



# Traseul în carieră al Medicilor de Sănătate Publică și Management din România

- De la rezidențiat la angajare -

Lansarea Studiului Național

2025-2026

**Autori:**

Conf. univ. dr. Bogdan C.Pană<sup>3,5</sup>, Prof. univ. dr. Florentina L. Furtunescu<sup>3,5</sup>, dr. Alin Măorean<sup>3,5</sup>, Conf. univ. dr. Florin Gabriel Leășu<sup>2</sup>, Prof. dr. Cristian Vlădescu<sup>4</sup>, Conf. univ. dr. Adrian Pană<sup>6</sup>, Șef lucrări dr. Florina Gabor Harosa<sup>6</sup>, Conf. univ. dr. Sergiu Chirilă<sup>5,7</sup>, Prof. univ. Ștefan-Mugurel Ghelase<sup>8</sup>, Șef lucrări dr. Monica - Laura Cara<sup>5,8</sup>, Prof. univ. dr. Costinela Georgescu<sup>9</sup>, Conf. univ. dr. Maria Liliana Iliescu<sup>10</sup>, Prof. univ. dr. Lucia Daina<sup>11</sup>, Prof. univ. dr. Carmen Domnariu<sup>12</sup>, Prof. univ. dr. Florin Buicu<sup>5,13</sup>, Prof. univ. dr. Sorin Ursoniu<sup>14</sup>.

**Afilieri:**

	<b>Orașul</b>	<b>Disciplina</b>	<b>Organizația</b>
1	<b>Arad</b>	Medicină Socială și Management Sanitar	Universitatea de Vest "Vasile Goldiș" (UVVG)
2	<b>Brașov</b>	Sănătate Publică și Management	Universitatea Transilvania din Brașov (UNITBV, Facultatea de Medicină)
3	<b>București</b>	Sănătate Publică și Management	Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila" (UMFCD)
4	<b>București</b>	Sănătate Publică și Management	Universitatea Titu Maiorescu (UTM, Facultatea de Medicină)
5	<b>București</b>		Asociația Română de Sănătate Publică și Management Sanitar
6	<b>Cluj-Napoca</b>	Sănătate Publică și Management	Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" (UMF Cluj)
7	<b>Constanța</b>	Informatică Medicală și Biostatistică	Universitatea Ovidius (UOC) - Facultatea de Medicină
8	<b>Craiova</b>	Sănătate Publică și Management Sanitar	Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova (UMFCV)
9	<b>Galați</b>	Sănătate Publică și Management Sanitar	Universitatea "Dunărea de Jos" din Galați (UGAL) - Facultatea de Medicină și Farmacie
10	<b>Iași</b>	Sănătate Publică și Management Sanitar	Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa" (UMF Iași)
11	<b>Oradea</b>	Sănătate Publică și Management Sanitar	Universitatea din Oradea (Facultatea de Medicină și Farmacie)
12	<b>Sibiu</b>	Sănătate Publică și Management Sanitar	Universitatea Lucian Blaga din Sibiu (ULBS) - Facultatea de Medicină
13	<b>Târgu Mureș</b>	Sănătate Publică și Management Sanitar	Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie "George Emil Palade" (UMFST)
14	<b>Timișoara</b>	Sănătate Publică și Management Sanitar	Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" (UMFT)

# Cuprins

1. Introducere și metodologie .....	1
2. Profilul sociodemografic general al medicilor respondenți.....	2
3. Medicii rezidenți: formare și perspective .....	4
3.1. Profilul medicilor rezidenți .....	4
3.2. Motivele alegerii specialității și arii de interes.....	4
3.3. Evaluarea programului de formare (Analiză mixtă) .....	7
3.4. Calitatea vieții și echilibrul viață-muncă .....	9
3.5. Proiecții de carieră și perspective post-rezidențiat .....	9
3.6. Oportunități și bariere identificate (Analiză calitativă).....	12
3.7. Concluzii - Medici Rezidenți SPM.....	13
4. Medicii Specialiști și Primari: performanță, statut și dinamica în carieră.....	15
4.1. Profilul demografic și nivelul de expertiză .....	15
4.2. Alegerea carierei și ariile actuale de activitate .....	18
4.3. Structura și dinamica locurilor de muncă.....	20
4.4. Angajatori, roluri profesionale, responsabilități și venit .....	22
4.5. Veniturile nete lunare .....	24
4.6. Gradul de satisfacție generală.....	25
4.7. Reglementare și bariere administrative.....	26
4.8. Calitatea vieții și sustenabilitatea efortului profesional.....	27
4.9. Analiza mediului profesional: bariere, oportunități și soluții.....	30
4.10. Concluzii- Medici Specialiști si Primari SPM.....	34
4.11. Concluzii Finale - Medici Rezidenți, Specialiști, Primari SPM .....	35
Perspectiva angajatorilor medicilor de SPM- număr insuficient de răspunsuri pentru analiza.....	36

# 1. Introducere și metodologie

Sănătatea publică este definită ca știința și arta prevenirii bolilor, prelungirii vieții și promovării sănătății fizice și mintale, prin eforturi organizate ale comunității. Aceasta include ansamblul structurilor și proceselor prin care starea de sănătate a populației este înțeleasă, protejată și îmbunătățită prin acțiuni coordonate la nivel societal.

Specialitatea Sănătate publică este recunoscută ca specialitate medicală în toate statele membre ale Uniunii Europene prin Directiva EC 2005/36 (actualizată). În România, această specialitate poartă denumirea oficială de *Sănătate publică și management* (SPM).

Medicul specialist în SPM are rolul de a integra cunoștințele dobândite în cadrul formării medicale de bază cu cele acumulate în timpul pregătirii prin rezidențiat (4 ani), pentru a aplica principiile științelor medicale în domeniul sănătății publice și al managementului serviciilor de sănătate.

Conform datelor Colegiului Medicilor (2024), în România activează 199 de medici SPM cu aviz de libera practica.

În acest context, prezentul studiu investighează dinamica profesională a medicilor de SPM, o specialitate strategică pentru reziliența sistemului sanitar în fața provocărilor globale.

Obiectiv general: Evaluarea comprehensivă a traiectoriilor de carieră, a factorilor de influență (motivații, competențe, bariere, facilitatori) și a nivelurilor de satisfacție profesională, în vederea fundamentării politicilor de resurse umane și a reformei curriculare.

## **Obiective specifice:**

- Analiza motivației și a satisfacției în carieră;
- Identificarea factorilor care influențează alegerea și evoluția în această specialitate;
- Evaluarea situației profesionale actuale și a echilibrului dintre viața personală și cea profesională (*work-life balance*);

## **Cadru instituțional:**

Studiul a fost realizat de Disciplina de Sănătate Publică și Management a UMF Carol Davila (UMFCD), în colaborare cu Asociația Română de Sănătate Publică și Management Sanitar (ARSPMS) și cadrele universitare de la Disciplinele de Sănătate Publică și Management ale Universităților și Facultăților de Medicină din București, Timișoara, Cluj, Iași, Târgu Mureș, Constanța, Craiova, Sibiu, Brașov, Oradea și Galați.

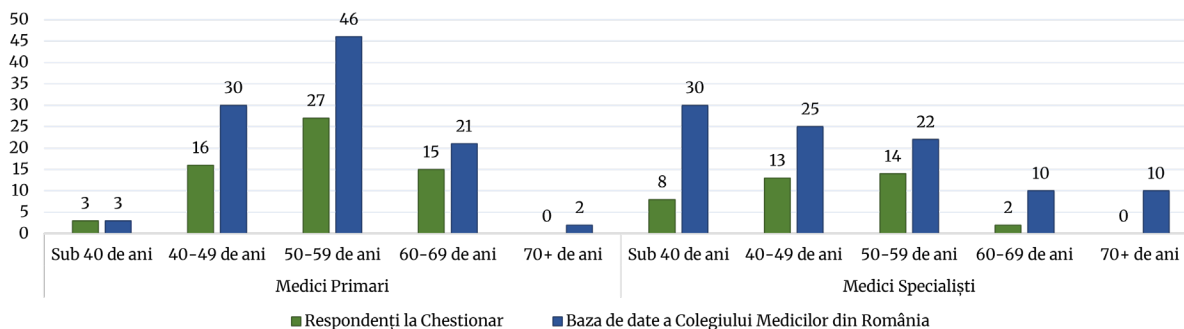


Figura 1. Comparația între distribuția pe grupe de vârstă a medicilor din specialitatea SPM respondenți la chestionar (nr. = 98) care au declarat vârsta și numărul medicilor cu drept de liberă practică din baza de date a CMR (nr. = 199)

### Metodologie:

Studiu observațional bazat pe chestionar autoadministrat (Google Forms), desfășurat în perioada septembrie – decembrie 2025. Respondenții: medicii rezidenți, specialiști, primari de SPM.

Chestionarul a fost completat de 184 medici, rata de participare fiind una ridicată (aproximativ 50% din populația totală de medici activi). Prelucrare statistică descriptivă realizată cu software-ul JASP v. 0.19.3

## 2. Profilul sociodemografic general al medicilor respondenți

Analiza comparativă a structurii eșantionului de respondenți medici specialiști și primari (n = 99) în raport cu populația de referință (medicii SPM înscriși în CMR, < 70 ani) a fost realizată utilizând testul *Chi-square Goodness-of-Fit*. Acesta a evaluat gradul de concordanță între distribuția respondenților și distribuția raportată de CMR pe categorii de vârstă și grad profesional. Rezultatele nu au indicat diferențe semnificative statistic pentru niciuna dintre categorii: medici specialiști ( $\chi^2 = 4.71$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0.19$ ) și medici primari ( $\chi^2 = 1.51$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0.68$ ). Absența unei diferențe semnificative sugerează că eșantionul prezintă o structură comparabilă cu cea a populației țintă, susținând validitatea rezultatelor. (Figura 1).

Structura lotului este reprezentată în Figura 2.

- Medici confirmați (Specialiști și Primari): 53,8% (n=99).
- Medici Rezidenți: 46,2% (n=85).

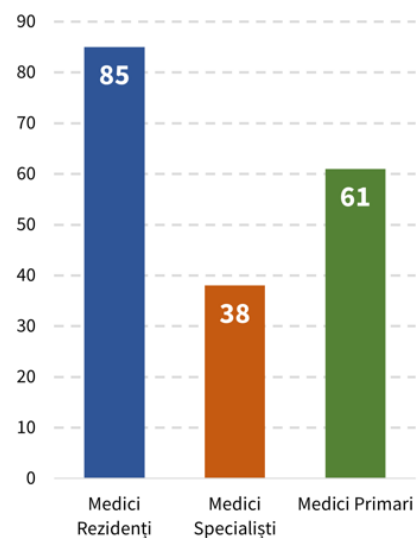


Figura 2. Distribuția respondenților în funcție de gradul profesional

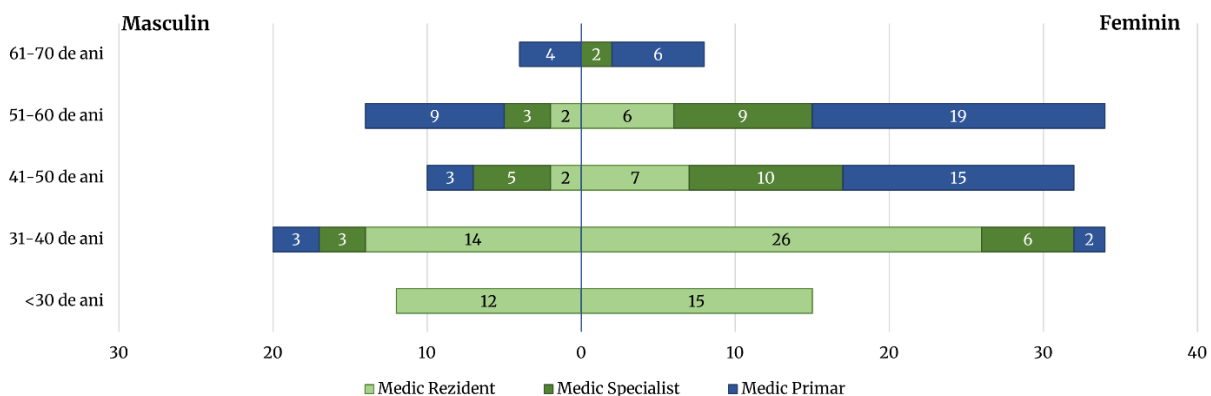


Figura 3. Distribuția medicilor, în funcție de nivelul profesional, gen și grupa de vârstă

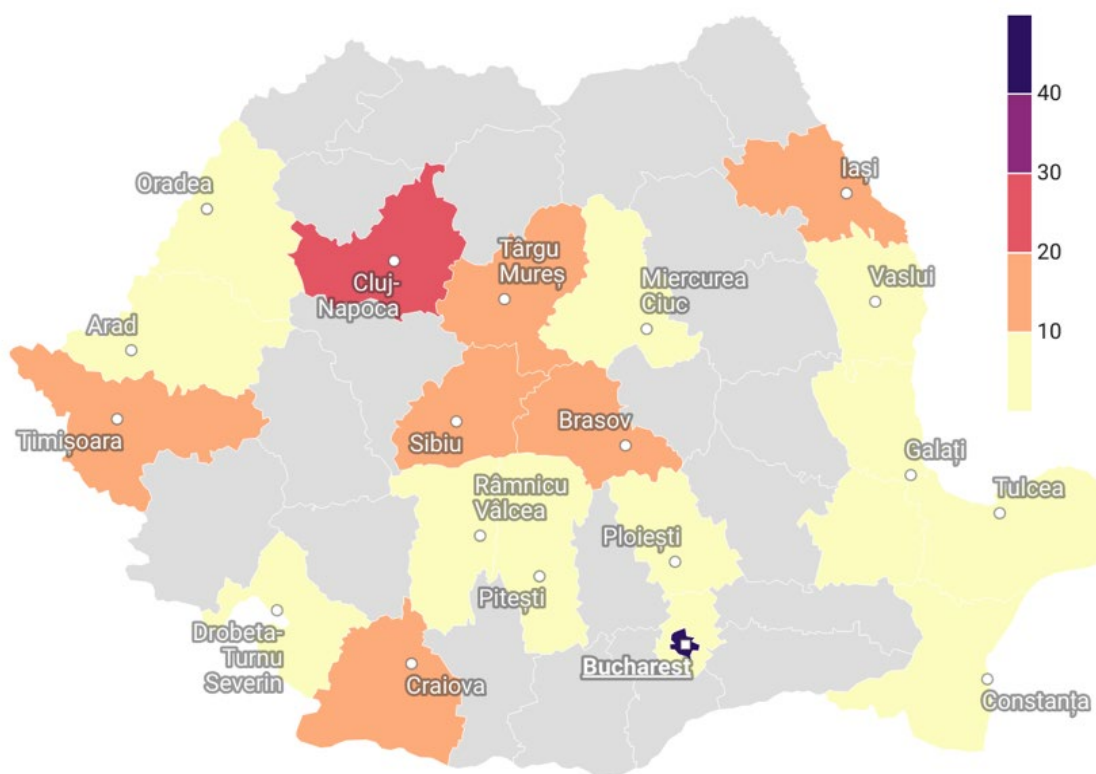


Figura 4. Distribuția geografică a respondenților la chestionar

Media de vârstă este de 43,7 ani (interval 26–68 ani, SD=11,31). Distribuția pe grupe de vârstă este reprezentată în *Figura 3*, evidențiind o piramidă de tip „urnă”, cu o predominanță feminină: 66,85% femei vs. 33,15% bărbați.

