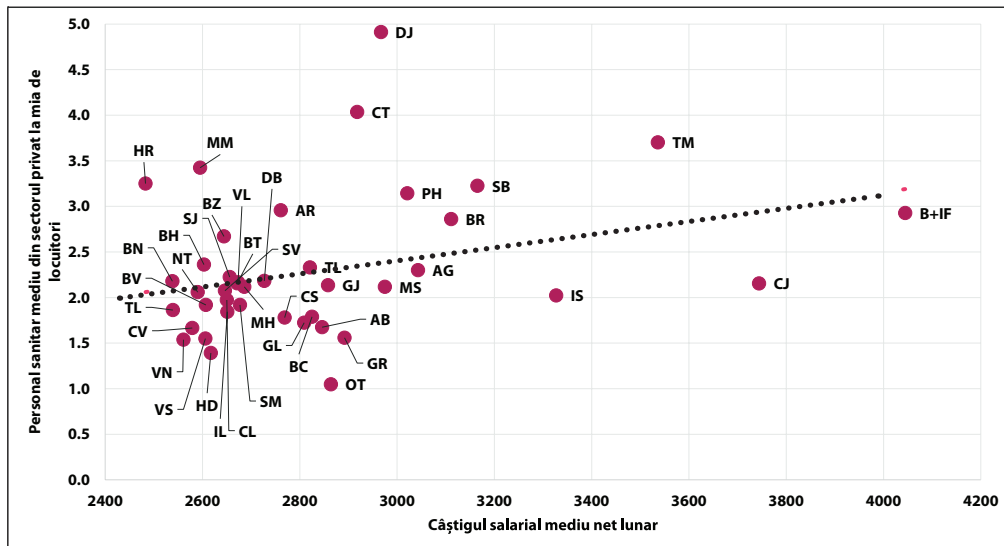
Personal sanitar pe forme de proprietate (mii persoane, exclusiv stomatologi, medici de familie și farmaciști)



Sursa datelor: INS

Figura 7.

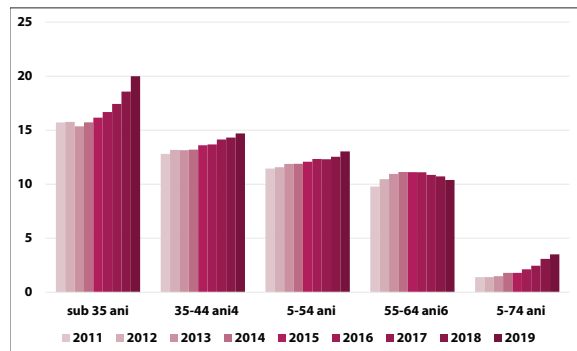
Personalul sanitar mediu din sectorul privat și câștigul salarial mediu net lunar pe județe, 2020



Sursa datelor: INS

Figura 8.

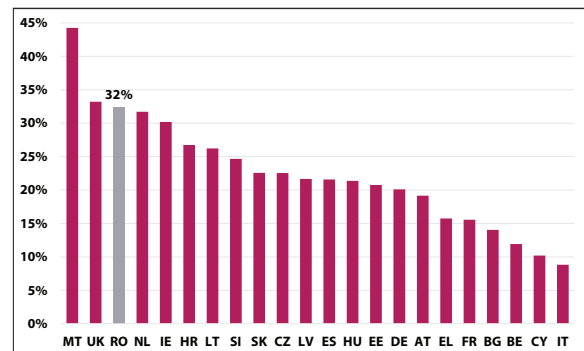
Medici pe segmente de vârstă (mii persoane)



Sursa datelor: Eurostat

Figura 9.

Ponderea medicilor cu vârsta sub 35 de ani, 2019

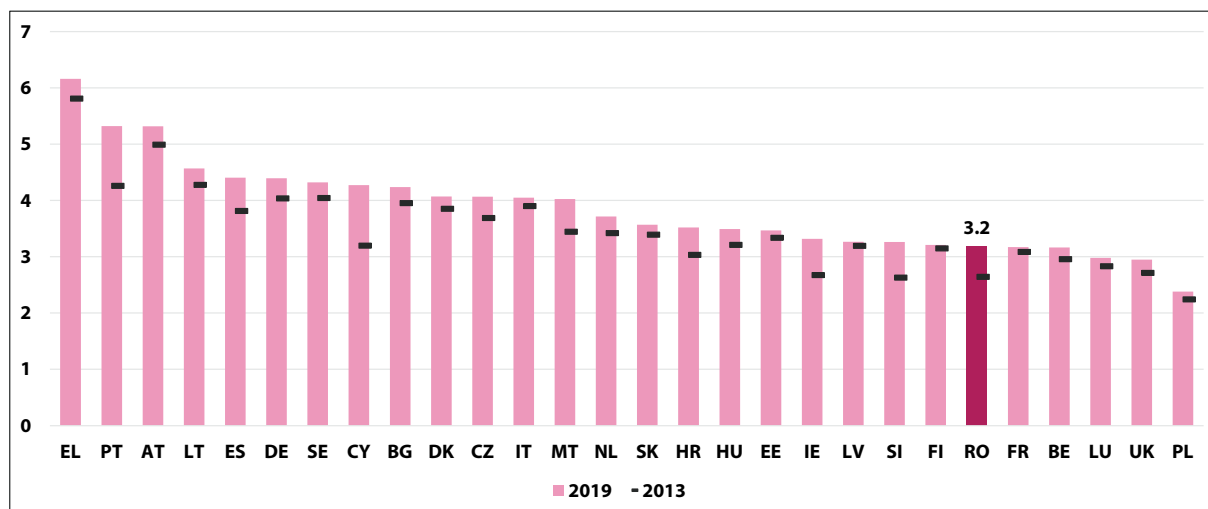


Sursa datelor: Eurostat

Un aspect pozitiv, de asemenea vizibil în special începând cu 2015, este o oarecare întinerire a personalului sanitar. În 2019, numărul medicilor cu vârsta de sub 35 de ani ajunsese la 20 de mii, semnificativ peste nivelul din prima parte a anilor 2010 (figura 8), ponderea medicilor tineri în total crescând de la 29%

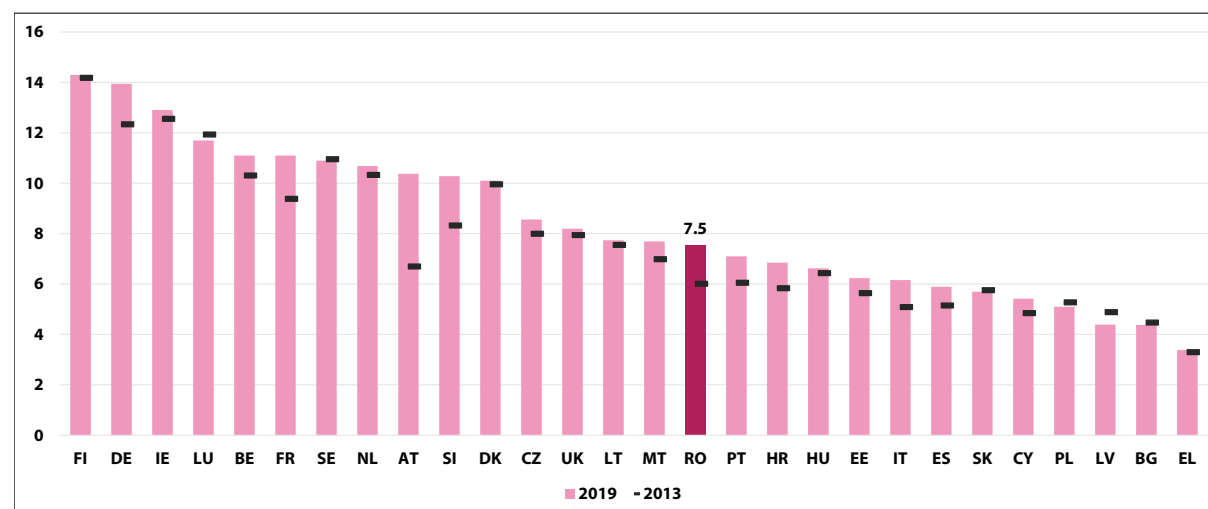
în 2013 la peste 32% în 2020. Chiar dacă în paralel avem și o creștere a medicilor activi în vârstă de peste 65 de ani, creșterea categoriei medicilor tineri este de departe mai importantă. Față de celelalte țări din Uniunea Europeană + Marea Britanie, România are una dintre cele mai mari ponderi ale medicilor

