



Impactul sistemului malpraxis și al gărzilor asupra profesioniștilor din sănătate. Probleme și soluții

Autor:

Prof. univ. dr. Rotilă Viorel

Program: „Programul Educație și Ocupare” Prioritate: P01 „Modernizarea instituțiilor pieței muncii”
Obiectiv specific: ESO4.2 „Modernizarea instituțiilor și a serviciilor pieței muncii pentru ca acestea să
evalueze și să anticipeze necesitățile în materie de competențe, să asigure o asistență promptă și
personalizată și să sprijine corelarea cererii și a ofertei, tranzițiile și mobilitatea pe piața muncii (FSE+)”
Apel de proiecte: „Consolidarea dialogului social și a parteneriatelor pentru ocupare și formare I -
Confederații”
Cod SMIS: 311262, Titlul proiectului: +CAP – Capacitarea CNS Cartel ALFA pentru îmbunătățirea și
modernizarea dialogului social la toate nivelurile.

La desfășurarea activităților de cercetare au participat și următoarele persoane:

Lungu Laurențiu, *expert IT organizații sindicale*. A realizat construcția infrastructurii online, transpunerea chestionarului în format online, derularea activităților de comunicare online, culegerea și extragerea datelor.

Ciobanu Georgiana, *în calitate de sociolog, expert culegere date*. Alături de culegerea și prelucrarea datelor a realizat și analiza primară a acestora.

Donose Simona, *specialist resurse umane*. A asigurat verificarea tehnică a textului și corecturile finale

Elaborarea strategiei de cercetare, realizarea instrumentelor și a mesajelor de comunicare și elaborarea studiului final aparține autorului, căruia îi revine și responsabilitatea pentru conținutul studiului.

Prezenta cercetare a fost desfășurată de Federația „Solidaritatea Sanitară” din România (FSSR) ca parte a activităților ce-i revin în calitate de partener în cadrul proiectului +CAP – Capacitarea CNS Cartel ALFA pentru îmbunătățirea și modernizarea dialogului social la toate nivelurile, Cod SMIS: 311262, implementat în cadrul „Programului Educație și Ocupare”, Prioritate: P01 „Modernizarea instituțiilor pieței muncii”, obiectiv specific: ESO4.2 „Modernizarea instituțiilor și a serviciilor pieței muncii pentru ca acestea să evalueze și să anticipeze necesitățile în materie de competențe, să asigure o asistență promptă și personalizată și să sprijine corelarea cererii și a ofertei, tranzițiile și mobilitatea pe piața muncii (FSE+)”, apel de proiecte: „Consolidarea dialogului social și a parteneriatelor pentru ocupare și formare I - Confederații”.

Acest raport de cercetare a fost elaborat în cadrul Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, opiniile exprimate în cadrulul lui reflectând poziția autorului.

Acest material nu reprezintă poziția CE sau a Guvernului României, care nu poartă răspunderea modului în care informația conținută în acest studiu ar putea fi utilizată.



Cuprins

Introducere	4
Precizări metodologice	4
Precizări privind conflictul de interese	5
Analiza răspunsurilor	6
Perspectiva generală a medicilor asupra asigurărilor de malpraxis	6
Înlocuirea sistemului malpraxis cu despăgubirea pacienților pentru prejudicii	16
Cauze posibile ale erorilor medicale.....	17
Culpa sistemului	17
Răspunderea în condițiile deficitului de resurse.....	18
Timpul de lucru și gărzile.....	21
Impactul gărzilor asupra medicilor.....	26
Medicina defensivă	36
Normativul de personal.....	37
Presiunile mediatice și așteptările pacienților:	38
Evaluarea celei mai importante cauze de erori medicale	39
Calitatea vieții profesionale a medicilor	41
Epuizarea profesională	41
Analiza corelațiilor semnificative.....	43
Cele mai importante 50 de corelații	43
Sinteza sugestiilor bazate pe corelații	47
Rețeaua conceptuală	49
Analiza factorială.....	51
Datele demografice	51
Concluziile pe larg.....	54
Perspectiva generală asupra sistemului malpraxis	54
Malpraxis	54
Cazurile de malpraxis	55
Cauzele malpraxis-ului	56
Principalele probleme – din perspectiva unor direcții de intervenție posibile	57
Problemele sistemului – pe categorii și direcții de intervenție necesare/posibile.	57