Distribuția pe județe este reprezentată în *Figura 4*. Activitatea este concentrată în centrele universitare, din care cei mai mulți respondenți sunt din București (27,37%), Cluj (14,52%) și Sibiu (10,62%).

Nucleul de expertiză (medici primari) este situat predominant în intervalul 51–60 ani, anticipând un deficit de specialiști prin pensionare în următorul deceniu.

- Baza de tineri sub 30 ani este restrânsă (14,6%), fiind reprezentată exclusiv de rezidenți.
- Există un număr notabil de rezidenți (n=17) cu vârsta peste 41 ani, sugerând treceri tardive către SPM din alte specialități medicale.

### **3. Medicii rezidenți: formare și perspective**

#### **3.1. Profilul medicilor rezidenți**

Rezultatele privind profilul demografic al rezidenților relevă o heterogenitate marcată, profilul rezidentului de SPM fiind atipic:

- Se observă o predominanță a genului feminin (63,5% femei).
- Media de vârstă este de 35,6 ani (mediana 33,5 ani), mult peste vârsta standard de intrare în rezidențiat. Grupa dominantă este 31-40 ani (47% din lot). Un aspect critic este prezența unui segment de 20% rezidenți cu vârsta peste 40 de ani, confirmând statutul SPM ca specialitate de "a doua carieră".
- Respondenții sunt distribuiți echilibrat în cei 4 ani de pregătire: Anul 1: 24,7%; Anul 2: 22,4%; Anul 3: 28,2%; Anul 4: 24,7%.
- Rezultatele privind universitățile absolvite arată că cei mai mulți provin de la UMF Cluj (17,6%), Timișoara (11,7%) și Craiova (11,7%). Bucureștiul gestionează cel mai mare număr de rezidenți respondenți activi (22,35%), deși doar 8,23% sunt absolvenți ai UMFCD.
- Peste 54% din rezidenți își desfășoară activitatea în București, Cluj și Sibiu. Bucureștiul deține cel mai mare număr de rezidenți tineri (sub 30 ani), în timp ce Clujul și Sibiul atrag preponderent segmentul de vârstă 31-40 ani.

#### **3.2. Motivele alegerii specialității și arii de interes**

##### **3.2.1. Factori motivaționali**

Rezultatele generale privind motivația alegerii specialității sunt reprezentate în *Figura 5*.

- **Principalele motivații:**
  1. Dorința de a activa într-un mediu non-clinic: 58,8% .
  2. Dorința de a face ceva pentru binele general: 49,4%.
  3. Managementul sanitar: 36,4%.
  4. Administrația de sănătate publică: 32,9%.

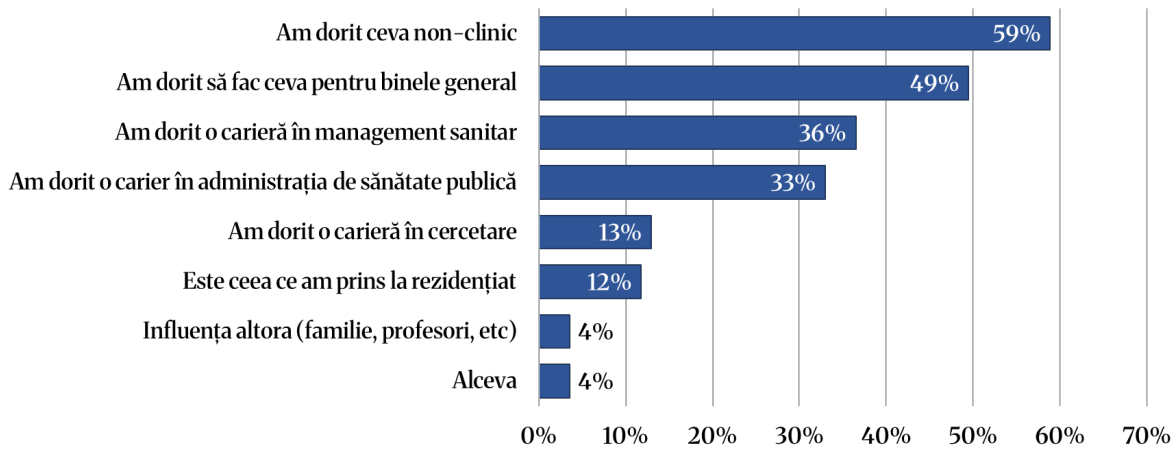


Figura 5. Clasificarea descrescătoare a motivelor pentru care medicii rezidenți au ales specialitatea SPM  
\*Răspundeții au selectat cel mult 3 opțiuni

Doar 11,7% au ales SPM pentru că a fost "ceea ce a rămas la repartitie".

- Motivația non-clinică domină la tinerii sub 30 de ani (74%), în timp ce interesul pentru management crește odată cu vârsta.

### 3.2.2. Subdomeniile prioritare

Rezultatele generale privind ariile de interes naționale și internaționale sunt următoarele:

#### Alinierea cu subdomeniile profesionale naționale (Figura 6)

- Top Interese: Promovarea sănătății (53%) și Prevenirea bolilor (46%). Managementul (36%) și Calitatea serviciilor (32%).

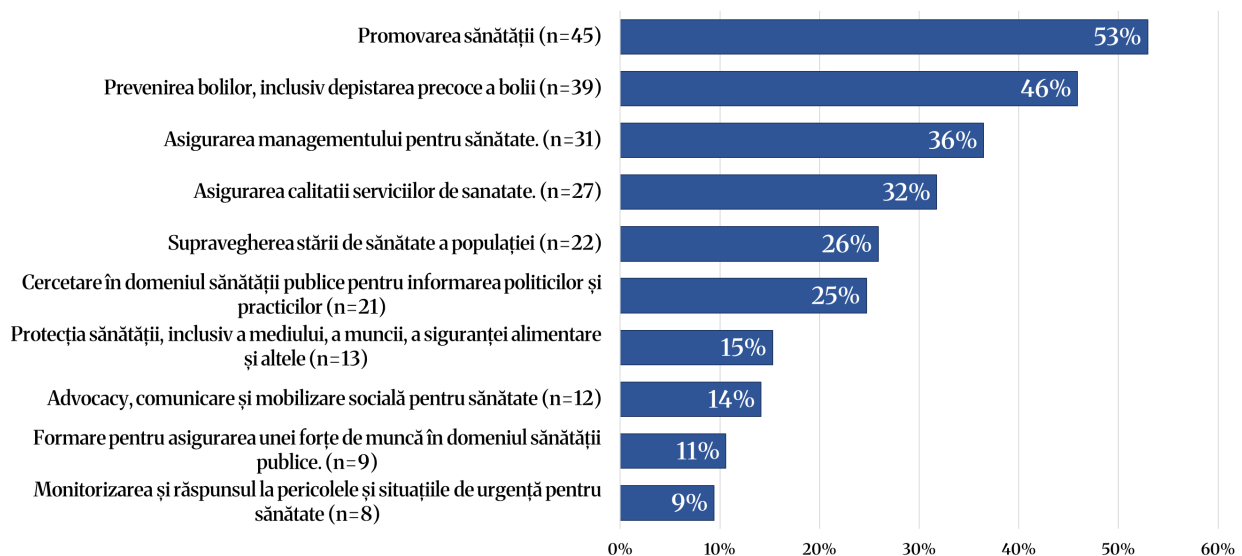


Figura 6. Clasamentul preferințelor pentru subdomeniile profesionale, din punctul de vedere al medicilor rezidenți

\*Răspundeții au selectat cel mult 3 opțiuni

- Interese Scăzute: Monitorizarea situațiilor de urgență (9%) și Cercetarea (doar 18,5% din cei sub 30 de ani).

**Alinierea Internațională (EUPHA, Figura 7. Clasamentul secțiunilor EUPHA (Uniunea Europeană a Asociațiilor de Sănătate Publică)):**

- Top preferințe: Promovarea sănătății (48%), Sănătatea digitală și IA (41%), Politici de sănătate (34%).
- Interese Scăzute: Sănătatea migranților (0%) și Sănătatea orală (2%).

Tehnologia (Digital Health) este preferată de bărbați (48,4%), în timp ce Sănătatea Copilului și Îmbătrânirea Sănătoasă sunt arii de interes predilect feminine.

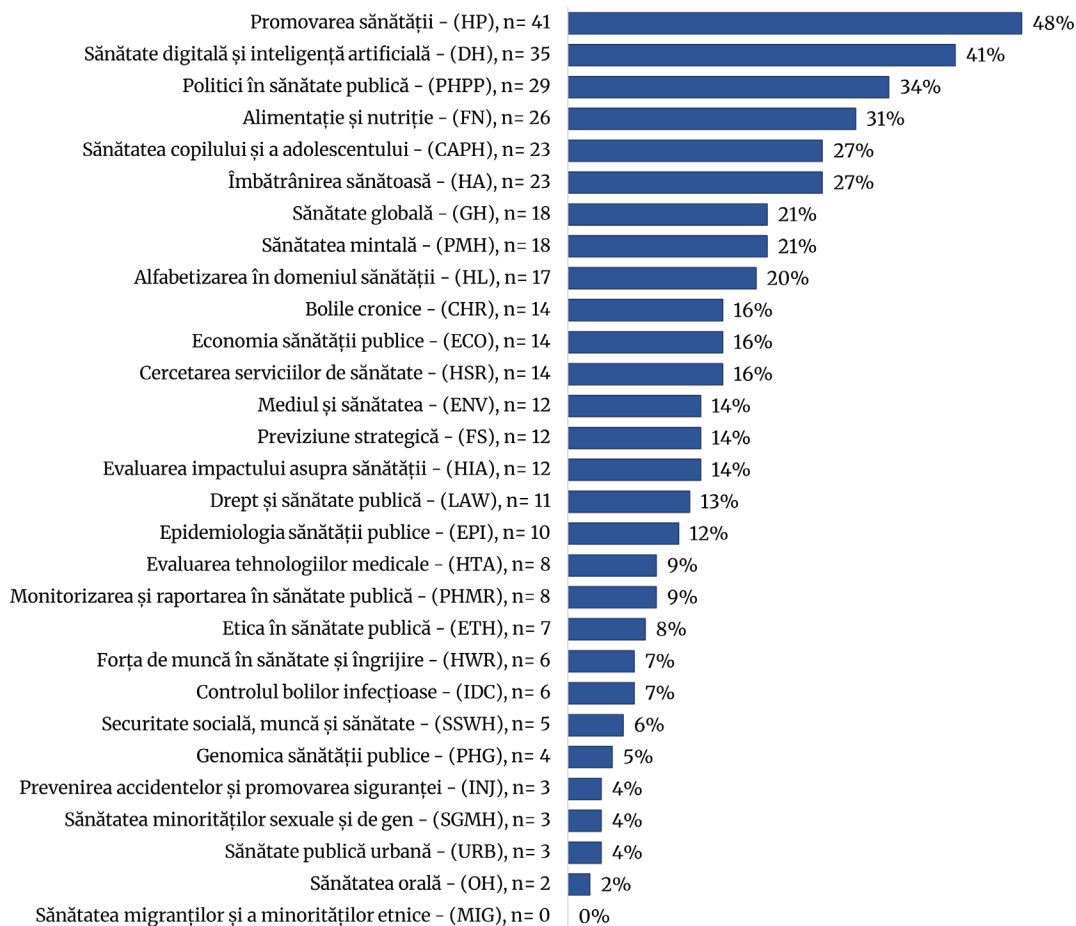


Figura 7. Clasamentul secțiunilor EUPHA (Uniunea Europeană a Asociațiilor de Sănătate Publică)

\*Răspundeții au selectat cel mult 5 opțiuni

### 3.3. Evaluarea programului de formare (Analiză mixtă)

#### 3.3.1. Gradul de satisfacție privind pregătirea profesională

**Tabelul I.** Distribuția gradului de satisfacție privind pregătirea în rezidențiat

Gradul de satisfacție	Nr. Respondenți	Procent	Procent cumulativ
Foarte mulțumit(ă)	47	55.3%	55.3%
Moderat mulțumit(ă)	29	34.1%	89.4%
Ușor mulțumit(ă)	7	8.2%	97.6%
Ușor nemulțumit(ă)	1	1.2%	98.8%
Moderat nemulțumit(ă)	1	1.2%	100.0%
Foarte nemulțumit(ă)	0	0.0%	100.0%

tatea (55,3%, n=47) fiind „foarte mulțumiți”. Nemulțumirea este izolată la doar 2,4% (2 respondenți), neînregistrându-se niciun caz de „foarte nemulțumit”.

#### 3.3.2. Puncte forte și puncte slabe ale curriculei actuale

Satisfacția rezidenților este fundamentată pe un echilibru între rigoarea academică, mentorat și flexibilitate.

**Puncte forte** (Tabelul II):

1. **Curriculum (32,9%):** Vastitatea domeniului și diversitatea modulelor sunt foarte apreciate.
2. **Mentoratul (27,1%):** Relația cu coordonatorii este definită prin profesionalism și deschidere. Coordonatorii sunt mentori activi care „împărtășesc din vasta experiență”.
3. **Aplicabilitatea practică (23,5%):** Posibilitatea implicării în proiecte reale și campanii de prevenție (INSP, DSP).

**Tabelul II.** Principalele puncte forte ale curriculei, conform medicilor rezidenți

Dimensiuni	Nr. Respondenți	(%) respondenți
Cursuri / Curriculum	28	32.9%
Coordonatori / Profesori	23	27.1%
Practică / Experiență	20	23.5%
Program / Flexibilitate	13	15.3%
Mediu / Colectiv	10	11.8%
Viziune Macro / Sistem	7	8.2%
Lipsă Răspuns	12	14.1%

Rezultatele indică un nivel de satisfacție ridicat și omogen în rândul rezidenților față de pregătirea actuală (Tabelul I.). Astfel, 97,6% dintre medici se declară mulțumiți, majori-

4. **Flexibilitatea (15,3%):** Absența gărzilor și un mediu care favorizează studiul individual și echilibrul viață-muncă.