Figura 10.
Medici la mia de locuitori, 2019 vs. 2013



Sursa datelor: Eurostat

Figura 11.
Asistenți medicali la mia de locuitori, 2019 vs. 2013



Sursa datelor: Eurostat

tineri, fiind depășită doar de Marea Britanie și Malta (figura 9). Întinerirea personalului sanitar este, de altfel, un fenomen european: cu excepția Irlandei și statelor sudice (Spania, Grecia și mai ales Italia), în toate țările ponderea medicilor cu vârsta de sub 35 de ani a crescut între 2011 și 2019.

Indiferent de acest proces de întinerire care a însoțit creșterea semnificativă a personalului sanitar în ultimii ani, România stă destul de prost când vine vorba de numărul de medici la mia de locuitori, doar cinci state (Franța, Belgia, Luxemburg, Marea Britanie și Polonia) având în 2019 mai puțini medici la mia de locuitori decât România (figura 10). Situația e ceva mai bună în ce privește asistenții medicali (figura 11), dar nici aici România nu excelează în vreun fel, din nou, în ciuda unei creșteri puternice în a doua parte a anilor 2010.

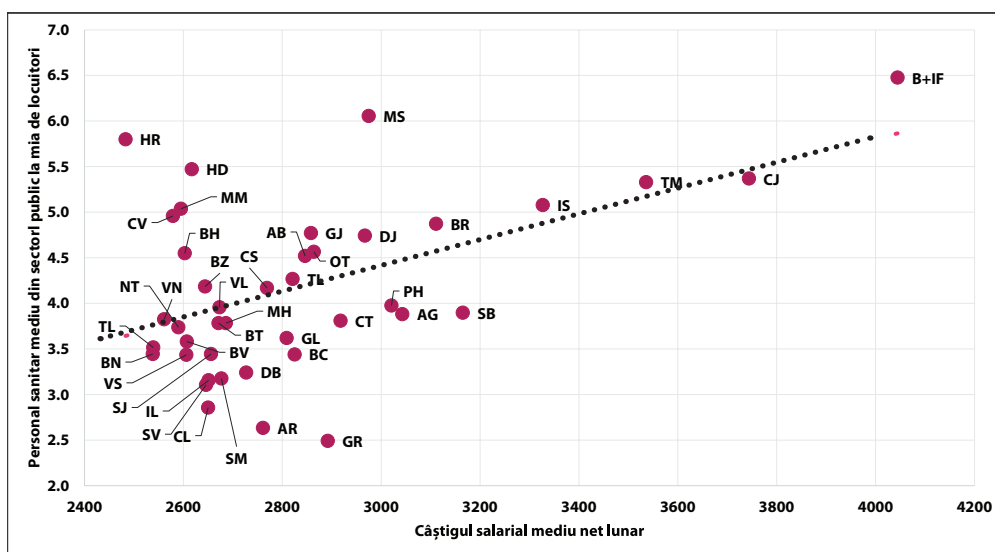
Comparația cu celelalte țări europene și creșterea importantă a efectivului de personal sanitar în ultimul deceniu nu explică de ce starea de sănătate a populației României rămâne foarte proastă în comparație cu celelalte țări membre UE. Conform

unui raport al Comisiei Europene publicat la sfârșitul lui 2021, România are printre cele mai mici speranțe de viață la naștere, printre cele mai mari rate ale mortalității evitabile prin prevenție și ale mortalității prin cauze tratabile și un procent relativ mare de persoane care au nevoi medicale nesatisfăcute, în special în rândul celor cu venituri reduse.⁴ Am putea concluziona că aceste probleme nu țin de efectivele de personal din sistemul sanitar, ci mai degrabă de alte lucruri, cum ar fi lipsa investițiilor sau de faptul că 11% din populație nu beneficiază de asigurare socială de sănătate — ambele aspecte semnalate în raportul Comisiei Europene. Desigur, o asemenea evaluare e infirmată imediat de semnalele recurente despre lipsa medicilor în anumite părți ale țării și de faptul că o bună parte din evoluția pozitivă a efectivului de personal sanitar se datorează creșterii sistemului privat, care nu funcționează după principiul accesibilității universale la serviciile de sănătate.

⁴ „România: Profilul de ar din 2021 în ceea ce privește sănătatea”, disponibil online: https://ec.europa.eu/health/system/files/2022-01/2021_chp_romania_romanian.pdf.

Figura 12.

Personalul sanitar mediu din sectorul public și câștigul salarial mediu net lunar pe județe, 2020



Sursa datelor: INS

Tabelul 1.

Medici în sistemul public la mia de locuitori (exclusiv medici de familie)

	2008	2014	2020	20 vs. 08	20 vs. 14
TOTAL	1.5	1.5	1.9	0.4	0.3
Cluj	3.7	3.9	4.6	1.0	0.7
Timiș	3.0	3.1	4.1	1.1	1.0
București-Ilfov	3.6	3.2	3.8	0.2	0.6
Iași	2.8	2.6	3.5	0.7	0.9
Mureș	2.4	2.6	3.4	1.0	0.8
Brașov	2.3	2.4	3.2	0.9	0.8
Dolj	2.2	2.1	3.0	0.8	0.9
Bihor	1.4	1.7	2.3	0.9	0.5
Sibiu	1.5	1.7	2.1	0.6	0.4
Constanța	1.3	1.2	1.8	0.4	0.6
Hunedoara	1.2	1.4	1.6	0.3	0.1
Gorj	1.0	1.3	1.5	0.5	0.2
Satu Mare	1.3	1.4	1.5	0.2	0.02
Covasna	1.0	1.4	1.4	0.4	-0.03
Harghita	0.8	1.0	1.3	0.5	0.3
Alba	1.0	1.1	1.3	0.3	0.1
Arad	1.1	1.1	1.2	0.1	0.1
Galați	0.7	0.8	1.2	0.5	0.4
Olt	0.9	1.0	1.1	0.2	0.1
Mehedinți	1.0	1.1	1.1	0.1	0.02
Maramureș	0.9	0.9	1.0	0.2	0.1
Argeș	1.1	1.0	1.0	-0.04	-0.01
Caraș-Severin	0.9	1.0	1.0	0.1	0.02
Bacău	0.8	0.8	0.9	0.2	0.1
Vaslui	0.7	0.8	0.9	0.2	0.03
Prahova	0.8	0.8	0.9	0.0	0.1
Botoșani	0.8	0.8	0.9	0.1	0.1
Bistrița-Năsăud	0.7	0.7	0.8	0.1	0.1
Vrancea	0.7	0.8	0.8	0.1	0.1
Tulcea	0.6	0.9	0.8	0.1	-0.1
Teleorman	0.7	0.8	0.8	0.1	-0.1
Vâlcea	0.9	0.8	0.8	-0.1	-0.1
Neamț	0.7	0.7	0.7	0.1	0.05
Ialomița	0.5	0.6	0.7	0.2	0.1
Sălaj	0.5	0.6	0.7	0.2	0.1
Buzău	0.6	0.7	0.7	0.1	-0.05
Suceava	0.7	0.7	0.7	-0.1	0.00
Giurgiu	0.6	0.6	0.6	0.1	-0.01
Dâmbovița	0.7	0.6	0.6	-0.1	-0.04
Călărași	0.4	0.5	0.5	0.1	-0.03
Brăila	0.5	0.5	0.5	-0.1	-0.02

Sursa datelor: INS

Tabelul 2.