Cauzele care accentuează sau determină riscul erorilor profesionale.....	58
Timpul de lucru	59
Impactul gărzilor asupra medicilor.....	60
Activitatea în gărzi are ca efecte:.....	60
Efectele tarifului orar (nivelul recompensei) aferent gărzilor.....	61
Condițiile de muncă.....	62
Calitatea vieții profesionale	62
Analiza generală corelațiilor.....	62
Sinteza rezultatelor celor mai importate corelații	62
Soluții sugerate.....	64
Înlocuirea modelului malpraxis cu sistemul despăgubirii pacienților pentru prejudicii	64
Recomandări corespunzătoare categoriilor de probleme	64
Sinteza concluziilor	65
Rezumat executiv	65
I. Probleme identificate	65
II. Soluții propuse	66
Anexe	68
Anexa nr. 1 Răspunsurile deschise la solicitarea:	68
Anexa nr. 2 Răspunsurile la alte forme de organizare a gărzilor	76
Anexa nr. 3 Adresa Autorității de Supraveghere Financiară.....	77



Introducere

Prezentul studiu are ca temă evaluarea modului în care sunt respectate o serie de drepturi ale medicilor care lucrează în sistemul public de sănătate, fiind centrat pe nivelul protecției pe care-l furnizează asigurarea de malpraxis și principalele aspecte adiacente gărzilor.

Analiza face parte dintr-un program de cercetare mai amplu, care are ca obiectiv evaluarea gradului de respectare a drepturilor angajaților din sănătate.

Demersul de cercetare a fost desfășurat sub forma unei consultări, la care au avut acces toți medicii, centrată pe analiza și soluțiile de rezolvare a câtorva dintre problemele cu care se confruntă medicii din sistemul de sănătate românesc. Acest studiu reprezintă o primă a cercetării privind *Evaluarea nivelului de respectare a drepturilor angajaților din sănătate*. Alături de problemele privitoare la malpraxis, studiul explorează și o serie de dimensiuni privind drepturi relevante pentru calitatea vieții profesionale. Ele au fost selectate din perspectiva relației lor logice cu problema malpraxis-ului, respectiv raportat la impactul lor asupra riscului erorilor medicale.

Precizări metodologice

Cercetarea are la bază un chestionar de opinie adaptat consultării publice a medicilor.¹ Chestionarul s-a adresat tuturor medicilor care-și desfășoară activitatea în sistemul de sănătate din România, invitația de completare fiind transmisă către 7476 invitații inițiale și 2593 reamintiri de completare prin SMS și 13.113 de invitații și 10.451 reamintiri prin e-mail către medici angajați sanitar din toate regiunile țării, țintiți prin intermediul adreselor de e-mail (din baza de date a CCDSS). Această variantă de diseminare a chestionarelor apelează la persoane despre care știm cu certitudine că au calitatea de medici ce-și desfășoară activitatea în sistemul de sănătate din România. Aceste persoane au primit chestionarul pe e-mail împreună cu un cod unic de completare, având posibilitatea de a completa un singur chestionar. Au răspuns solicitării de completare a chestionarului un număr de **714 medici**, aceștia răspunzând la un număr variabil de întrebări (nu toți medicii au răspuns la toate întrebările). Pentru corecta evidențierea numărului de respondenți pentru fiecare întrebare graficele conțin această informație. Distribuția respondenților pe județe, gen și specialități este indicată în secțiunea *Date demografice*. Selecția respondenților a fost una aleatorie, în funcție de dorința acestei categorii de angajați de a răspunde invitației de participare la cercetare. Nu am utilizat straturile specifice din baza de date (distribuția pe gen, categorie profesională, tipuri de unități etc.). Aplicarea chestionarelor s-a făcut în **luna martie 2025**.