5. **Viziunea sistemică:** Dezvoltarea capacității de a înțelege sistemul la nivel macro și populațional.

### Puncte slabe (Tabelul III):

Tabelul III. Principalele puncte slabe ale curriculei, conform medicilor rezidenți

Dimensiuni	Nr. Respondenți	(%) respondenți
Deficit Practică	30	35.3%
Competențe Specifice	7	8.2%
<i>Satisfacți / Nu a lipsit nimic</i>	6	7.1%
Proiecte Reale / Impact	6	7.1%
Curriculum / Resurse	12	14.1%
Orientare în Carieră	11	12.9%
Lipsă Răspuns	23	27.1%

**Deficit de practică (35,3%):** Cea mai mare nemulțumire vizează nevoia de expunere practică timpurie. Există percepția unui „vid” practic până în anul IV. Rezidenții solicită stagii active în DSP-uri după modelul clinicilor.

- **Nevoia de competențe specifice (14,1%):** Interes crescut pentru biostatistică aprofundată, economie sanitară și analiză de date.
- **Orientare în carieră (12,9%):** Nevoia unei interfețe mai bune cu viitorii angajatori și manuale moderne/actualizate.

### 3.3.3. Recomandări pentru optimizarea formării profesionale

Analiza datelor sugerează o necesitate de recalibrare spre un model bazat pe competențe aplicate:

- **Extinderea componentei practice:** Stagii rotative (MS, DSP, Spitale, INSP, etc ) pe tot parcursul celor 4 ani.
- **Integrare operațională:** Utilizarea rezidenților ca forță de muncă în proiecte reale (finanțare europeană, intervenții comunitare).
- **Digitalizare:** Includerea modulelor de Sănătate Digitală, Inteligență Artificială și analiză de date (ex. R, Power BI).
- **Promovarea statutului:** Marketing activ al specialității pentru a-i crește prestigiul și asigurarea posturilor la finalizarea pregătirii.
- **Dezvoltarea de noi aptitudini:** Workshop-uri de leadership, comunicare de criză și managementul resurselor umane.

### 3.4. Calitatea vieții și echilibrul viață-muncă

#### 3.4.1. Analiza timpului de lucru

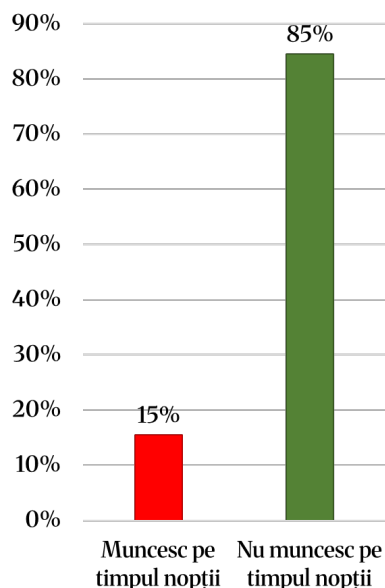


Figura 8. Distribuția medicilor rezidenți care declară că desfășoară activitate profesională pe timpul nopții

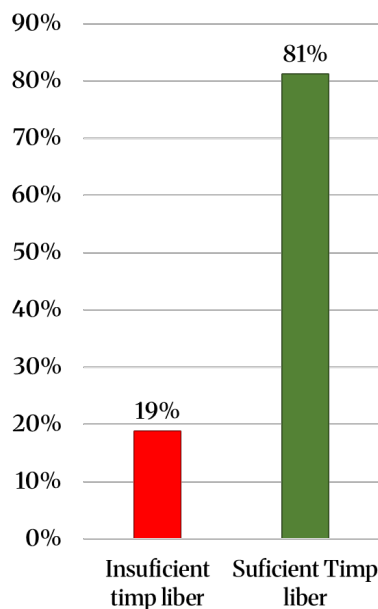


Figura 9. Balanța timpului dedicat activităților profesionale și non-profesionale în rândul medicilor rezidenți

În zilele lucrătoare, media orelor de muncă este de 7,8 ore/zi, însă variabilitatea este semnificativă (4 – 15 ore/zi).

- **Munca în afara programului:** 44% dintre respondenți lucrează în weekend (media 3,47 ore/zi), iar 15% raportează muncă nocturnă, în intervalul 22:00-06:00 (Figura 8).

#### 3.4.2. Percepția echilibrului între viața profesională și cea personală

Deși o vastă majoritate (81,2%) afirmă că dispun de suficient timp pentru activități non-profesionale, analiza balanței nuanțează această percepție (Figura 9 și Figura 10).

- 47,6% consideră un echilibru perfect (50/50), în timp ce 42,8% indică o balanță dominată de muncă. Un segment critic de 21,4% alocă muncii peste 80% din timp.

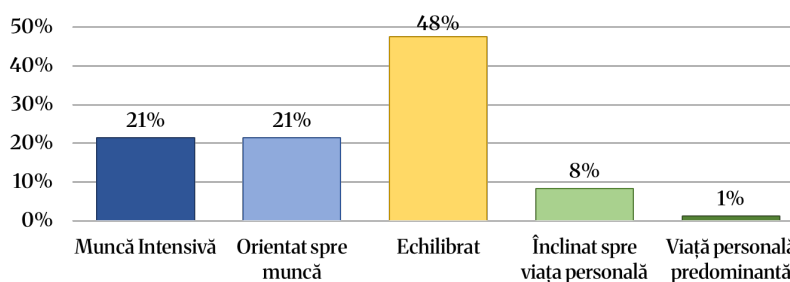


Figura 10. Balanța viață-muncă în rândul medicilor rezidenți

### 3.5. Proiecții de carieră și perspective post-rezidențiat

#### 3.5.1. Intenția de a profesa în domeniu și sectorul vizat (Public/Privat)

Majoritatea rezidenților (69,4%) optează pentru o carieră mixtă (Public + Privat). Opțiunea strict publică (16,5%) este de două ori mai frecventă decât cea strict privată (8,2%). 5,9% dintre respondenți (exclusiv femei) declară că nu doresc să profeseze în SPM după finalizarea pregătirii (Figura 11).

### 3.5.2. Profilul angajatorului și rolul profesional vizat

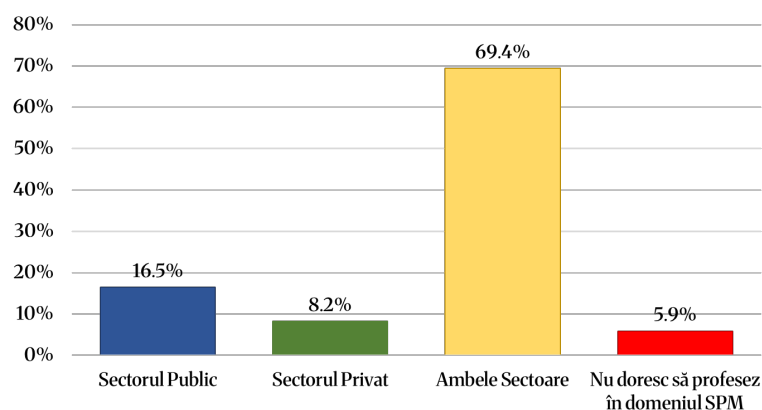


Figura 11. Distribuția medicilor rezidenți în funcție de sectorul de activitate în care își doresc să profeseze

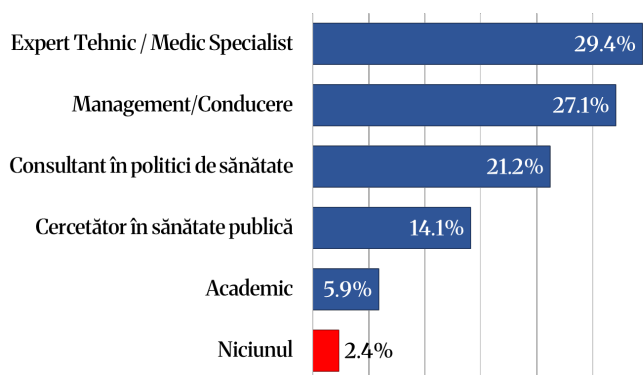


Figura 12. Distribuția medicilor rezidenți în funcție de rolurile profesionale vizate

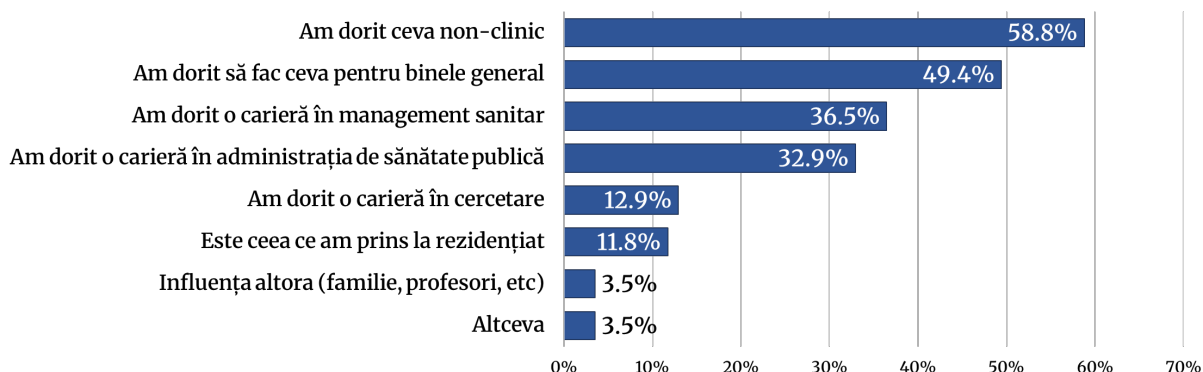


Figura 13. Distribuția angajatorilor în funcție de dorințele medicilor rezidenți

Opțiunile cu privire la atractivitatea rolurilor profesionale (Figura 12):

- **Expert Tehnic / Medic Specialist:** 29,4%
- **Management/Conducere:** 27,1%
- **Consultanță în politici de sănătate:** 21,2%
- **Cercetare (14,1%) și Academic (5,9%)**

Clasamentul angajatorilor doriți (Figura 13):

1. **DSP / INSP:** 56,5%
2. **Furnizori Privati:** 35,3%
3. **CNAS / CJAS:** 34,1%.
4. **Ministerul Sănătății:** 34,1%.
5. **Mediul Academic / Spitale Publice:** cca. 25%.
6. **Antreprenoriat (Firmă proprie):** 14,1%

\*Răspundeții au selectat cel mult 3 opțiuni

### 3.5.3. Așteptări financiare și Intenția de a lucra în afara țării

Aproape jumătate (48,19%) din medicii rezidenți se așteaptă la un venit mediu net lunar de 10.000-15.000 RON (Figura 14). Un segment de 25,3% are așteptări conservatoare (5.000-10.000 RON), în timp ce 26,5% vizează peste 15.000 RON.

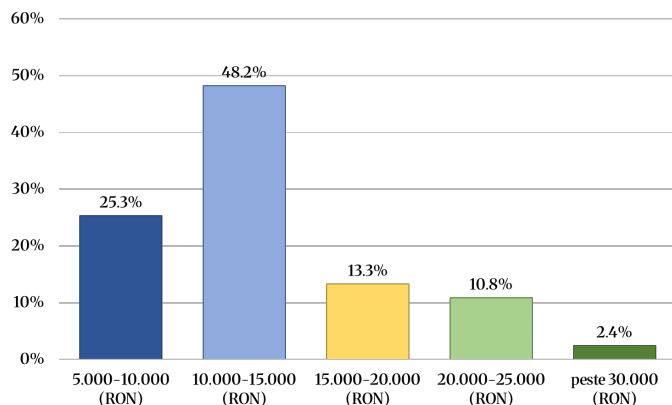


Figura 14. Așteptările salariale ale medicilor rezidenți

- Cei care au selectat rolurile de expert tehnic și management au cele mai mari așteptări financiare. Cei orientați către sectorul exclusiv public sunt mai precauți, în timp ce proiecțiile peste 15.000 RON sunt apanajul celor care vizează sectorul privat sau mixt.
- Disponibilitatea pentru munca nocturnă și percepția timpului liber insuficient sunt identificate preponderent la cei cu așteptări financiare superioare.

#### Intenția de a lucra în afara țării

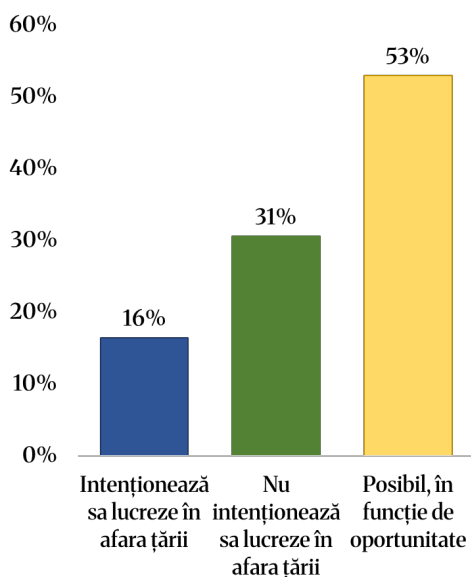


Figura 15. Intenția medicilor rezidenți de a activa profesional în afara țării

Majoritatea rezidenților (52,9%) consideră emigrarea o opțiune „posibilă, în funcție de oportunitate”. Grupul celor hotărâți să rămână în țară reprezintă 30,6%, în timp ce 16,5% declară o intenție fermă de a pleca. În total, 69,4% iau în calcul părăsirea sistemului autohton (Figura 15).

- Cei cu așteptări modeste (5.000-10.000 RON) sunt deschiși ofertelor externe (57,1% „Posibil”). Interesul ferm pentru străinătate este cel mai ridicat în rândul celor care vizează venituri medii-superioare (15.000-20.000 RON), iar cei care au ales peste 30.000 RON tind să prefere România.

## 3.6. Oportunități și bariere identificate (Analiză calitativă)

### 3.6.1. Oportunități de carieră în context național

Perspectivile profesionale sunt percepute ca fiind vaste, oferind un grad ridicat de mobilitate între diverse sectoare. Analiza calitativă evidențiază cinci direcții strategice:

- **Diversitate și Mobilitate (21,2%):** Rezidenții valorizează versatilitatea specialității, considerând-o o poartă către sectoare dinamice precum industria farmaceutică, IT medical, consultanță și mediul privat de elită.
- **Cercetare și Management de Proiect (17,6%):** Accesul la fonduri europene și proiecte internaționale (fellowships) reprezintă o oportunitate majoră pentru conectarea sistemului autohton la standardele globale.
- **Leadership și Impact Social (30,6% cumulativ):** Pregătirea este văzută ca un fundament pentru funcții de conducere și managementul calității, oferind medicilor rolul de arhitecți ai reformelor și politicilor de sănătate bazate pe dovezi.
- **Prevenție și Digitalizare (14,1%):** Reorientarea către sănătatea comunitară și investițiile în tehnologii moderne deschid noi nișe de intervenție profesională.