Personal sanitar mediu în sistemul public la mia de locuitori

	2008	2014	2020	20 vs. 08	20 vs. 14
TOTAL	5.0	4.2	4.4	0.6	0.2
București-Ilfov	7.2	6.1	6.5	0.7	0.4
Mureș	6.3	5.4	6.1	0.2	0.6
Harghita	5.0	5.5	5.8	0.8	0.3
Hunedoara	5.8	4.8	5.5	0.3	0.7
Cluj	6.8	4.7	5.4	1.4	0.6
Timiș	5.4	4.1	5.3	0.1	1.3
Iași	6.7	5.1	5.1	1.6	-0.01
Maramureș	5.1	5.1	5.0	0.1	0.1
Satu Mare	5.3	3.8	5.0	0.3	1.3
Covasna	4.6	4.5	5.0	0.3	0.4
Brăila	5.5	4.6	4.9	0.6	0.3
Gorj	4.9	4.6	4.8	0.1	0.2
Dolj	5.5	5.2	4.7	0.8	0.4
Olt	5.0	4.9	4.6	0.4	0.4
Bihor	4.7	4.2	4.5	0.1	0.4
Alba	5.0	4.3	4.5	0.5	0.2
Vaslui	4.8	4.1	4.4	0.4	0.3
Caraș-Severin	4.3	3.9	4.3	0.04	0.3
Tulcea	3.9	3.8	4.3	0.4	0.5
Buzău	4.3	3.8	4.2	0.2	0.4
Prahova	4.3	3.9	4.0	0.3	0.1
Sibiu	4.5	4.0	3.9	0.6	0.1
Argeș	4.7	4.3	3.9	0.8	0.4
Vrancea	4.2	3.8	3.8	0.4	0.0
Constanța	4.6	3.1	3.8	0.8	0.7
Mehedinți	4.5	4.0	3.8	0.8	0.3
Botoșani	5.1	3.4	3.8	1.4	0.4
Neamț	4.1	3.3	3.7	0.3	0.4
Galați	4.2	3.5	3.6	0.6	0.1
Brașov	4.4	3.4	3.6	0.8	0.2
Teleorman	3.7	3.0	3.5	0.2	0.5
Bistrița-Năsăud	3.8	3.3	3.4	0.4	0.1
Bacău	4.0	3.5	3.4	0.6	-0.02
Dâmbovița	4.1	3.0	3.2	0.9	0.2
Ialomița	3.6	3.3	3.2	0.4	0.2
Suceava	3.7	3.2	3.1	0.6	0.1
Vâlcea	4.1	3.7	3.1	1.0	0.6
Călărași	3.0	3.2	2.8	0.2	0.4
Arad	4.2	2.8	2.6	1.5	0.2
Giurgiu	3.2	2.7	2.5	0.7	0.2
Sălaj	2.9	1.6	2.2	0.7	0.5

Sursa datelor: INS

Tabelul 3.
Ponderea medicilor din sistemul public din capitalele de județ
(% din medicii din sistemul public din județ)

	1992	1999	2004	2008	2014	2020
București-Ilfov	94.7%	96.6%	96.0%	95.5%	97.9%	97.6%
Iasi	75.2%	86.3%	89.9%	86.9%	95.0%	95.5%
Timis	69.6%	80.3%	84.7%	86.0%	92.2%	93.6%
Cluj	75.1%	85.5%	90.1%	86.3%	90.2%	93.2%
Galati	61.5%	72.3%	75.0%	76.4%	90.0%	92.6%
Braila	73.6%	86.1%	85.6%	85.7%	93.0%	91.6%
Sibiu	45.0%	68.1%	71.8%	73.2%	80.1%	91.0%
Arad	47.2%	56.7%	62.4%	64.0%	71.7%	89.6%
Dolj	60.8%	78.5%	79.7%	78.3%	78.3%	89.6%
Mures	47.9%	69.7%	73.5%	72.9%	86.0%	88.0%
Tulcea	59.3%	64.2%	61.3%	60.8%	72.1%	87.6%
Constanta	51.2%	69.7%	67.1%	75.7%	79.1%	83.2%
Bihor	38.8%	65.0%	70.9%	76.1%	82.3%	83.1%
Brasov	62.0%	70.6%	70.0%	74.8%	79.0%	81.9%
Bistrita-Nasaud	36.8%	57.6%	56.7%	57.6%	62.0%	79.3%
Mehedinti	54.0%	65.4%	59.0%	64.4%	67.3%	78.9%
Botosani	60.7%	62.3%	62.3%	61.7%	79.3%	77.5%
Satu Mare	46.1%	57.2%	66.8%	64.8%	70.3%	73.8%
Giurgiu	14.1%	34.6%	38.7%	44.7%	50.3%	72.9%
Vrancea	49.4%	59.5%	57.3%	60.0%	58.4%	72.4%
Dambovita	20.1%	41.5%	44.7%	49.2%	69.5%	70.4%
Valcea	33.8%	59.4%	55.0%	57.3%	56.0%	67.9%
Salaj	35.1%	53.4%	51.2%	54.5%	68.9%	66.7%
Buzau	28.2%	60.6%	53.3%	57.3%	55.6%	65.7%
Prahova	17.8%	38.9%	54.9%	55.6%	52.9%	62.6%
Maramures	34.8%	46.2%	44.6%	47.9%	48.3%	61.6%
Ialomita	23.1%	40.1%	41.2%	47.1%	48.3%	60.9%
Olt	29.3%	43.7%	42.8%	45.3%	43.2%	60.2%
Caras-Severin	24.0%	41.7%	44.0%	52.5%	50.1%	59.2%
Arges	24.7%	48.8%	50.9%	46.3%	51.5%	58.6%
Calarasi	21.0%	37.2%	36.2%	49.4%	48.8%	56.9%
Neamt	25.4%	43.5%	42.0%	40.6%	59.6%	51.6%
Suceava	23.2%	43.0%	38.4%	43.3%	43.3%	51.0%
Harghita	15.2%	35.7%	36.7%	38.2%	34.2%	49.4%
Vaslui	37.7%	36.9%	35.1%	33.3%	37.3%	48.0%
Alba	19.1%	38.8%	39.0%	39.9%	39.8%	47.6%
Gorj	37.9%	41.6%	48.8%	51.1%	42.8%	47.2%
Covasna	28.6%	51.0%	48.7%	51.6%	43.6%	47.1%
Teleorman	15.9%	30.9%	26.0%	22.9%	43.9%	45.0%
Bacau	35.6%	53.2%	48.0%	49.9%	44.5%	42.5%
Hunedoara	9.8%	25.5%	28.5%	31.3%	32.2%	30.0%

Sursa datelor: INS

Cum am menționat deja mai sus, problema distribuției geografice inegale a personalului sanitar este în mare la fel de acută pentru sectorul public ca pentru sectorul privat. Dacă pentru sectorul privat este de așteptat ca activitatea să se concentreze în zonele bogate, faptul că același lucru se întâmplă (și este chiar mai pronunțat) pentru sectorul public este mult mai problematic. Figura 12 ilustrează dimensiunea acestor inegalități: la o extremă, regiunea București-Ilfov are cel mai mare câștig salarial mediu și cel mai mare număr de personal sanitar mediu pe cap de locuitor; la cealaltă extremă, județe precum Călărași sau Giurgiu, cu salarii foarte mici și puțin personal sanitar. Chiar dacă există anumite excepții (mai exact, județe cu salarii mici și număr relativ mare de personal sanitar mediu la mia de locuitori), precum Harghita, Hunedoara sau Mureș, tendința generală este cât se poate de clară: cu cât un județ este mai bogat, cu atât are mai mult personal sanitar în sectorul public raportat la populație.