¹ Chestionarul poate fi găsit [aici](#).

Primul pas în desfășurarea cercetării a fost reprezentat de verificarea și actualizarea bazelor de date existente cu potențiali participanți la cercetare din categoria profesională „medici”. Diseminarea chestionarului creat a fost realizată prin transmiterea prin e-mail a link-ului, conținând un scurt chestionar. Procesul de transmitere a fost automatizat, fiind încă precedat de verificarea de către experți a textelor și funcționalității platformelor de introducere a datelor.

Cercetarea are caracter exploratoriu.

Numărul mare de variabile investigate a determinat o distribuție inegală a numărului de respondenți pentru fiecare întrebare. Am reținut numărul de răspunsuri primite la fiecare întrebare, acesta fiind indicat în mod expres la fiecare figură ce redă distribuția răspunsurilor.

Intervalele de referință utilizate în studiu pentru interpretarea corelațiilor sunt următoarele:

Interval	Interpretare practică	p-value tipic în matrice
$ r \geq 0,70$	Foarte puternică	$p < 0,001$
$0,50 \leq r < 0,70$	Puternică / consistentă	$p < 0,001$
$0,30 \leq r < 0,50$	Moderată	$p < 0,01$
$0,10 \leq r < 0,30$	Slabă	$p < 0,05$
$< 0,10$	Neglijabilă	de obicei nesemnificativă

Tabel 1: Intervalele de referință corelații

Precizări privind conflictul de interese

Cercetarea s-a desfășurat în cadrul Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea” (CCDSS), instituție cu caracter autonom, în cadrul Federației „Solidaritatea Sanitară” din România (FSSR), fiind finanțată în cadrul proiectului „+CAP – Capacitatea CNS Cartel ALFA pentru îmbunătățirea și modernizarea dialogului social la toate nivelurile” în care FSSR are calitatea de partener. Autorul și colaboratorii au calitatea de angajați ai CCDSS/FSSR. Pentru a evita în cea mai mare măsură posibilă efectul biasului ideologic, finanțarea cercetărilor este realizată pe bază de programe multi-anuale, lipsind legătura directă dintre rezultatele cercetărilor și nivelul de recompensă. De asemenea, autorii au recurs la o prezentare analitică a informațiilor obținute, lăsând la îndemâna cititorilor încercările de a le interpreta în mod obiectiv.