### 3.6.2. Bariere și dificultăți în dezvoltarea profesională

În ciuda optimismului privind rolul specialității, procesul de inserție profesională este îngreunat de obstacole externe semnificative:

- **Criza Locurilor de Muncă (43%):** Reprezintă cea mai critică barieră. Blocarea cronică a posturilor în sistemul public generează o presiune psihologică ridicată asupra rezidenților în ani terminali.
- **Deficiențe de Sistem:** Birocrația excesivă, ritmul lent al schimbărilor și influența politicului sunt percepute ca factori care limitează autonomia profesională și creativitatea.
- **Recunoaștere și Formare:** Rezidenții semnalează o vizibilitate redusă a specialității în comunitatea medicală și bariere financiare în accesarea formării continue (costul ridicat al conferințelor).

### 3.7. Concluzii - Medici Rezidenți SPM

Analiza integrată a datelor colectate conturează profilul unei generații de medici rezidenți orientați strategic către transformarea sistemului medical, având o viziune pragmatică și modernă asupra carierei în Sănătate Publică și Management.

- Specialitatea nu este una accidentală, fiind aleasă fie pentru mediul non-clinic (58,8% dintre rezidenți) și/sau din dorința de a contribui la binele sistemic (49,4%).. Migrarea dinspre clinica tradițională reflectă o căutare a unui mediu profesional mai armonios.
- Gradul de satisfacție privind pregătirea este remarcabil. Punctele forte sunt relația mentor-rezident și curricula vastă, care asigură o bază teoretică solidă.
- În ciuda satisfacției privind calitatea formării, există un consens privind necesitatea unei reforme aplicate. Rezidenții solicită implicare operațională în proiecte reale și training în instrumente digitale moderne (Excel avansat, Power BI, R).

Echilibrul viață-muncă este marcat de o normalizare a suprasolicitării pentru o anumită categorie de respondenți:

- Deși media este de 7,8 ore/zi, activitatea se extinde frecvent în weekend (44%) și pe timpul nopții (15%), în special pentru segmentul 31-40 de ani și rezidenții de Anul 3.
- Deși 81,2% declară că au suficient timp liber, balanța reală înclină majoritar spre muncă pentru jumătate din eșantion. Femeile raportează o rată de „timp insuficient” de patru ori mai mare decât bărbații.

Interesele profesionale reflectă un echilibru între tradiția sănătății publice și inovație:

- Există o deschidere majoră către Sănătatea Digitală și Inteligența Artificială (41%), în special sub vârsta de 30 de ani.
- Se observă un dezinteres critic pentru sănătatea migranților și răspunsul la situații de urgență, arii esențiale pentru reziliența sistemică.

Rezidenții SPM sunt pragmatici și vizează un model hibrid de activitate:

- 69,4% doresc să lucreze atât în sectorul public, cât și în cel privat. Sectorul public pur este preferat de bărbați (29%), în timp ce toate intențiile de abandon al specialității apar la femei (5,9%).
- Standardul salarial dorit este între 10.000 și 15.000 RON net (48%). Optimismul financiar scade la cei din Anul 3, dar se stabilizează la cei care se află la finalul pregătirii.
- Emigrarea este un fenomen oportunist. Doar 16,5% sunt hotărâți să plece, dar peste jumătate (52,9%) ar face-o în funcție de ocazie.

Specialitatea SPM este percepută ca fiind de viitor, cu o capacitate unică de a reforma sistemul macro. Totuși, succesul pe termen lung depinde de depășirea barierelor structurale:

- Transformarea rezidentului din cursant în membru activ în proiecte operaționale încă din primul an.
- Reducerea incertitudinii prin crearea mecanismelor de absorbție în sectorul public, evitând astfel migrarea către privat sau străinătate.
- Integrarea competențelor tehnice și de leadership (comunicare de criză) ca piloni obligatorii.
- Promovarea rolului medicului SPM pentru a crește prestigiul specialității și a asigura colaborarea interdisciplinară.

Rezidențiatul de SPM în România oferă o pregătire teoretică de înaltă calitate, însă eficiența sa este limitată de expunerea practică redusă și barierele de angajare. Optimizarea depinde de integrarea tehnologiei și facilitarea inserției profesionale.

## 4. Medicii Specialiști și Primari: performanță, statut și dinamica în carieră

### 4.1. Profilul demografic și nivelul de expertiză

#### 4.1.1. Structura eșantionului pe grupe de vârstă, gen și distribuție geografică

Analiza eșantionului (N=99) relevă un sector profesional matur, aflat în a doua parte a carierei, cu o medie de vârstă de 50,7 ani.

- **Medici Specialiști** (n=38): Reprezintă segmentul mai tânăr, cu o medie de 47 de ani. Densitatea maximă se află în grupa de vârstă 41-50 de ani.
- **Medici Primari** (n=61): Constituie pilonul de experiență, având o medie de 53 de ani. În această categorie domină segmentele de vârstă de peste 51 de ani, atingând un maxim de 68 de ani.

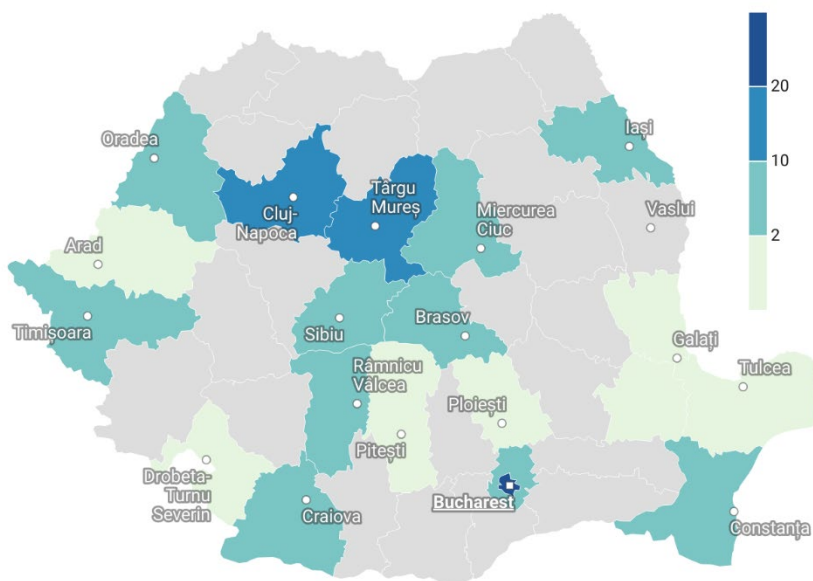


Figura 16. Distribuția geografică a medicilor specialiști și primari respondenți la chestionar

în detrimentul zonelor periferice, astfel: București 30 medici; Cluj 10 medici; Sibiu 8 medici; Timiș 7 medici; Bihor 7 medici.

Specialitatea este marcată de o prezență feminină majoritară, menținută constant în ambele trepte de grad profesional: 7 din 10 medici sunt femei. Județul Timiș este singurul centru identificat unde numărul bărbaților medici primari respondenți îl depășește pe cel al femeilor.

Datele indică o distribuție neuniformă, cu o concentrare masivă în centrele universitare și administrative (Figura 16),

## 4.1.2. Vechimea și nivelul profesional

### Finalizarea Rezidențiatului (Figura 17)

- **Medicii Primari:** Au finalizat rezidențiatul la o vârstă medie de 33,3 ani (modul 31 ani), sugerând o tranziție directă din facultate.
- **Medicii Specialiști:** Finalizarea rezidențiatului are loc mult mai târziu, la o medie de 38,6 ani. Pragul maxim de 57 de ani indică faptul că SPM este adesea aleasă ca o a doua carieră sau după un parcurs clinic extins.

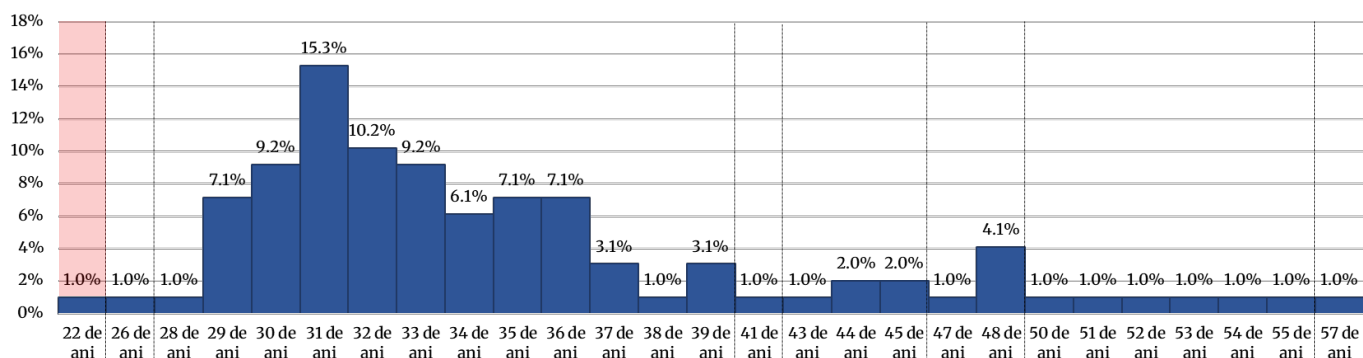


Figura 17. Vârsta în ani împliniți la finalizarea pregătirii în rezidențiat

### Tranziția către Gradul de Medic Primar

Timpul petrecut de respondenți ca specialist până la obținerea titlului de primar (Figura 18) este în medie de 7 ani (mediana 5 ani). S-au înregistrat cazuri atipice, de la obținerea titlului după doar 4 ani, până la o perioadă de așteptare de 20 de ani în gradul de specialist.

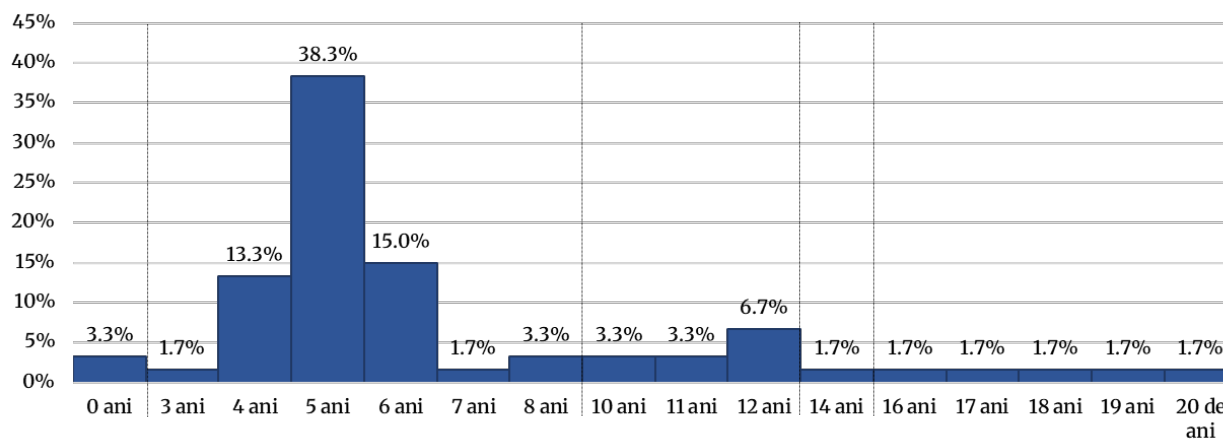


Figura 18. Durata de timp (ani) delarată între obținerea titlului de medic specialist și medic primar

## Momentul Obținerii Titlului de Primar

Obținerea titlului de medic primar coincide cu vârful productivității profesionale (*Figura 19*): media de 40 ani (mediana 38,5 ani). Cele mai frecvente vârste la promovarea examenului de primariat sunt 37 și 41 de ani. Se observă o accelerare a promovărilor în ultimii ani (17 promovări între 2021-2025), anul 2022 având cei mai mulți medici (*Figura 20*).

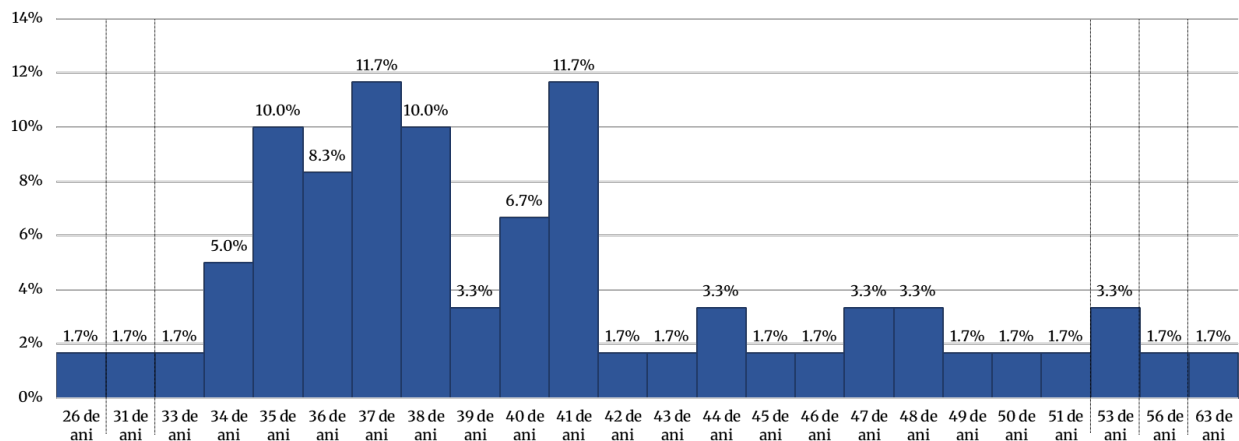


Figura 19. Vârsta medicilor respondenți la obținerea gradului profesional de de medic primar

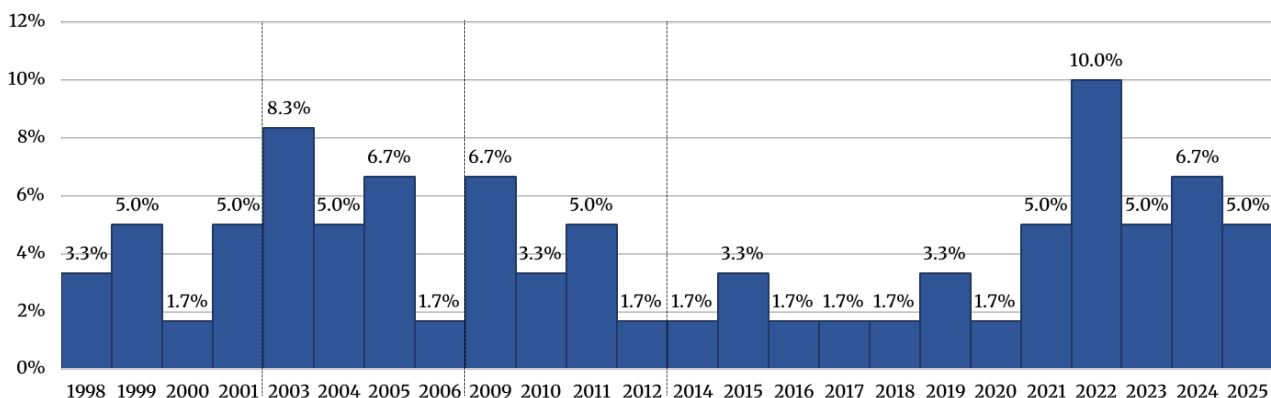


Figura 20. Anul susținerii examenului de primariat

### 4.1.3. Numărul de specialități medicale deținute

Segmentul medicilor care dețin cel puțin două specialități (*Figura 21*) este de 31,6% (31 din 98), însă distribuția acestora este puternic asimetrică în funcție de rangul profesional:

- **Medici Specialiști:** 52,6% au o singură specialitate, restul de 47,4% deținând două sau chiar trei specialități medicale. Această tendință confirmă migrarea către SPM dinspre alte arii.
- **Medici Primari:** 78,3% au o singură specialitate, în timp ce 21,7% raportează mai multe specialități.