Aceste inegalități geografice tind să se agraveze în timp. Datele din tabelul 1 arată nu doar că județele bogate au mai mulți medici în sistemul public raportat la populație decât județele

sărace, ci și că ele au fost principalele beneficiare ale creșterii numărului de medici în ultimul deceniu. Județul Cluj avea în 2020 de peste nouă ori mai mulți medici raportat la populație decât Brăila sau Călărași, județe în care numărul de medici la mia de locuitori nu s-a schimbat semnificativ din 2008 până în prezent. De altfel, doar în 13 județe se observă o creștere sensibilă (peste 0,1) a numărului de medici la mia de locuitori de la jumătatea anilor 2010 până în prezent, creșterile fiind vizibile predominant în județele bogate.

Această tendință e confirmată de evoluția personalului sanitar mediu din sistemul public (tabelul 2). Chiar dacă diferențele sunt de amploare mai mică, și în această privință avem, pe de o parte, un grup de județe cu personal sanitar raportat la populație relativ numeros și în creștere și, pe de altă parte, multe județe în care personalul sanitar raportat la populație este relativ redus și scade sau stagnează. În județe precum Giurgiu, Vâlcea, Suceava, Ialomița, Dâmbovița sau Bacău se observă o scădere constantă din 2008 până în prezent, indicând un declin istoric al sistemului public de sănătate din aceste județe, de la un punct de plecare deja relativ scăzut.

Creșterea decalajelor geografice este însă mult mai avansată decât o sugerează comparația dintre județe, pentru că avem de-a face nu doar cu inegalități interjudețene, ci și cu inegalități intra-județene la fel de mari și cu aceeași tendință de agravare (tabelul 3). Fără excepție, ponderea medicilor din sistemul public din capitalele de județ în totalul medicilor din sistemul public din județe a înregistrat creșteri majore în ultimele decenii. La începutul anilor 1990, orașul Sibiu avea 45% dintre medicii din județ, pondere care s-a dublat trei decenii mai târziu; transformări similare de dramatice au avut loc în Arad, Bihor, Bistrița-Năsăud, Giurgiu sau Dâmbovița. Altfel spus, chiar

dacă efectivele de personal sanitar au crescut de-a lungul timpului, avem de-a face cu o concentrare din ce în ce mai puternică a personalului sanitar în județele bogate și în special în marile orașe. În celelalte zone ale țării, efectivele de personal sanitar au stagnat sau chiar au scăzut în raport cu numărul locuitorilor. În aceste cazuri, accesul la serviciile publice de sănătate în mod cert a scăzut raportat la nevoi, din moment ce aceste zone s-au confruntat cu probleme mai acute legate de îmbătrânirea populației și degradarea stării de sănătate care însoțesc declinul economic general.

2 PERSONALUL SANITAR CA SUBIECT DE POLITICĂ PUBLICĂ

Inegalitățile geografice uriașe și în creștere în ce privește distribuția personalului sanitar sunt, cel puțin teoretic, larg conștientizate în rândul decidenților politici. Atât Strategia Națională de Sănătate 2022-2030 (Strategia), cât și Planul Strategic Multianual pentru Dezvoltarea Resurselor Umane în Sănătate 2022-2030 (Planul), ambele aflate în dezbateră publică la data finalizării acestui studiu, subliniază problema inegalităților geografice ca un obstacol major în asigurarea unor servicii de sănătate accesibile tuturor cetățenilor. În ciuda acestui diagnostic și a conținutului după toate aparențele exhaustiv al strategiei, sutele de măsuri menționate în acest document nu oferă nicio soluție concretă care să abordeze frontal cauzele fenomenului. S-ar putea presupune că această chestiune cade în sarcina Planului, însă acesta este în mod asumat foarte vag, subînțelegându-se că vor exista demersuri viitoare de identificare a eventualelor soluții.

Tendința generală a ambelor documente este însă să propună, în mod previzibil, măsuri care nu necesită capacitate administrativă semnificativă și nu presupun o coordonare structurală a politicilor publice din sănătate cu politicile de dezvoltare socioeconomică mai general vorbind. Mai mult, Strategia nu alocă resurse suplimentare semnificative față de ceea ce este deja stipulat în Planul Național de Redresare și Reziliență (PNRR), inclusiv canalizarea înspre zonele „marginalizate” a investițiilor în infrastructura prespitalicească și de medicină de familie. Neajunsurile legate de infrastructura prespitalicească sunt doar o parte a problemei, Planul menționând o listă mult mai lungă de cauze ale neocupării posturilor vacante în sistemul public: „remunerația, infrastructura precară și dotările insuficiente ale unităților sanitare, lipsa oportunităților de dezvoltare profesională și personală sau lipsa acordării unor facilități la nivel local precum decontarea cheltuielilor de transport pentru navetiști, asigurarea unei locuințe de serviciu sau identificarea unui loc de muncă stabil pentru soțul/soția cadrului medical interesat să se stabilească în localitatea respectivă.”¹ Într-un asemenea context, nu e deloc exclus ca o parte mai mult sau mai puțin consistentă din noua infrastructură sanitară din afara marilor orașe să rămână neutilizată datorită lipsei personalului.

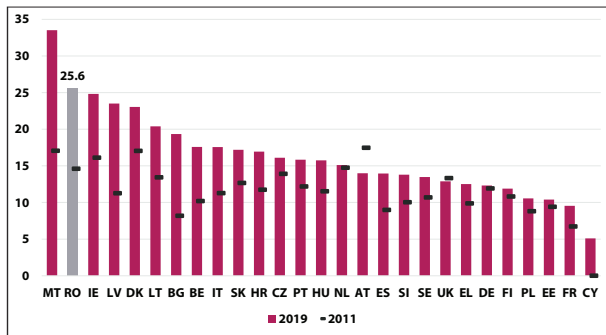
Faptul că problema nu e doar una de lipsă propriu-zisă a infrastructurii medicale e evident dacă ținem cont că și mari spitale din țară, situate în capitalele de județ, se confruntă cu lipsa cro-

nică a personalului (Slatina, Ploiești sunt doar două exemple amintite deja), același fiind cazul și în orașele mai mici unde există infrastructură cu totul nouă ca urmare a unor investiții semnificative (cum este cazul Mioveniului). Asemenea exemple ne arată că factori precum „lipsa oportunităților de dezvoltare profesională și personală” pentru personalul sanitar și membrii familiilor lor pot juca un rol cel puțin la fel de decisiv ca lipsa infrastructurii. Eliminarea acestor factori sau măcar limitarea efectelor lor nu se poate face fără a recunoaște că inegalitățile geografice de distribuție a personalului sanitar fac parte integrantă dintr-un peisaj mai amplu al inegalităților socioeconomice din România și că e greu de imaginat un scenariu în care primele sunt reduse semnificativ fără ca același lucru să se întâmple și cu cele din urmă. Dincolo de primatul investițiilor în infrastructură, documentele de politici publice enumerate mai sus pun foarte mult accent pe nevoia de formare profesională a cadrelor medicale pentru atenuarea lipsei de personal din sistemul public, ca și când lipsa personalului ar fi în esență un fenomen strict cantitativ la nivel național. În lipsa unor măsuri de reducere a inegalităților socioeconomice la nivel național și regional, creșterea numărului de medici și asistenți medicali și formarea din ce în ce mai aprofundată a acestora riscă să agraveze situația de astăzi în care avem o competiție acerbă pentru ocuparea posturilor în marile orașe din județele bogate, în timp ce o bună parte din restul țării se confruntă cu lipsă cronică de personal.