Analiza răspunsurilor

1. Aveți încheiată o asigurare de răspundere civilă profesională (malpraxis)?

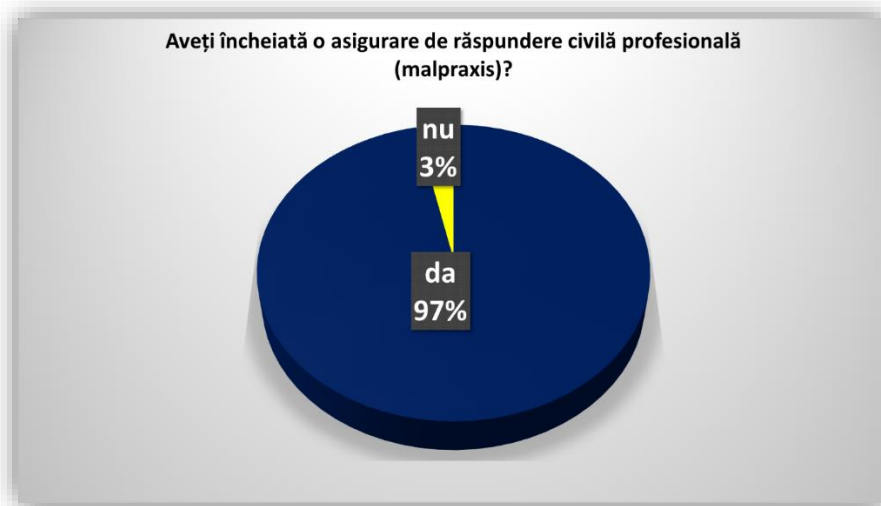


Figura 1: 714/ 714 respondenți total

Răspunsul NU la întrebarea de triere are probabilitatea mare să indice absența exercitării profesiei de medic în condițiile existenței acestei calificări.

Perspectiva generală a medicilor asupra asigurărilor de malpraxis

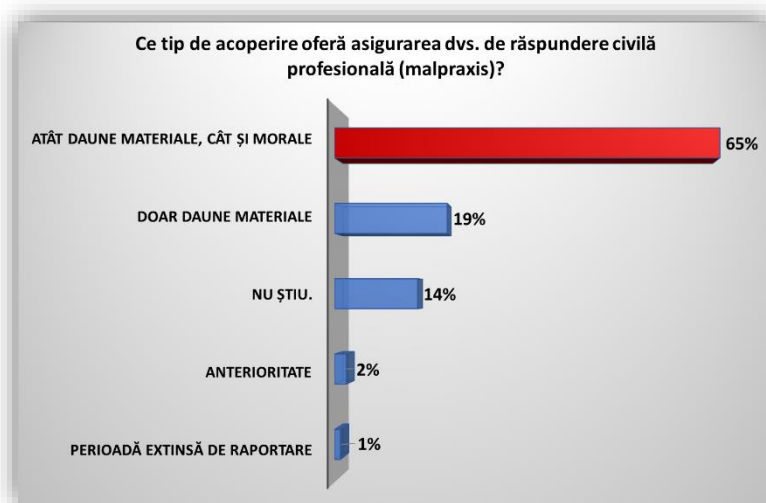


Figura 2 : 498/ 714 respondenți total

Răspunsurile la această întrebare evidențiază următoarele:

- Cel puțin 19% dintre respondenți indică faptul că asigurarea de malpraxis nu le acoperă și daunele morale, în condițiile în care instanțele tind să acorde o tot mai mare importanță a acestor categorii de daune.
- 14% dintre respondenți nu cunosc/nu au fost informați asupra conținutului polițelor. Acest procent confirmă observația din rapoartele ASF privind necesitatea amplificării demersurilor de informare.
- Procentele foarte mici de medici care indică existența a două clauze importante ale asigurărilor de malpraxis: *anterioritatea* – 2% (extinderea asigurării și la perioade anterioare) și *perioada extinsă de raportare* – 1% (posibilitatea de a acoperi și daunele care sunt reclamante după scurgerea perioadei asigurate dar s-au petrecut în perioada acesteia). Aceasta poate fi reținută ca o problemă semnificativă a sistemului.