## 4.2. Alegerea carierei și ariile actuale de activitate

### 4.2.1. Factori motivaționali în alegerea Sănătății Publice și Managementului

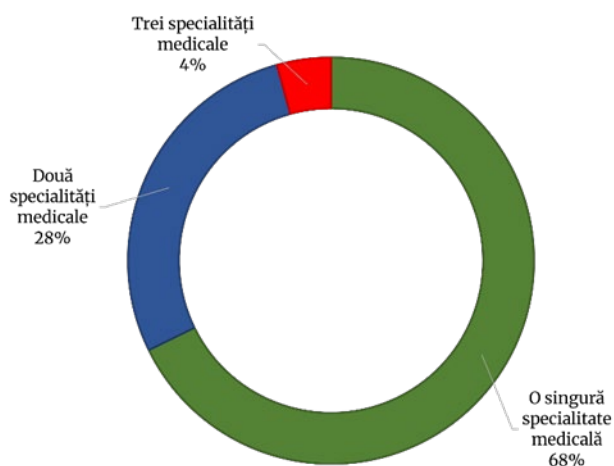


Figura 21. Ponderea numărului de specialități medicale cumulate

La nivelul întregului lot, factorii motivaționali (Figura 22) principali sunt:

1. Cariera în Management Sanitar: 39,3%
2. Contribuția la Binele General: 38,3%
3. Preferința pentru Mediu Non-clinic: 28,2%

• **Medicii Primari:** prezintă motivație echilibrată între dorința de a face ceva pentru binele general (40,9%) și management (40,9%). Un segment de 19,6% a ales SPM conjunctural ("ceea ce am prins la rezidențiat").

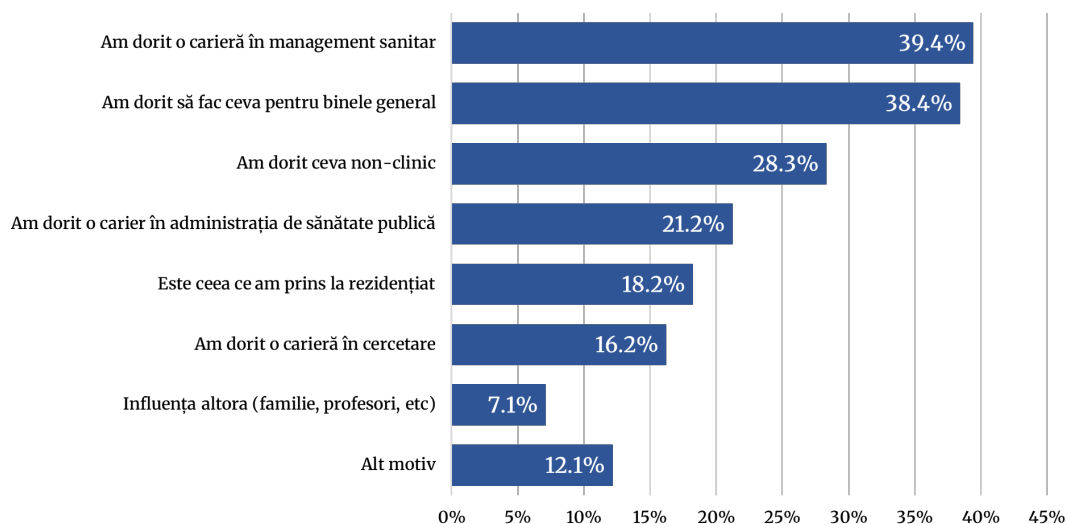


Figura 22. Principalele motive ale alegerii specialității

- **Medicii Specialiști:** se remarcă prin evitarea mediului clinic (42,1%). Deși managementul rămâne important (36,8%), dorința de a lucra într-un sistem administrativ/non-clinic este definitorie pentru acest grup.

#### 4.2.2. Domeniile de activitate curente

Profesioniștii din domeniu acoperă o gamă largă de activități (*Figura 23*), acestea fiind des combinate. Cele mai frecvente sunt asigurarea managementului pentru sănătate (35,4%), promovarea sănătății (34,3%) și asigurarea calității serviciilor de sănătate (31,3%).

- **Medicii Primari:** Se găsesc preponderent în management (49,2%) și formare (37,7%). Integrarea lor este aproape totală (un singur medic inactiv în domeniu).
- **Medici Specialiști:** Activitate axată pe promovarea sănătății (28,9%). Se observă un semnal de alarmă privind neintegrarea: 26,3% nu activează în prezent în SPM.

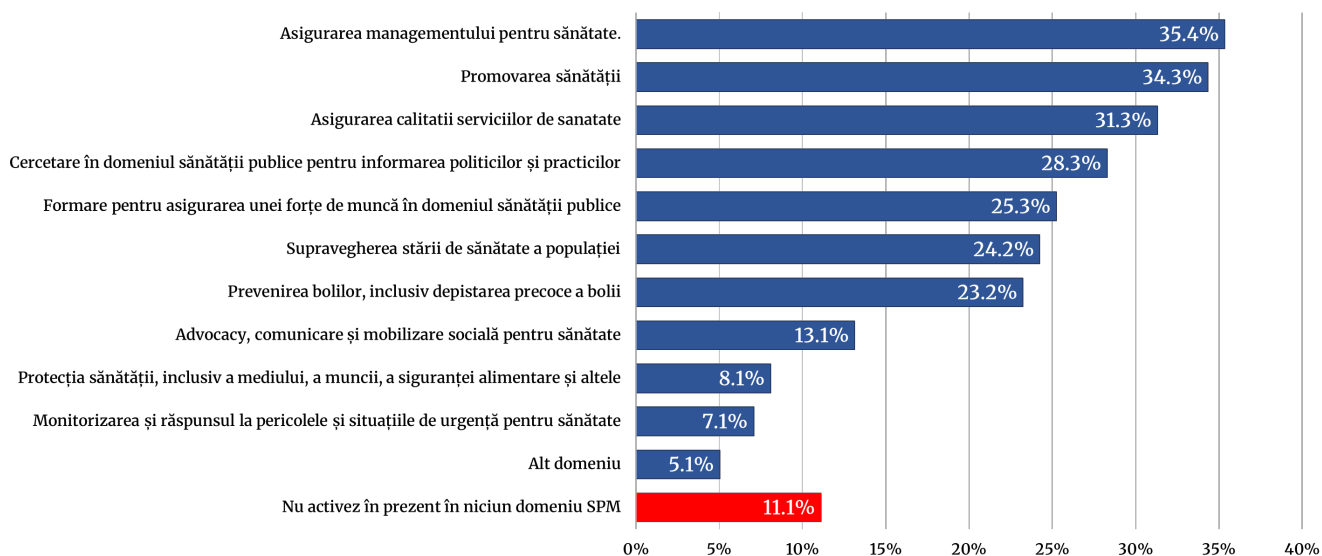


Figura 23. Clasamentul domeniilor de activitate profesională (EPHOs)

Succesul și menținerea în cariera de SPM depind direct de motivația inițială:

- **Motivația Management:** Cei mai bine integrați (rată de activitate de 100% la medicii primari).
- **Motivația "Binele General":** Acoperă cele mai diverse domenii (lideri în promovare și supraveghere).
- **Motivația "Non-clinic":** Risc ridicat de abandon (31% dintre specialiștii din această categorie sunt inactivi în SPM).
- **Motivația "Ceea ce am prins la rezidențiat":** Tendință de a rămâne în zone de execuție.

## 4.3. Structura și dinamica locurilor de muncă

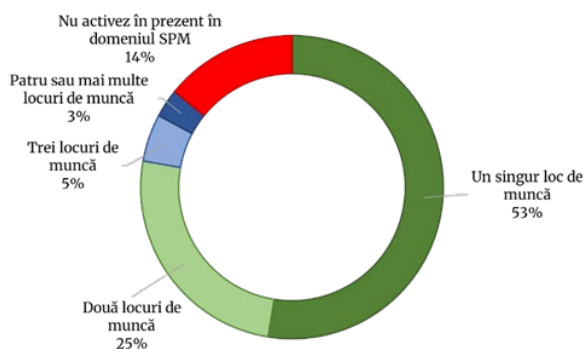


Figura 24. Ponderele numărului de locuri de muncă în domeniul SPM a medicilor respondenți

### 4.3.1. Analiza numărului de locuri de muncă

Distribuția numărului de contracte de muncă (Figura 24) indică o diviziune clară între stabilitatea angajatorului unic și fenomenul de multi-jobbing:

- **Loc de muncă unic:** 52,5% (52 din 99 respondenți).
- **Multi-jobbing (2+ locuri de muncă):** 33,3% (33 din 99 respondenți).

Analiza relevă disparități critice între gradele profesionale:

- **Medici Specialiști:** 34,2% (13 din 38) nu activează în domeniul SPM. Multi-jobbingul este foarte redus (doar 6 persoane), indicând posibile bariere de intrare sau oportunități limitate la început de carieră.
- **Medici Primari:** Un singur caz de inactivitate. 44,2% dețin două sau mai multe locuri de muncă (7 medici raportează chiar 3 sau 4+ poziții).

### 4.3.2. Segmentele pieței muncii: Distribuția între sectorul Public și cel Privat

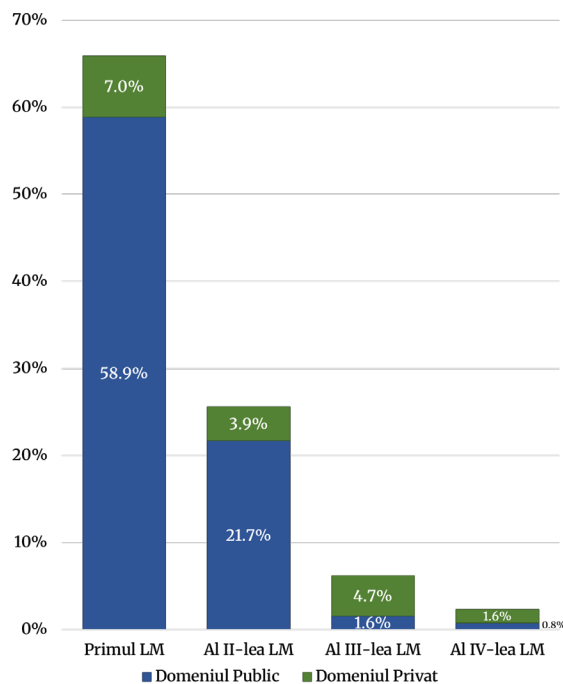


Figura 25. Distribuția sectoarelor profesionale în funcție de numărul de locuri de muncă

Piața muncii în SPM este definită de o dependență masivă de infrastructura de stat, sectorul privat jucând un rol complementar, adesea pentru activități secundare (Figura 25):

- **Sectorul Public:** Pilonul principal (76 de respondenți la primul loc de muncă).
- **Sectorul Privat:** Marginal ca opțiune principală (9 respondenți), dar strategic pentru joburile secundare/terțiare (pondere mai mare la jobul III față de public).
- **Medicii Primari:** Domină ambele sectoare. Peste 90% din medicii primari (n=56) profesează în sectorul public la jobul I, fiind și singura categorie care migrează semnificativ către privat în regim de multi-jobbing.
- **Medicii Specialiști:** Se confruntă cu bariere: deși 20 sunt activi în public la primul job, sectorul privat este aproape absent la

început de carieră (doar 4 mențiuni la joburile I și II).

### În Sectorul Public

- Promovarea sănătății (39%) și Managementul (38%).
- Asigurarea calității, Cercetarea și Formarea prezintă retenție mare la jobul II.
- Monitorizarea situațiilor de urgență și Protecția sănătății au dependență totală de sistemul public.

### În Sectorul Privat

- Managementul sănătății este cel mai privatizat domeniu.
- Se observă o nișă de traineri specializați în formare în privat.

#### 4.3.3. Forme juridice de exercitare a profesiei

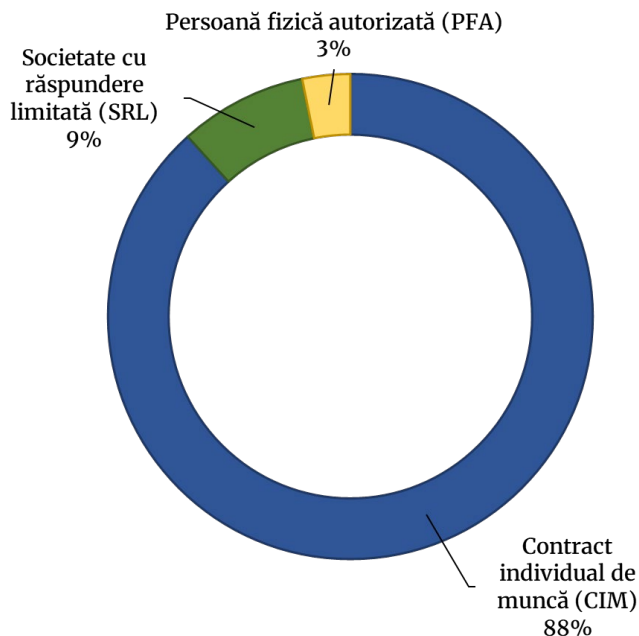


Figura 26. Distribuția formelor de activitate juridică în funcție de nivelul profesional și numărul de locuri de muncă

Piața muncii pentru specialiștii în SPM este marcată de o rigiditate contractuală semnificativă, fiind dominată în proporție de peste 90% de Contractul Individual de Muncă (Figura 26). Această formă juridică reprezintă norma pentru primele două locuri de muncă, în timp ce formele de exercitare independentă, precum PFA sau SRL, rămân extrem de rare pentru jobul principal, fiind rezervate aproape exclusiv contextului de multi-jobbing avansat.