Există puține dubii că lipsa de personal din sistemul sanitar ține mai degrabă de distribuția geografică decât de o lipsă cantitativă în ansamblul sistemului, care e doar resimțită mai mult sau mai puțin sever de la o zonă la alta. Un exemplu edificator în acest sens este cel al numărului absolvenților de medicină umană și de școli de asistenți medicali. Raportat la populație, România are al doilea cel mai mare număr de absolvenți de medicină umană din Uniunea Europeană și cel mai mare număr de absolvenți de școli de asistență medicală (figurile 13 și 14). În cazul medicilor, numărul absolvenților a crescut semnificativ între 2011 și 2019, însă era deja comparativ ridicat încă de la începutul anilor 2011 — nu vorbim, așadar, de o problemă pe care să se rezolve ca urmare a creșterii numărului de absolvenți în ultimii ani. Acest lucru este evident dacă ținem cont că numărul absolvenților de școli de asistență medicală era deja comparativ foarte mare încă din 2011 — cum am văzut deja, zece ani mai târziu, multe zone ale țării se confruntă cu probleme chiar mai grave în ce privește personalul sanitar mediu.

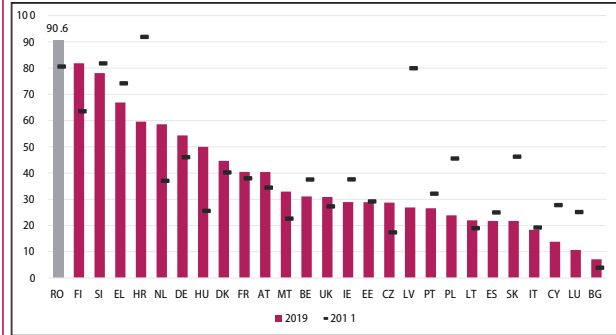
¹ Planul Strategic Multianual pentru Dezvoltarea Resurselor Umane în Sănătate 2022-2030, p. 9.

Figura 13.
Absolvenți de medicină umană la suta de mii de locuitori



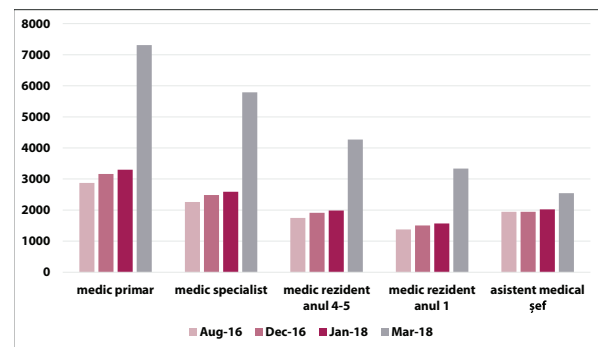
Sursa datelor: Eurostat

Figura 14.
Absolvenți de școli de asistenți medicali la suta de mii de locuitori



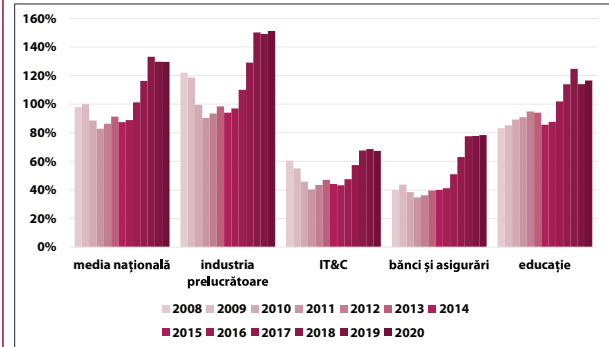
Sursa datelor: Eurostat

Figura 15.
Salarii de bază nete în sistemul public sanitar: înainte și după Legea 153/2017 (lei/lună)



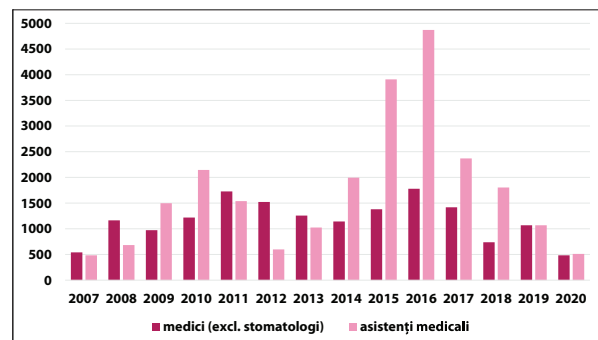
Sursa datelor: Legislația salarizării

Figura 16.
Câștigul salarial mediu net în sănătate și asistență socială (% față de alte sectoare)



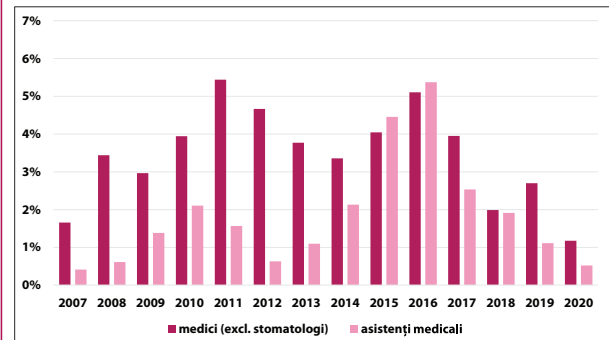
Sursa datelor: INS

Figura 17.
Numărul recunoașterilor calificărilor profesionale pentru personalul sanitar din România în vederea stabilirii permanente în afara țării (UE + EFTA)



Sursa datelor: Comisia Europeană

Figura 18.
Raportul dintre numărul de recunoașteri ale calificărilor profesionale pentru emigrare și personalul sanitar din sistemul public din România (%)



Sursa datelor: Comisia Europeană

Investițiile în infrastructura sanitară finanțate prin PNRR ar constitui în jumătate de deceniu o a doua mare intervenție de politică publică menită să remedieze neajunsurile sistemului public de sănătate, cu atenție deosebită față de lipsa de personal. Prima intervenție de acest fel a fost Legea 153/2017 privind salarizarea din sectorul public. În realitate, putem privi investițiile în infrastructură cel puțin parțial ca o reacție la faptul că Legea 153/2017 nu a rezolvat decât parțial problema lipsei de personal, în ciuda amplorii fără precedent a creșterilor salariale pe care le-a introdus în sistemul public de sănătate începând cu 2018. Importanța Legii 153/2017 a constat în eliminarea cvasi-totală a salariilor ca principal determinant al lipsei de personal; PNRR și noile documente strategice ale guvernului confirmă într-un fel că problema salarială a fost înlocuită astăzi de cea a infrastructurii.