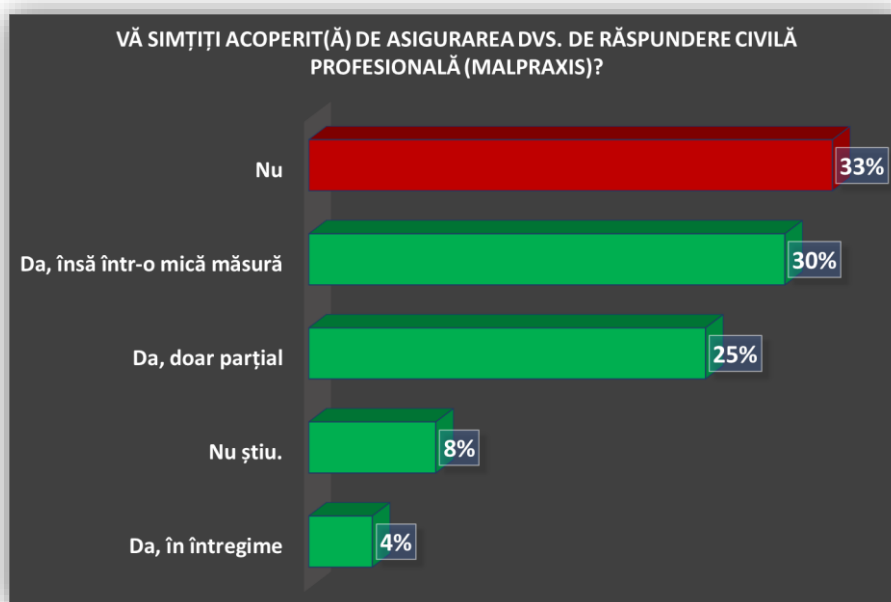


Figura 3: 496/ 714 respondenți total

88% dintre medici consideră că asigurarea de malpraxis nu oferă o protecție satisfăcătoare. Date fiind informațiile furnizate de ASF (a se vedea Anexa), percepția subiectivă a medicilor corelează cu datele obiective privind funcționarea sistemului. Doar 4% dintre respondenți au indicat că se simt acoperiți în întregime de asigurarea de malpraxis, în timp ce 33% consideră că nu sunt acoperiți de polița de malpraxis. Diferențele se distribuie pe opțiuni de tipul: doar într-o mică măsură (30%), doar parțial (25%) și *nu știu* (8%).

Analiza corelațiilor evidențiază o discretă corelație între amploarea despăgubirii și sentimentul de siguranță al medicilor.

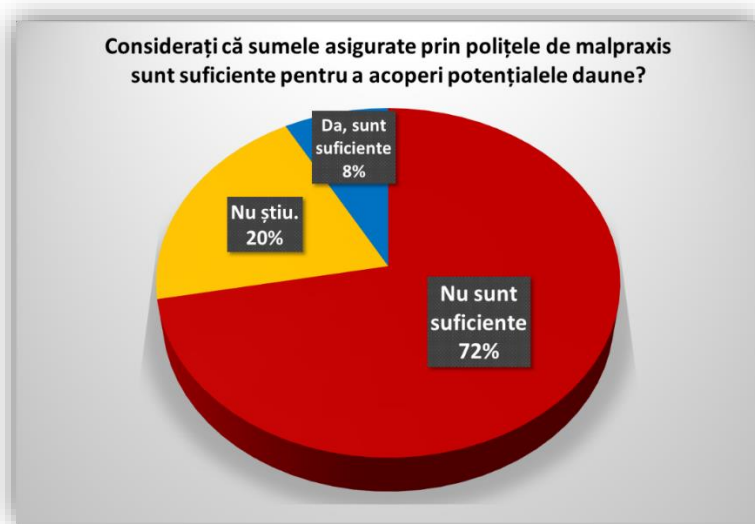


Figura 4: 496/ 714 respondenți total

Aproape trei sferturi dintre respondenți apreciază că sumele asigurate prin polița de malpraxis nu sunt suficiente, în timp ce doar 8% consideră că sunt suficiente.

Aproape jumătate dintre respondenți au indicat că asigurarea lor cuprinde atât daune materiale cât și morale și, în același timp, că sumele acoperite de asigurare (sumele asigurate) nu sunt suficiente. Această distribuție sugerează că nivelul sumelor minime asigurate (stabilit de CNAS) ar putea fi insuficient.