În rândul medicilor primari, stabilitatea este asigurată prin CIM-uri multiple, mulți dintre aceștia cumulând două contracte de muncă simultane, de regulă în sectoarele clinic, academic sau de management public. Pentru

acești experți, antreprenoriatul prin SRL sau PFA devine o opțiune relevantă abia la al treilea sau al patrulea loc de muncă, servind în special pentru activități de consultanță sau audit în completarea funcțiilor instituționale deținute.

Medicii specialiști manifestă o dependență și mai pronunțată de CIM la debutul în carieră, deși se remarcă o mică nișă care optează pentru SRL încă de la primul job, depășind proporțional dinamica medicilor primari în această direcție. Spre deosebire de seniori, medicii specialiști practică foarte rar multi-jobbing-ul prin contracte individuale de

muncă simultane, preferând mai degrabă o structură unică de angajare în management privat sau alte domenii emergente.

Analiza pe domenii confirmă natura instituțională a profesiei, specializări precum Promovarea Sănătății, Managementul, Cercetarea și Formarea fiind ancorate aproape exclusiv în regim de CIM. Totuși, se conturează o piață incipientă de servicii externalizate în advocacy, audit managerial și educație pentru sănătate, unde formele de organizare independentă încep să fie utilizate ca soluții alternative de către un grup restrâns de profesioniști care doresc să activeze în afara mediului universitar sau de stat tradițional.

## 4.4. Angajatori, roluri profesionale, responsabilități și venit

### 4.4.1. Principalii angajatori și ierarhia funcțiilor profesionale

Profilul profesional al medicului de SPM din România este definit de o concentrare instituțională masivă, structurată pe trei piloni principali: mediul academic, rețeaua de sănătate publică (INSP/DSP) și spitalele publice (*Figura 27*). Sectorul universitar se impune ca cel mai mare angajator, în timp ce instituțiile de tip DSP și INSP funcționează ca principala poartă de intrare în sistem pentru medicii specialiști. În paralel, spitalele publice absorb o cotă importantă de medici primari, răspunzând nevoii stringente de management sanitar și audit al calității.

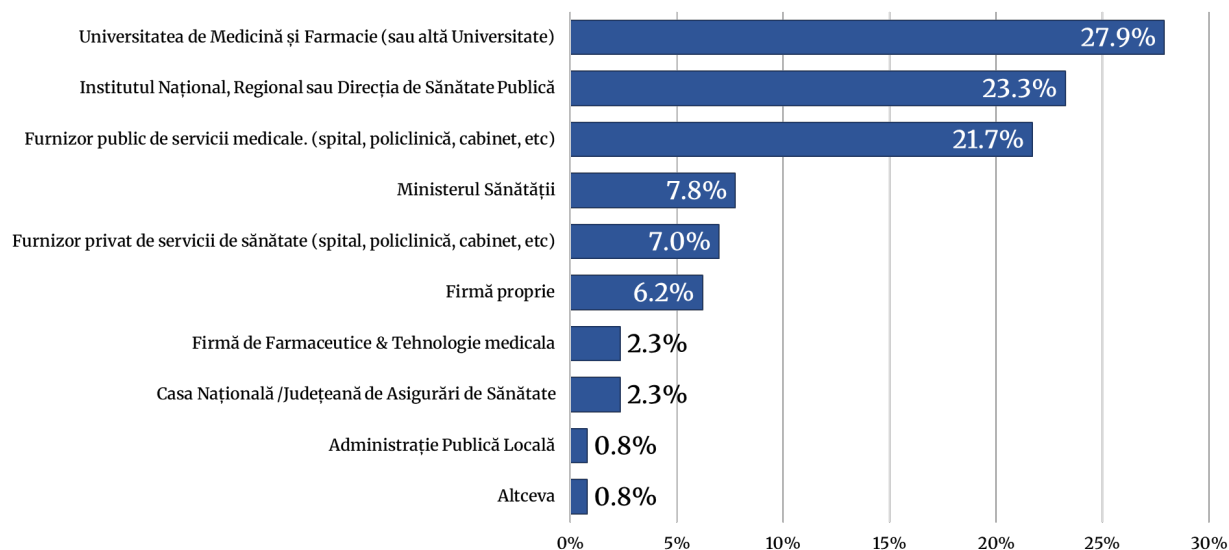


Figura 27. Clasamentul principalilor angajatori ai medicilor de SPM, în funcție de nivelul profesional

Analiza rolurilor (*Figura 28*) relevă o diviziune clară:

- **Expertul Tehnic** este rolul fundamental, ocupat majoritar de medicii specialiști.

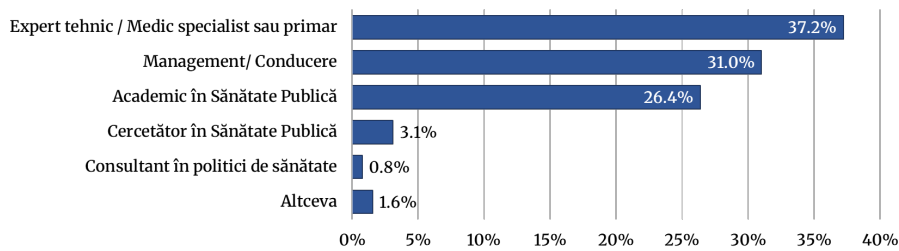


Figura 28. Clasamentul funcțiilor medicilor de SPM, în funcție de nivelul profesional

- **Managementul și Conducerea** sunt aproape intrinsec legate de gradul de medic primar
- **Funcția Academică** ocupă o pondere semnificativă (o treime din eșantion),

subliniind implicarea directă a specialiștilor în educația medicală.

- Se remarcă o prezență deficitară a cercetătorilor și a consultantilor în politici, funcții care nu sunt încă instituționalizate autonom, fiind absorbite în alte responsabilități.

Efortul profesional se concentrează diferit în funcție de segmentul de activitate. Managementul sanitar și asigurarea calității prezintă cea mai mare densitate de funcții de conducere, reflectând un echilibru între expertiza tehnică și decizia managerială. În schimb, domeniile precum promovarea sănătății, prevenția și supravegherea sunt dominate de experți tehnici și cadre academice, având o componentă de management mult mai redusă.

#### 4.4.2. Alocarea timpului profesional

Volumul de muncă depășește adesea norma standard, media totală fiind de aproximativ 7,6 ore pe zi (Figura 29). Totuși, se observă o variație extremă, de la activități de nișă până la praguri critice de 23 de ore pe zi în cazurile de cumul de funcții. În timp ce primul loc de muncă solicită în medie 7,12 ore, locurile de muncă secundare și terțiare adaugă o presiune considerabilă, ridicând media totală la peste 11 ore pentru cei cu două contracte și până la 16 ore pentru cei cu patru sau mai multe locuri de muncă.

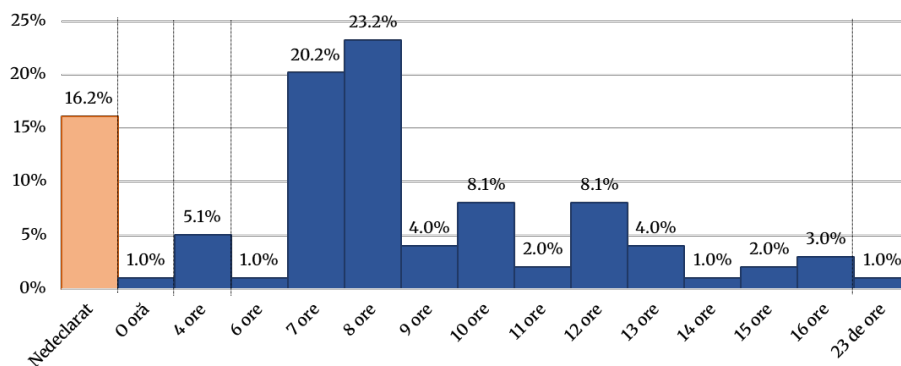


Figura 29. Frecvența timpului (ore) alocat muncii efective, pentru toate locurile de muncă

Funcția deținută reprezintă cel mai puternic predictor al timpului lucrat, rolurile de management și cele academice fiind cele mai solicitante. Medicii aflați în poziții de conducere raportează o medie

de peste 9 ore chiar și la un singur loc de muncă, în timp ce cumulul a trei astfel de funcții

poate duce la situații de suprasolicitare extremă. De asemenea, mediul academic impune o medie constant ridicată, de aproximativ 10,5 ore, sugerând o suprapunere densă a responsabilităților didactice cu cele de cercetare sau execuție.

Din perspectivă instituțională, sectorul public rămâne principalul consumator de timp. Spitalele publice, Ministerul Sănătății și Universitățile de Medicină și Farmacie (UMF) generează cele mai mari volume de muncă, cu medii ce gravitează în jurul a 10 ore zilnic. În contrast, structurile de tip INSP/DSP prezintă o solicitare mai moderată (7,4 ore în total), în timp ce sectorul privat (firme farmaceutice sau clinici) funcționează mai degrabă ca un multiplicator de timp pentru profesioniștii care dețin deja o poziție stabilă în sistemul de stat.

Domeniile specifice de activitate influențează și ele distribuția efortului, promovarea sănătății și advocacy-ul înregistrând cele mai mari medii de timp la locul de muncă principal (~7.8 ore/zi). În schimb, domenii precum managementul și asigurarea calității demonstrează o tendință de extindere a activității prin joburi secundare stabile.

#### 4.5. Veniturile nete lunare

Analiza veniturilor nete lunare relevă o disparitate clară între medicii specialiști și cei primari. În timp ce majoritatea specialiștilor (peste 54%) sunt concentrați în intervalul de venituri inferioare, între 5.000 și 10.000 RON, medicii primari activează predominant în segmentul 10.000-15.000 RON (Figura 30). Pragurile superioare de peste 30.000 RON sunt accesibile exclusiv medicilor primari, reflectând un sistem de salarizare care recompensează semnificativ gradul profesional și vechimea.

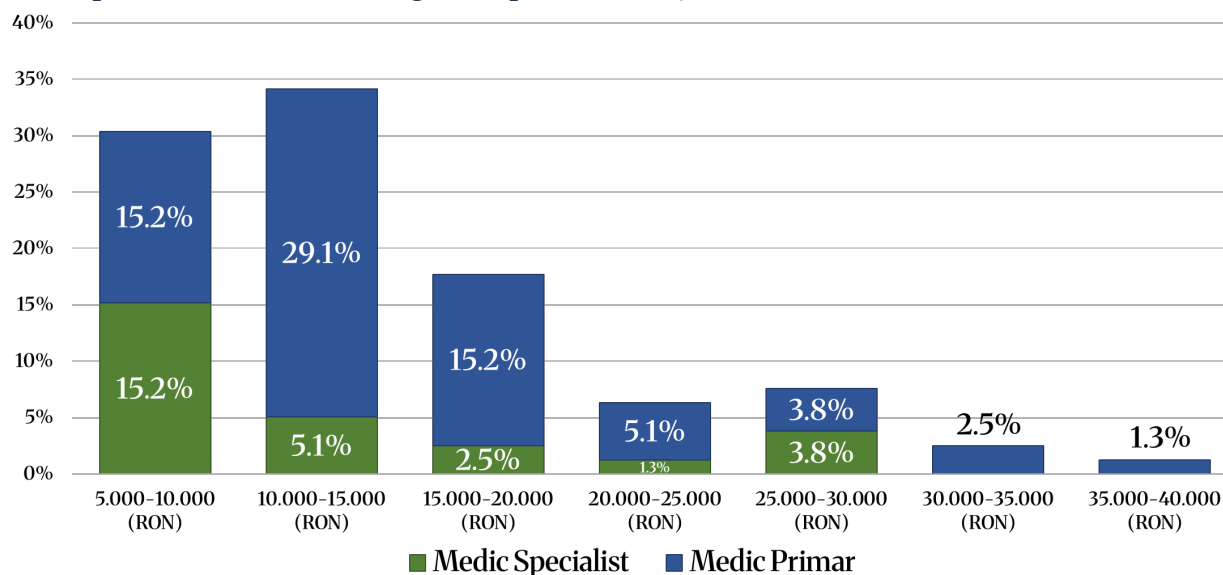


Figura 30. Distribuția veniturilor medii lunare în funcție de nivelul profesional

## 4.6. Gradul de satisfacție generală

Atât medicii specialiști, cât și cei primari raportează indicatori de satisfacție cumulată de aproximativ 75,2%. Totuși, se observă o nuanță calitativă importantă: medicii primari tind să fie „foarte satisfăcuți” într-o pondere dublă față de specialiști (26% față de 12%), sugerând că atingerea gradului de maturitate profesională aduce o împlinire superioară, în ciuda provocărilor sistemice (*Figura 31*).

Factorul vârstă joacă un rol determinant în percepția calității vieții profesionale (*Figura 31*). În timp ce specialiștii ating vârful de satisfacție la începutul și mijlocul carierei (31-50 ani), aceștia tind să devină mai critici pe măsură ce înaintează spre grupa 51-60 ani, unde apare insatisfacția. În contrast, medicii primari înregistrează cea mai mare rată de „foarte satisfăcut” tocmai în intervalul 51-60 ani, reflectând probabil consolidarea poziției ierarhice și financiare. Totuși, după 61 de ani, se observă o scădere a entuziasmului la medicii primari, marcată de o creștere a răspunsurilor neutre sau negative.

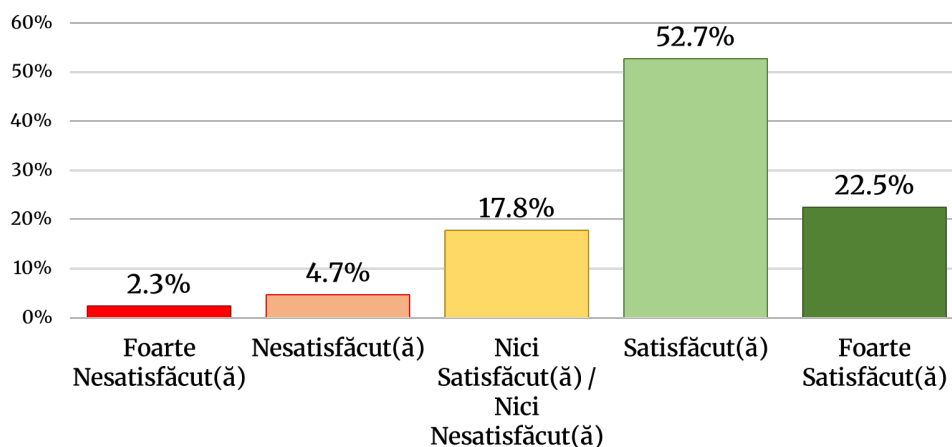


Figura 31. Gradul de satisfacție generală

Distincția între sectorul public și cel privat este fundamentală pentru înțelegerea motivației medicilor (*Figura 32*). Sectorul privat este asociat cu un grad de satisfacție maxim, în special pentru locurile de muncă secundare, unde medicii primari se declară „foarte satisfăcuți” în proporție de 100%. În sectorul public, deși satisfacția rămâne solidă, se înregistrează cele mai multe răspunsuri neutre și singurele cazuri de insatisfacție extremă.