Este imposibil să înțelegem situația personalului sanitar și contextul de politică publică de astăzi fără o analiză a Legii 153/2017 și a impactului ei asupra sistemului public de sănătate. Chiar dacă Legea 153/2017 viza creșteri salariale semnificative pentru cea mai mare parte a personalului bugetar, ea acorda o atenție cu totul deosebită sistemului sanitar și în special medicilor. Conform noii legi, salariile din sistemul sanitar trebuiau crescute nu doar semnificativ de mult, ci și semnificativ de repede, personalul sanitar primind de fapt în 2018 creșterile salariale care pentru alte categorii de personal din sistemul public erau eșalonate până în 2022. Drept urmare, la intrarea în vigoare a Legii 153/2017, în martie 2018, salariul de bază al unui medic primar a crescut dintr-o dată cu peste 120% (de la aproximativ 3300 la peste 7300 de lei net (figura 15), practic toate categoriile de medici (inclusiv rezidenții) având începând cu acea lună

salariile de bază mai mult decât duble față de începutul anului. Chiar dacă perioada 2017-2018 era una de creșteri salariale accelerate și în alte sectoare, Legea 153/2017 a re poziționat dintr-o mișcare personalul sanitar din sectorul public în topul salariilor din țară: câștigul salarial mediu net (salariul de bază plus orice alte sporuri și beneficii) în sectorul sănătate și asistență socială a devenit cu o 33% mai mare decât media națională, 50% mai mare față de industria prelucrătoare, 20% mai mare față de sistemul de educație, totodată reducând sensibil decalajele salariale față de sectoare precum IT&C sau bănci și asigurări (figura 16).

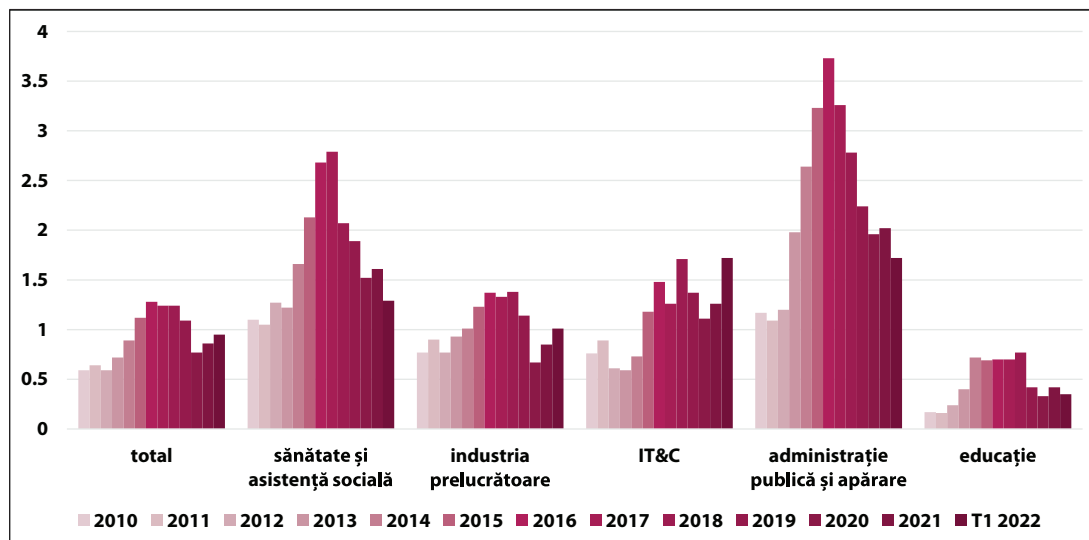
Asemenea creșteri salariale trebuiau să soluționeze problema lipsei de personal din sistemul public de sănătate, problema care se agravase accelerat în anii anteriori adoptării Legii 153/2017, într-o bună măsură datorită plecării în străinătate a din ce în ce mai mulți medici și asistenți medicali. În 2016, cu un an înainte de adoptarea Legii 153/2017, aproape 1800 de medici și 5000 de asistenți medicali obținuseră recunoașteri ale calificărilor profesionale în vederea stabilirii permanente în străinătate (figura 17), un record istoric pentru medici și mai ales pentru asistenții medicali. Plecarea în străinătate a personalului sanitar calificat luase amploare începând cu 2014, medicii și asistenții sociali din România fiind mai predispuși să emigreze odată cu revenirea economică din vestul Europei și cu agravarea situației din România ca urmare a măsurilor de austeritate impuse de guvern începând cu 2010-2011. Medicii erau în mod deosebit predispuși să plece în străinătate, emigrarea lor crescând rapid începând cu 2007, cu un prim vârf în 2011, anul de după tăierile salariale, urmat de un al doilea în 2016. Raportul dintre numărul de recunoașteri ale calificărilor profesionale pentru emigrare și numărul de medici din sistemul public (figura 18) s-a menținut la peste 3% pentru un deceniu (2008-2017). Emigrarea asistenților nu a atins asemenea niveluri decât în 2015 și 2016, când discuțiile politice despre nevoia de măsuri pentru a stopa emigrarea personalului sanitar erau deja la ordinea zilei. Atenția specială acordată medicilor în Legea 153 se datorează foarte probabil duratei mai lungi și, în consecință, caracterului mai vizibil al emigrației medicilor.

Legea 153/2017 a avut un impact puternic și imediat asupra emigrației personalului sanitar, în 2019 numărul medicilor plecați din țară reducându-se cu 40% față de 2016, iar numărul asistenților plecați s-a redus de peste 4,5 ori în aceeași perioadă. Totodată, rata locurilor de muncă vacante în sectorul sănătate și asistență socială a scăzut la niveluri similare cu începutul anilor 2010 (figura 19). Faptul că creșterile salariale au jucat un rol decisiv este vizibil în traiectoria similară a ratei locurilor de muncă vacante în administrația publică după creșterile salariale stipulate în Legea 153/2017. Cercetările mai aprofundate asupra impactului Legii 153/2017 asupra retenției personalului din sectorul sanitar confirmă că creșterile salariale au stopat rapid emigrația cadrelor medicale.² Dat fiind numărul relativ foarte mare de absolvenți de studii medicale, un scenariu în care emigrația e redusă la zero e dificil de imaginat pentru moment, însă în mod cert fenomenul este astăzi de mult mai mică amploare față de întregul deceniu anterior intrării în vigoare a Legii 153/2017. În privința distribuției geografice a personalului sanitar (și a lipsei lui), efectele Legii 153/2017 au fost cât se poate de inegale. În orașele mari din județele bogate, creșterile salariale au exacerbât competiția pentru posturi, medicii tineri făcând aici sacrificii semnificative pentru a obține posturi, inclusiv prin optarea pentru mai mult de un stagiu de rezidențiat. Paradoxal sau nu, creșterile salariale au făcut ca orașele mici și zonele rurale să fie chiar mai puțin atractive decât în trecut, din moment ce veniturile crescute au făcut traiul în orașele mari semnificativ mai accesibil, reducând atractivitatea celorlalte zone. Din moment ce politica publică s-a limitat la creșterile salariale, celelalte problemele menționate mai sus (de la lipsa infrastructurii la posibilitățile limitate de dezvoltare a vieții personale și familiale) au rămas cronice pentru personalul sanitar din afara orașelor mari din județele bogate.

Chiar și în Prahova, județ cu al optelea cel mai mare PIB per capita, impactul creșterilor salariale asupra situației personalului

² Syndex România, „Studiu de caz despre impactului Legii 153 asupra lipsei de personal din sistemul public de sănătate”, în curs de publicare de către Eurofound.

Figura 19.
Rata locurilor de muncă vacante la nivel național (%)



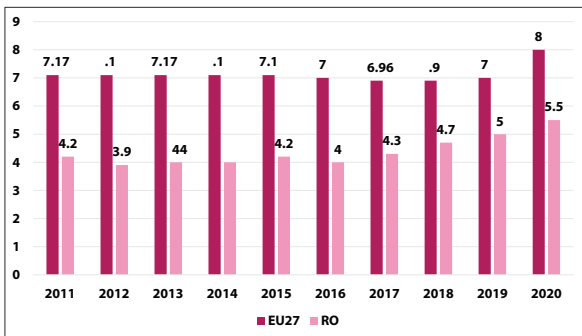
Sursa datelor: INS

Tabelul 4.
Cheltuielile și efectivele de personal ale Spitalului Județean Prahova

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
cheltuieli totale (M RON)	157.4	216.6	259.6	282.2	308.0	365.5
cheltuieli de personal (M RON)	100.2	151.8	194.3	210.3	225.3	249.6
% cheltuieli de personal din total	63.7%	70.1%	74.8%	74.5%	73.1%	68.3%
angajați	2501	2501	2501	2501	2501	2501
locuri de muncă vacante	3442	94	2852	78	3263	40
medici	1691	83	1891	96	2011	95
personal sanitar mediu	1018	1036	1030	1052	1023	1025
personal sanitar auxiliar	697	7087	10	6906	81	676

Sursa datelor: Spitalul Județean Prahova

Figura 21.
Cheltuielile publice cu îngrijirea sănătății (% din PIB)

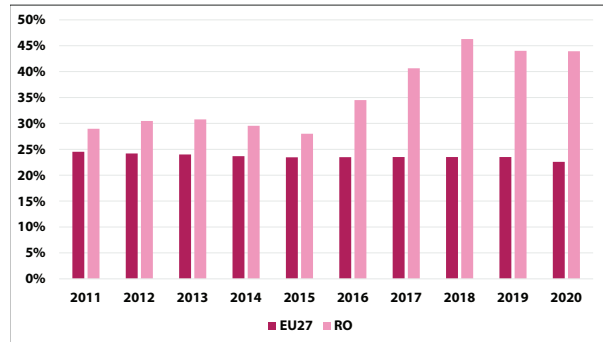


Sursa datelor: Eurostat

a fost insuficient, deși nu neglijabil (tabelul 4). Între 2016 și 2019, numărul medicilor de la Spitalul Județean Prahova a crescut de la 169 la 196, semnificativ însă nu suficient încât să fie evitată situația descrisă în primul paragraf al acestui studiu. De remarcat că per total numărul locurilor de muncă vacante a revenit în 2021 la nivelul din 2016 și că situația personalului sanitar mediu și auxiliar nu pare să se fi schimbat semnificativ în toată această perioadă. Tabelul 3 evidențiază și una dintre implicațiile majore ale creșterilor salariale din sectorul sanitar: creșterea substanțială a ponderii cheltuielilor de personal în totalul cheltuielilor. Acest lucru e valabil pentru întreg sistemul sanitar, ponderea cheltuielilor cu personalul în total crescând până la 45% începând cu 2018, de la circa 30% înainte de 2016 (figura 20).

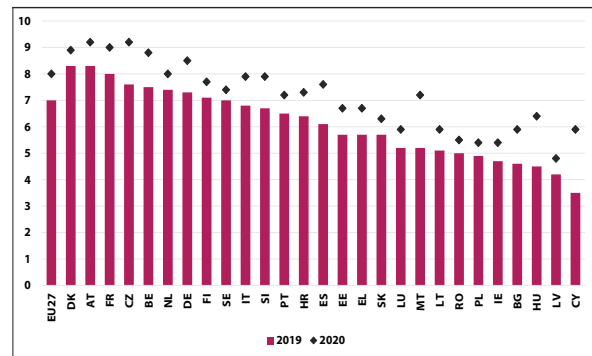
Per ansamblu, așadar, creșterile salariale au fost acoperite într-o bună măsură prin realocarea resurselor financiare de la alte cheltuieli către cele de personal, adâncind probabil problemele de finanțare a infrastructurii și dotării din sistemul sanitar. Problema reală ține de continua subfinanțare a sistemului public de sănătate, ponderea cheltuielilor publice cu sănătatea rămânând mult inferioară mediei europene, în ciuda unei tendințe constante de creștere începând cu 2017 (figura 21) — bugetul pentru 2022 prevede o pondere de 5.8%. Previzibil, România are printre cele mai mici cheltuieli publice cu sănătatea raportat la dimensiunea economiei, iar creșterea din

Figura 20.
Ponderea cheltuielilor de personal în cheltuielile publice totale cu îngrijirea sănătății



Sursa datelor: Eurostat

Figura 22.
Cheltuieli publice cu îngrijirea sănătății (% din PIB)



Sursa datelor: Eurostat

timpul pandemiei a fost relativ modestă față de majoritatea statelor membre UE (figura 22).

Creșterile salariale au avut mai multe implicații simultane pentru sistemul public de sănătate: oprirea emigrării și totodată accentuarea decalajelor dintre zonele atractive și cele neatractive pentru personal; realocarea unei părți din resursele financiare din sistem dinspre cheltuielile nesalariale către salarii; creșterea lentă a cheltuielilor publice de sănătate, care rămân totuși la un nivel relativ scăzut. Investițiile în infrastructura de sănătate anunțate în ultima perioadă pot fi privite și ca o soluție la subfinanțarea cronică a sistemului public de sănătate, atenuând și efectul creșterilor salariale asupra unui buget redus. Abordarea este în continuare fragmentată față de complexitatea problemei: în 2017 s-a vorbit practic numai despre salarii, astăzi se vorbește în principal despre infrastructura nouă și, eventual, despre formarea profesională. Odată epuizate resursele excepționale prin care se finanțează aceste investiții (în special, odată ce PNRR va fi încheiat) și în absența bugetării unor cheltuieli structural mai mari cu sistemul public de sănătate, probleme ca lipsa de personal și accesul profund inegal al cetățenilor la serviciile publice de sănătate vor reveni în atenția publică. Soluționarea acestor probleme nu are cum să apară în absența unei strategii mai ample de atenuare a inegalităților socioeconomice în sens larg.

CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

Lipsa de personal din sistemul sanitar din 2022 este de cu totul altă natură decât cea din urmă cu jumătate de deceniu. Între timp, numărul specialiștilor sanitar a crescut semnificativ, evoluție însoțită de o serie de transformări structurale ale sistemului de sănătate din România:

- Dezvoltarea accelerată a sistemului privat de sănătate și revenirea numerică din sectorul public; pentru cel din urmă efectivele de personal sunt în continuare mai reduse decât erau la sfârșitul anilor 2000.
- Adâncirea diviziunii muncii dintre sistemul public și cel privat, vizibilă în special în privatizarea cvasi-totală a unor activități sanitare. Din punct de vedere strict cantitativ, medicina de familie (astăzi o activitate în cea mai mare parte privată) a rămas mult în urma celorlalte servicii medicale. Lipsa medicilor de familie nu este uniformă geografic, ci afectează în mod deosebit anumite părți ale țării. Sistemul privat rămâne dependent de funcționarea sistemului public pentru furnizarea de personal (în special medici) și tratarea cazurilor complicate.
- Întinerirea personalului e vizibilă în creșterea accelerată a ponderii medicilor cu vârsta de sub 35 de ani. Această tendință pozitivă e susținută de faptul că România are un număr comparativ foarte mare de absolvenți de școli de specialitate.
- Adâncirea inegalităților geografice între județele sărace și cele bogate, precum și între orașele mari și restul teritoriului. Zonele bogate au fost principalele beneficiare ale creșterii personalului sanitar în ultimii ani, în timp ce în zonele sărace vorbim de stagnare și chiar declin. Lipsa de personal din sectorul sanitar a devenit din ce în ce mai inegal distribuită din punct de vedere geografic.

Situația personalului sanitar a fost obiectul uneia dintre cele mai incisive măsuri de politici publice din trecutul recent: Legea 153/207, care stipula creșteri salariale fără precedent în sistemul public sanitar, creșteri care aveau drept scop explicit reducerea emigrării și eliminarea problemei lipsei de personal. La nivel macro, Legea 153/2017 s-a dovedit remarcabil de eficace, ducând emigrarea personalului sanitar calificat la niveluri minime într-un timp foarte scurt și alimentând chiar un excedent de personal în capitalele județelor bogate. Creșterile salariale nu au rezolvat însă problema lipsei de personal în afara centrelor urbane dezvoltate, într-o anumi-

tă măsură chiar contribuind la creșterea inegalităților teritoriale. Creșterile salariale s-au dovedit a fi necesare dar insuficiente pentru a rezolva problema lipsei personalului din sistemul public de sănătate. Între timp, investițiile în infrastructura de îngrijire medicală au devenit obiectivul principal pentru autorități, profitând și de oportunitatea financiară oferită de PNRR. Ca și în cazul creșterilor salariale, investițiile în infrastructură sunt în mod cert necesare, însă se pot dovedi insuficiente, existând riscul ca o parte din infrastructura nouă să nu aibă suficient personal pentru a funcționa.