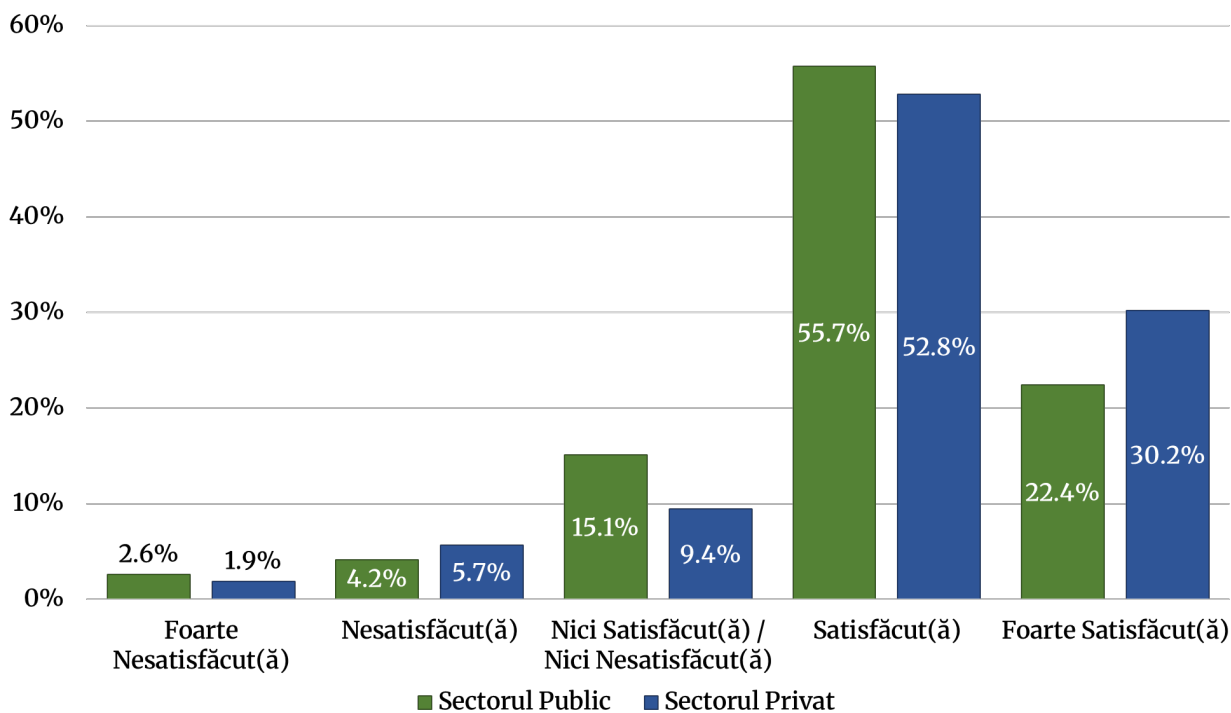


Figura 32. Gradul de satisfacție generală, în funcție de sectorul de activitate profesională

## 4.7. Reglementare și bariere administrative

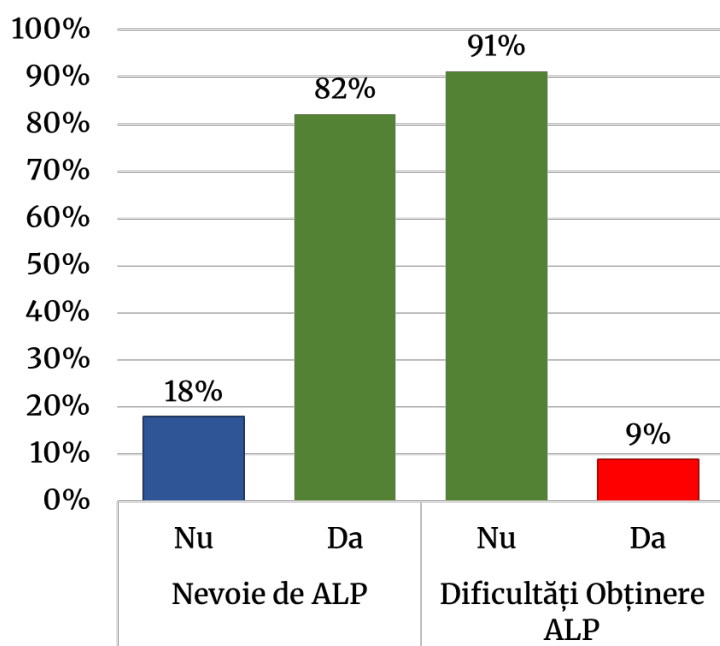


Figura 33. Ponderea nevoii, a dificultății de obținere și rangul locului de muncă pentru avizul de liberă practică

### 4.7.1. Necesitatea Avizului de Liberă Practică (ALP)

Necesitatea deținerii ALP este o realitate dominantă pentru medicii de SPM, confirmând integrarea administrativă a acestei specialități în fluxul standard de reglementare al Colegiului Medicilor. Datele arată că 86% dintre medicii primari și 72% dintre cei specialiști sunt condiționați de acest aviz, activitatea fiind concentrată în special pe primul loc de muncă, după cum se poate observa în *Figura 33*. Această cerință persistă în ciuda faptului că

profilul activității medicilor SPM migrează adesea dinspre sfera clinică spre cea academică, de cercetare sau de management strategic.

Deși rata generală a dificultăților raportate în relația cu Colegiul Medicilor este de aproximativ 11% pentru medicii primari, analiza calitativă scoate la iveală un conflict normativ profund: una dintre principalele bariere identificate este nerecunoașterea activității în funcții publice sau administrative (la nivelul Ministerului Sănătății sau CNAS) drept activitate medicală propriu-zisă. Această situație creează un paradox frustrant pentru profesioniști: deși specialitatea SPM este o condiție obligatorie în fișa postului pentru ocuparea funcției, efortul depus nu este întotdeauna validat de forul profesional ca vechime în specialitate.

O altă vulnerabilitate majoră este raportată la interfața dintre statutul academic și cel medical. Cadrele didactice universitare (UMF) întâmpină adesea obstacole în echivalarea posturilor de „Șef de lucrări” sau a altor funcții academice cu practica medicală necesară pentru eliberarea ALP. Această confuzie administrativă subliniază o ruptură între statutele profesionale paralele și indică nevoia unei armonizări legislative care să recunoască specificul multidimensional al sănătății publice, unde managementul de proiecte de reformă sau activitatea de cercetare reprezintă piloni esențiali ai practicii.

Din punct de vedere sistemic, barierele administrative par a fi concentrate exclusiv în sectorul public, afectând medicii angajați în Direcțiile de Sănătate Publică, Institute Naționale sau Universități. Pe lângă interpretările restrictive ale conceptului de „activitate medicală”, respondenții semnalează și disfuncționalități de ordin birocratic, cum ar fi comunicarea defectuoasă cu personalul administrativ al colegiilor teritoriale. Astfel, este necesară o recalibrare a mecanismelor de avizare pentru a proteja parcursul profesional al medicilor SPM, asigurându-se că activitatea lor în structurile de conducere ale sistemului de sănătate este pe deplin recunoscută și valorificată.

## **4.8. Calitatea vieții și sustenabilitatea efortului profesional**

### **4.8.1. Timpul total de lucru: zile lucrătoare, weekend și activitate nocturnă**

Activitatea profesională este marcată de o încărcare orară care depășește frecvent norma legală, media generală fiind de 9,08 ore pe zi. Medicii primari absorb sarcina cea mai mare, cu o medie de 9,45 ore și vârfuri ce ating 16 ore zilnic, în timp ce medicii specialiști mențin un regim mai stabil, de aproximativ 8,28 ore (*Figura 34*). Această solicitare este accentuată semnificativ de fenomenul „multi-jobbing”, unde medicii care cumulează trei sau mai multe contracte de muncă ajung la un volum orar masiv, între 11,6 și 12,3 ore pe zi.

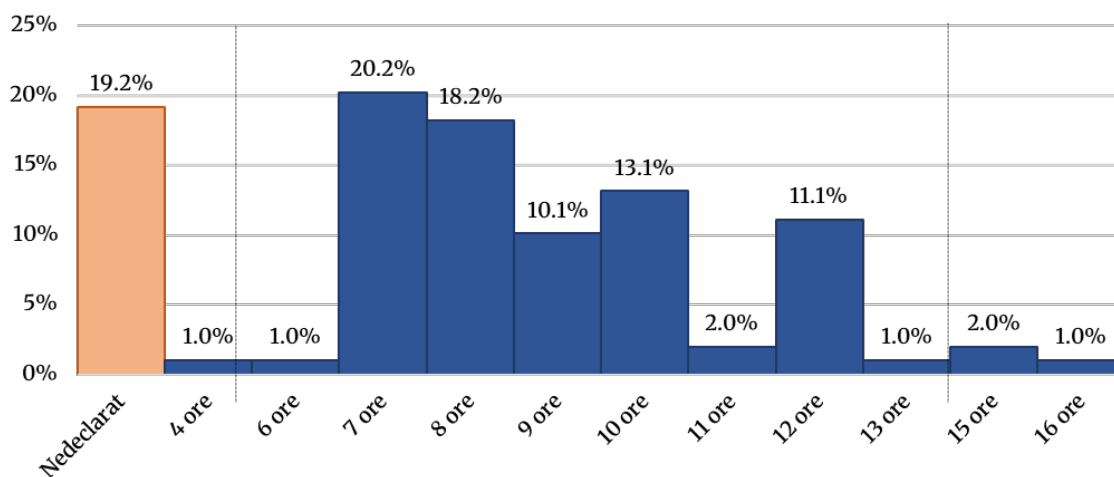


Figura 34. Frecvența orelor lucrate în medie, pe zi lucrătoare (de luni până vineri), în funcție de gradul profesional

Mediul academic și managementul public reprezintă cele mai solicitante segmente, funcțiile de tip „Academic în Sănătate Publică” înregistrând o medie de aproape 11 ore zilnic. De asemenea, există o legătură directă între venit și efort, pragul de 20.000-25.000 RON fiind asociat cu o medie de peste 13 ore de muncă zilnică.

Activitatea în weekend, deși mai redusă ca intensitate față de zilele lucrătoare (medie de 4,2 ore), devine un factor critic pentru medicii implicați în monitorizarea urgențelor sau în administrarea sănătății, unde efortul poate urca până la 4,8 ore. Din nou, medicii primari și cei cu multiple specialități sau contracte sunt cei mai afectați. Acest efort suplimentar este vizibil mai ales în sectoarele de supraveghere a stării de sănătate și prevenirea bolilor.

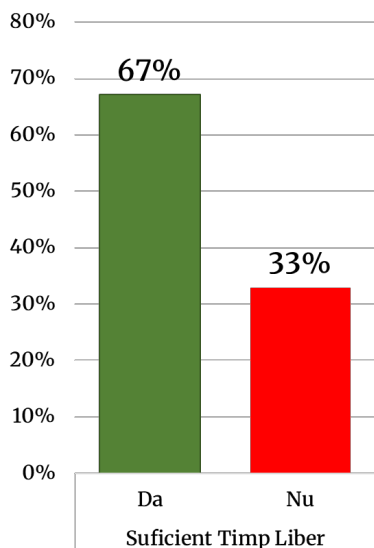


Figura 35. Ponderea respondenților în funcție de tipul liber insuficient pentru activități non-profesionale

Munca nocturnă constituie o componentă rară, dar intensă, fiind raportată preponderent de medicii primari din spitalele publice și furnizorii privați.

#### 4.8.2. Percepția echilibrului viață-muncă și timpul liber

Analiza relevă o discrepanță majoră între medicii specialiști și cei primari în ceea ce privește gestionarea timpului liber. În timp ce majoritatea specialiștilor (76%) afirmă că au suficient timp pentru familie și hobby-uri, acest sentiment scade considerabil în rândul medicilor primari (63%), dintre care peste o treime resimt un deficit cronic de timp personal (Figura 35).

Principalul predictor al lipsei timpului personal este cumulumul de locuri de muncă. Respondenții cu patru sau mai multe contracte declară în

totalitate o absență a timpului liber, fenomen vizibil și la cei cu trei locuri de muncă, în special în sectorul public. Totodată, sectorul privat exercită o presiune intensă, 100% dintre specialiștii cu două contracte în acest mediu raportând un deficit de timp.

Activitatea academică și funcțiile de management generează timp insuficient, aproape jumătate dintre medicii primari din aceste segmente raportând dificultăți în menținerea echilibrului. Asocierea cu venitul arată că pragurile salariale înalte (peste 25.000 RON) vin cu o sacrificare totală a timpului liber.

Peste 87% dintre medicii primari raportează o balanță înclinată sever spre muncă (Figura 36). În contrast, specialiștii reușesc într-o măsură mult mai mare (52%) să păstreze un echilibru de 50%-50% între carieră și viața privată. Avansarea profesională și asumarea rolurilor de conducere sau academice transformă radical profilul de viață al medicului, ducând la o „muncă intensivă” ce ocupă peste 80% din timpul total disponibil.