Chiar dacă sunt vitale și marchează rupturi importante față de politica publică a ultimelor decenii, cazul deja concretizat al creșterilor salariale și cel deocamdată potențial al investițiilor în infrastructură arată și slăbiciunea unor abordări fragmentate față de o problemă foarte complexă, ale cărei ramificații se întind mult dincolo de problema sistemului sanitar ca atare. Ele ar trebui complementate de alte măsuri privitoare la personalul medical și sistemul sanitar, dar și de o strategie mai amplă de reducere a inegalităților socioeconomice inter- și intraregionale. Despre subvențiile care ar atrage personalul sanitar în zonele sărace (subvenții de navetă, locuințe de serviciu, suplimente salariale) s-a discutat în mod repetat de-a lungul anilor, ele fiind sugerate implicit și în cele mai recente documente de politică publică. Din nou, asemenea măsuri ar fi necesare, dar șansele ca ele să rezolve problema sunt minime. O reevaluare a programului de rezidențiat ar fi o altă măsură importantă. În prezent, rezidențiatul se face doar în centrele universitare, iar faptul că medicii tineri petrec câțiva ani în centrele universitare la început de carieră e cu siguranță un factor care scade atractivitatea celorlalte zone din țară.

O soluție eficace și pe termen lung nu este însă posibilă în afara unei strategii mai ample de reducere a inegalităților socioeconomice în creștere. Până la urmă, există o limită dincolo de care eventualele venituri suplimentare oferite personalului sanitar din zonele se vor dovedi insuficiente, din moment ce personalul sanitar deja reclamă nu veniturile insuficiente, ci lipsa oportunității unei vieți profesionale și personale similare cu ceea ce oferă zonele urbane dezvoltate. Din acest punct de vedere, situația personalului sanitar din zonele sărace este doar o parte dintr-un peisaj mult mai amplu în care părți consistente ale teritoriului și populației țării continuă să rămână în urma unei minorități a orașelor bogate. Adâncirea constantă a acestor inegalități în ciuda schimbărilor guvernamentale și de traiectorie generală a economiei de-a lungul ultimelor decenii este cea mai bună dovadă a lipsei unei asemenea strategii.

LISTA FIGURILOR ȘI TABELELOR

- 5 Figura 1
Personalul sanitar din România
- 6 Figura 2
Personalul sanitar pe forme de proprietate (mii persoane)
- 6 Figura 3
Personalul sanitar din sistemul privat (mii persoane)
- 6 Figura 4
Personalul sanitar din sistemul public (mii persoane)
- 7 Figura 5
Numărul medicilor de familie, stomatologilor și farmaciștilor (mii persoane)
- 8 Figura 6
Personal sanitar pe forme de proprietate (mii persoane, exclusiv stomatologi, medici de familie și farmaciști)
- 8 Figura 7
Personalul sanitar mediu din sectorul privat și câștigul salarial mediu net lunar pe județe, 2020
- 8 Figura 8
Medici pe segmente de vârstă (mii persoane)
- 8 Figura 9
Ponderea medicilor cu vârsta sub 35 de ani, 2019
- 9 Figura 10
Medici la mia de locuitori, 2019 vs. 2013
- 9 Figura 11
Asistenți medicali la mia de locuitori, 2019 vs. 2013
- 10 Figura 12
Personalul sanitar mediu din sectorul public și câștigul salarial mediu net lunar pe județe, 2020
- 10 Tabelul 1
Medici în sistemul public la mia de locuitori (exclusiv medici de familie)
- 10 Tabelul 2
Personal sanitar mediu în sistemul public la mia de locuitori
- 11 Tabelul 3
Ponderea medicilor din sistemul public din capitalele de județ (% din medicii din sistemul public din județ)
- 14 Figura 13
Absolvenți de medicină umană la suta de mii de locuitori
- 14 Figura 14
Absolvenți de școli de asistenți medicali la suta de mii de locuitori
- 14 Figura 15
Salarii de bază nete în sistemul public sanitar: înainte și după Legea 153/2017 (lei/lună)
- 14 Figura 16
Câștigul salarial mediu net în sănătate și asistență socială (% față de alte sectoare)
- 14 Figura 17
Numărul recunoașterilor calificărilor profesionale pentru personalul sanitar din România în vederea stabilirii permanente în afara țării (UE + EFTA)
- 14 Figura 18
Raportul dintre numărul de recunoașteri ale calificărilor profesionale pentru emigrare și personalul sanitar din sistemul public din România (%)
- 15 Figura 19
Rata locurilor de muncă vacante la nivel național (%)
- 16 Tabelul 4
Cheltuielile și efectivele de personal ale Spitalului Județean Prahova
- 16 Figura 20
Ponderea cheltuielilor de personal în cheltuielile publice totale cu îngrijirea sănătății
- 16 Figura 21
Cheltuielile publice cu îngrijirea sănătății (% din PIB)
- 16 Figura 22
Cheltuieli publice cu îngrijirea sănătății (% din PIB)

AUTORI

Ștefan Guga, director Syndex România.
s.guga@syndex.ro

IMPRESSUM

Friedrich-Ebert-Stiftung România | Str. Emanoil Porumbaru |
nr. 21 | apartament 3 | Sector 1 | București | România

Responsabil:
Anna-Lena Koschig Hölzl | Friedrich-Ebert-Stiftung România
Tel.: +40 21 211 09 82 | Fax: +40 21 210 71 91
<https://romania.fes.de>

Pentru comenzi / Contact:
office.romania@fes.de

Fără un acord scris explicit din partea Friedrich-Ebert-Stiftung (FES), utilizarea comercială a publicațiilor și produselor media apărute sub egida FES este interzisă.

SITUAȚIA PERSONALULUI SANITAR DIN ROMÂNIA



În ultimii ani, sistemului privat de sănătate s-a dezvoltat accelerat și efectivele de personal din sistemul public au crescut, fiind însă în continuare mai reduse decât erau la sfârșitul anilor 2000. Aceste evoluții au fost însoțite de o adâncire a diviziunii muncii dintre sistemul public și cel privat, vizibilă în special în privatizarea cvasi-totală a unor activități sanitare (medicina de familie, stomatologia, farmaciile).



Inegalitățile geografice între județele sărace și cele bogate, precum și între orașele mari și restul teritoriului, au crescut puternic. Zonele bogate au fost principalele beneficiare ale creșterii personalului sanitar în ultimii ani, în timp ce în zonele sărace vorbim de stagnare și chiar declin. Lipsa de personal din sectorul sanitar a devenit din ce în ce mai inegal distribuită din punct de vedere geografic.



Personalul sanitar a fost și rămâne o țintă prioritară pentru politica publică. După creșterile salariale din a doua parte a anilor 2010, în prezent prioritatea pare să fie investiția în infrastructură. Totuși, în absența unei strategii integrate de reducere a inegalităților socioeconomice între diferitele părți ale țării, problemele lipsei de personal nu au cum să dispară. Dimpotrivă, ele se pot agrava, așa cum ne arată evoluțiile recente.

Mai multe informații despre acest subiect pot fi găsite aici:
<https://romania.fes.de>