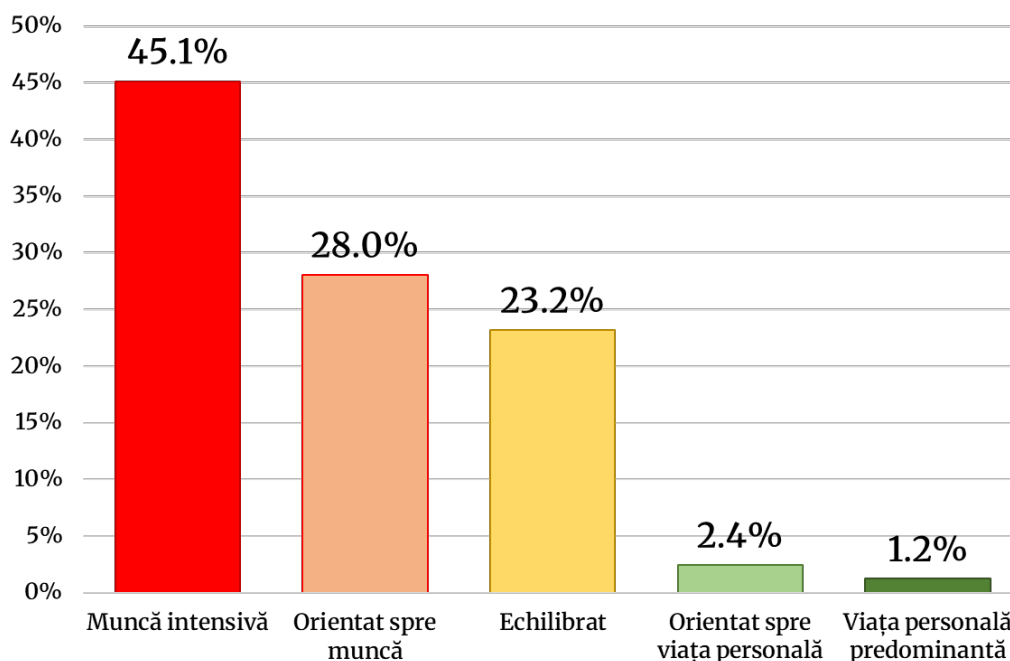


Figura 36. Echilibrul viață-muncă în funcție de gradul profesional

## 4.9. Analiza mediului profesional: bariere, oportunități și soluții

### 4.9.1. Oportunități identificate în cariera de medic SPM

Analiza răspunsurilor oferite de medicii specialiști (n=32) și medicii primari (n=53) cu privire la principalele oportunități ale carierei în SPM conturează un profil profesional definit prin influență sistemică, versatilitate și un impact social extins.

- Cea mai proeminentă oportunitate identificată (10 mențiuni) rezidă în combinația formată din promovarea sănătății și medicina preventivă..
- O direcție strategică fundamentală recunoscută de ambele grupuri profesionale (8 mențiuni) este reprezentată de managementul calității serviciilor de sănătate. În acest context, medicul SPM își asumă responsabilitatea directă în gestionarea și evaluarea eficienței actului medical, participând activ la implementarea programelor de îmbunătățire a standardelor clinice.
- În planul inovării, participarea la proiecte de cercetare în sănătatea publică (6 mențiuni) este percepută ca o pârghie esențială pentru dezvoltarea unor politici bazate pe dovezi (*evidence-based policy*).
- Eficiența acestor intervenții este susținută de caracterul interdisciplinar al specialității (7 mențiuni), care facilitează colaborări complexe cu asistenți medicali, sociologi și alți experți din domenii conexe.
- Sustenabilitatea acestui parcurs este garantată de accesul la formare profesională continuă și specializare (5 mențiuni), procese ce asigură adaptarea constantă la schimbările legislative și tehnologice ale sistemului sanitar.
- În final, flexibilitatea structurală a carierei (5 mențiuni) reprezintă un avantaj competitiv major față de mediul clinic rigid. Autonomia în gestionarea programului, orientată către prevenție și educație, facilitează un echilibru optim între viața profesională și cea personală, consolidând reziliența specialistului și satisfacția generală pe termen lung.

### 4.9.2. Bariere și surse de nemulțumire în activitatea curentă

În oglindă cu oportunitățile identificate, realitatea practică a medicului SPM este marcată de o serie de bariere care limitează exercitarea competențelor și subminează motivația profesională.

- Cea mai critică problemă raportată de ambele categorii de medici (10 mențiuni) este lipsa locurilor de muncă și criza acută de posturi în specialitatea SPM.
- Eficiența operațională este sever afectată de o birocrație excesivă și greoaie (8 mențiuni), care consumă resurse temporale și împiedică adaptarea rapidă la nevoile sistemului de sănătate. Această povară administrativă este dublată de

politizarea excesivă și fenomenul corupției (7 mențiuni), factori care distorsionează procesele de numire în funcții de conducere și deciziile strategice.

- Medicii se simt marginalizați de un sistem în care competențele tehnice sunt adesea subevaluate în favoarea influenței politice, ceea ce descurajează progresul în carieră și devalorizează meritocrația.
- Subfinanțarea cronică a programelor de sănătate publică (6 mențiuni) constituie o altă barieră majoră, limitând drastic capacitatea medicilor de a desfășura campanii de prevenție eficiente.
- Reticența față de strategiile preventive îngreunează colaborarea interdisciplinară și reduce eficacitatea programelor implementate.
- În plan subiectiv și social, stigmatizarea și devalorizarea specialității (5 mențiuni) reprezintă surse majore de nemulțumire. Percepția conform căreia SPM este o disciplină „secundară” sau mai puțin importantă decât specialitățile clinice afectează statutul social și recunoașterea profesională a medicilor.
- Rezistența sistemică la schimbare (3 mențiuni) închide cercul acestor dificultăți, făcând ca adoptarea intervențiilor moderne și eficiente să devină un proces anevoios, care consumă reziliența profesională a medicilor din sistem.

#### 4.9.3. Viziunea medicilor: Măsuri necesare pentru îmbunătățirea statutului profesional

Analiza răspunsurilor deschise la întrebarea privind măsurile necesare pentru consolidarea statutului profesional relevă o viziune asupra nevoii de reformă. Propunerile respondenților pot fi sintetizate în cinci direcții strategice: reglementarea pieței muncii, reforma educațională, digitalizarea, reprezentarea profesională și vizibilitatea socială.

##### 1. Reglementarea pieței muncii și protecția nișei profesionale

Cea mai frecventă solicitare vizează deblocarea posturilor și corelarea obligatorie a funcțiilor de conducere sau de execuție specifice cu diploma de medic specialist SPM. Respondenții subliniază o anomalie sistemică: ocuparea pozițiilor din DSP, MS, CNAS sau conducerile spitalelor de către profesioniști din alte domenii sau specialități, în timp ce specialiștii SPM rămân fără opțiuni de angajare.

- **Măsuri propuse:** Modificarea normativelor de personal pentru a introduce obligativitatea medicului SPM în structurile de management al calității, statistică și epidemiologie. Se propune ca anumite poziții din administrația publică centrală și locală să fie accesibile exclusiv acestei specialități, asigurând astfel o profesionalizare reală a deciziei medicale.
- **Salarizare și Vechime:** O problemă tehnică majoră identificată este pierderea statutului de medic și a vechimii în specialitate pentru cei care activează în administrație. Respondenții solicită recunoașterea activității din aparatul birocratic ca vechime medicală și alinierea grilei de salarizare la nivelul specialităților clinice pentru a opri migrația talentelor.

## 2. Reforma curriculumului și a formării continue:

Participanții la studiu, medicii rezidenți în special, indică o discrepanță între pregătirea teoretică și nevoile practice ale sistemului. Se solicită trecerea la o practică reală, intensivă, orientată către competențe moderne.

- **Actualizarea curriculumului:** Integrarea unor domenii emergente precum economia sănătății, modelarea epidemiologică, sănătatea globală, leadership-ul și comunicarea strategică.
- **Acces la resurse:** Medicii subliniază nevoia de acces gratuit și obligatoriu la cursuri de formare continuă (EMC), certificări recunoscute și baze de date internaționale (EBM) pentru a putea fundamenta deciziile pe dovezi științifice (evidence-based policy).

## 3. Digitalizarea și reducerea poverii administrative

Modernizarea infrastructurii informatice este percepută nu doar ca o facilitate tehnică, ci ca o condiție a autonomiei profesionale.

- **Sisteme uniforme:** Implementarea unor platforme de raportare digitală unice la nivel național ar permite reducerea birocrăției care, în prezent, consumă o mare parte a timpului profesional.
- **Analiza datelor:** Digitalizarea reală ar oferi medicului SPM instrumentele necesare pentru monitorizarea indicatorilor de performanță și modelarea riscurilor, transformându-i rolul din unul administrativ în unul strategic.

## 4. Consolidarea reprezentării prin asociații profesionale

O temă recurentă (peste 10 mențiuni directe) este necesitatea unei societăți profesionale sau a unei Asociații a Medicilor SPM care să fie "activă", "vizibilă" și "puternică".

- **Rolul asociației:** Aceasta ar trebui să acționeze ca o voce unică în dialogul cu autoritățile, să reglementeze standardele ocupaționale, să apere interesele membrilor în fața politizării excesive și să promoveze schimbul de bune practici. Respondenții folosesc termeni precum "resuscitarea" asociațiilor existente, indicând o lipsă actuală de reprezentare eficientă.

## 5. Vizibilitatea și devalorizarea socială:

Statutul medicului SPM suferă din cauza unei percepții publice și profesionale deficitare. Respondenții consideră că este imperios necesară o campanie de promovare a specialității care să evidențieze importanța medicinei preventive.

- **Impactul pandemiei:** Mai mulți medici au observat că, în timpul crizelor sanitare, rolul lor a fost adesea preluat în spațiul public de "specialiști auto-declarați", marginalizând expertiza tehnică a medicului de sănătate publică.
- **Comunicare instituțională:** Se propune o prezență activă în mass-media și în procesele decizionale de la nivel guvernamental, astfel încât populația să

înțeală cã siguranța sistemului sanitar depinde de pilonii SPM, epidemiologie și igienă.

Îmbunătățirea statutului medicului SPM necesită un salt de la o recunoaștere declarativă la una legislativă și financiară. Soluția propusă de practicieni implică un traseu de carieră predictibil, depolitizarea funcțiilor tehnice și o definiție clară a competențelor care să asigure autonomia profesională în fața ingerințelor non-medicale.

## 4.10. Concluzii- Medici Specialiști si Primari SPM

**Valoare profesională subestimată și lipsă de recunoaștere:** Deși medicii SPM și angajatorii recunosc importanța și valoarea adăugată a acestei specialități în gestionarea calității, prevenția bolilor și influențarea politicilor de sănătate, specialitatea este în general subestimată, puțin înțeleasă de public și de alte specialități medicale, ceea ce afectează statutul și motivația profesioniștilor.

**Bariere sistemice majore - Birocrația și Politizarea:** Eficiența și progresul medicilor SPM sunt afectate de birocrația excesivă, de reglementări incoerente și de influența politică în numirile pe funcții de conducere. Aceste aspecte duc la marginalizarea expertizei, subevaluarea competențelor și un risc crescut de burnout, descurajând implicarea și dezvoltarea profesională.

**Dificultăți în traseul profesional și recunoașterea vechimii:** Medicii SPM, în special funcționarii publici, se confruntă cu bariere în recunoașterea vechimii în specialitate și cu trasee de carieră neclare, aspecte care fac anumite posturi din administrația publică de sănătate neatractive, chiar dacă aceste domenii necesită competențele lor specifice.

**Pondere mare a volumului administrativ și dezechilibru viață-muncă:** Profesioniștii SPM sunt adesea suprasolicitați de un volum mare de activități administrative și tehnice, considerate redundante și consumatoare de timp, ceea ce contribuie la un dezechilibru semnificativ între viața profesională și cea personală, orientat predominant spre activitățile de muncă.

**Potențial neexploatat în domenii inovatoare:** Există un interes clar al specialiștilor pentru domenii inovatoare ale sănătății publice, cum ar fi sănătatea digitală, inteligența artificială, economia sănătății și politici bazate pe dovezi. Aceasta indică un potențial neexploatat pentru dezvoltarea specialității și a sistemului de sănătate, care necesită însă suport strategic, recunoaștere și resurse adecvate.

## 4.11. Concluzii Finale - Medici Rezidenți, Specialiști, Primari SPM

1. **Specialitatea Sănătate Publică și Management** este interesantă și dorită de o anumită categorie de medici. Are importanță și valoare adăugată în gestionarea calității, prevenția bolilor și influențarea politicilor de sănătate, cu impact asupra soluționării problemelor actuale din sistem.

2. **Medicii rezidenți** ar rămâne în țară să practice și ar fi dispuși să lucreze în egală măsură atât în sectorul public cât și în privat. Așteptările lor salariale de 10.000-15.000 RON sunt în linie cu câștigurile actuale ale specialiștilor, dar se lovesc de barierele de integrare în sistem și traseele profesionale complexe. Emigrarea este un fenomen oportunist. Doar 16,5% sunt hotărâți să plece, dar peste jumătate (52,9%) ar face-o în funcție de ocazie.

3. **Nevoia urgentă de modernizare al curriculumului și a experienței practice:** Rezidenții, deși în mare parte satisfăcuți de pregătirea teoretică, subliniază nevoia stringentă de actualizare a curriculumului la standarde internaționale, de introducere a unui manual unic, de integrare a mai multor activități practice, workshop-uri aplicate și proiecte reale pentru a consolida competențele și a facilita tranziția către piața muncii.

4. **Bariere sistemice majore: Birocrația și Politizarea.** Eficiența și progresul medicilor SPM sunt grav afectate de birocrația excesivă, de reglementări incoerente și de influența politică în numirile pe funcții de conducere. Aceste aspecte duc la marginalizarea expertizei, subevaluarea competențelor și un risc crescut de burn-out, descurajând implicarea și dezvoltarea profesională.

5. **Dificultăți în traseul profesional și recunoașterea vechimii:** Medicii SPM, în special funcționarii publici, se confruntă cu bariere în recunoașterea vechimii în specialitate și cu trasee de carieră neclare, aspecte care fac anumite posturi din administrația publică de sănătate neatractive, chiar dacă aceste domenii necesită competențele lor specifice.

6. **Pondere mare a volumului administrativ și dezechilibrul viață-muncă:** Profesioniștii SPM sunt adesea suprasolicitați de un volum mare de activități administrative și tehnice, considerate redundante și consumatoare de timp, ceea ce contribuie la un dezechilibru semnificativ între viața profesională și cea personală, orientat predominant spre activitățile de muncă.

7. **Potențial neexploatat în domeniul inovatoare:** Există un interes clar al rezidenților și specialiștilor pentru domeniile inovatoare ale sănătății publice, cum ar fi sănătatea digitală, inteligența artificială, economia sănătății și politici bazate pe dovezi. Aceasta indică un potențial neexploatat pentru dezvoltarea specialității și a sistemului de sănătate, care necesită însă suport strategic, recunoaștere și resurse adecvate.

## **Disclaimer: Perspectiva angajatorilor medicilor de SPM- număr insuficient de răspunsuri pentru analiza.**

S-a intenționat chestionarea angajatorilor posibili ai medicilor de SPM. Din peste 700 de posibili angajatori, s-au obținut doar 18 răspunsuri, din care doar 8 aveau medici de SPM angajați, volum insuficient pentru a efectua o analiza cu semnificație statistică.

Mulțumim celor 18 respondenți,