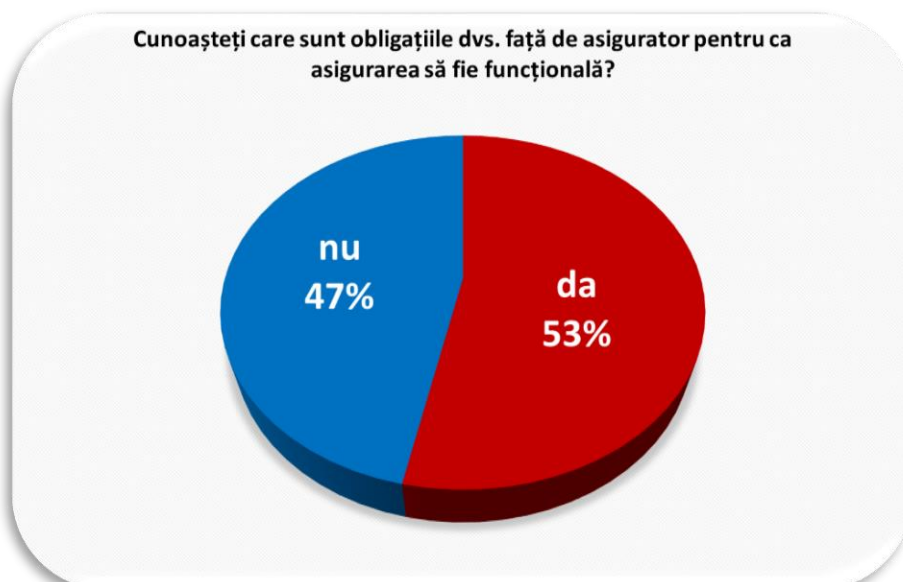


Figura 5: 497/ 714 respondenți total

Necunoașterea obligațiilor față de asigurator pentru ca asigurarea să fie funcțională (ex. termenul în care medicul trebuie să anunțe asiguratorul în cazul ivirii unei reclamații) este indicată de aproape jumătate dintre respondenți, fapt care accentuează imaginea unei probleme ce necesită rezolvarea în domeniul informării celor asigurați.

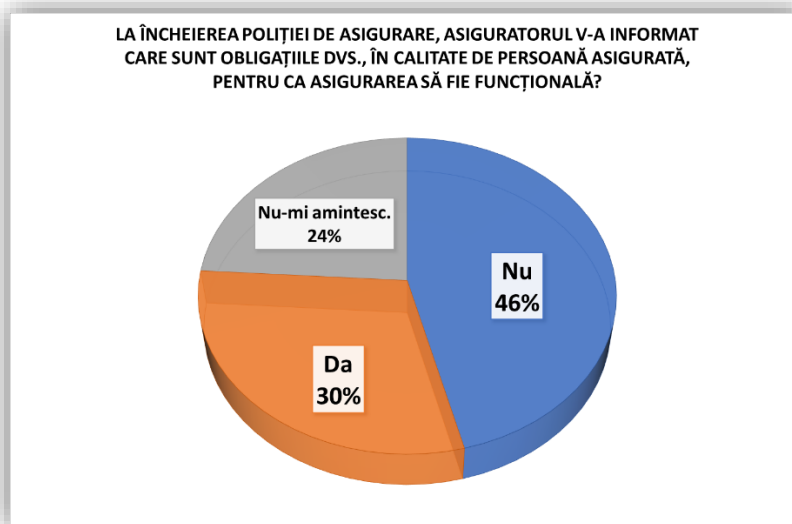


Figura 6: 497/ 714 respondenți total

Doar 30% dintre respondenți au indicat că au fost informați la încheierea poliției de obligațiile pe care le au față de asigurator, 46% dintre ei indicând clar că nu au fost informați iar 24% că nu-și amintesc. Problema absenței cunoașterii obligațiilor față de asigurator pare să fie generată în cea mai mare măsură de lipsa de informare din partea asiguratorului, necunoașterea obligațiilor față de asigurator fiind corelată moderat cu absența informării de către asigurator.

O posibilă direcție de intervenție pare să fie sugerată de regula *cunoașterea aduce și mai multă cunoaștere*: interesul pentru încheierea unei asigurări care să acopere atât daunele materiale cât și morale este însoțit în mai mare măsură de cunoașterea obligațiilor față de asigurator.

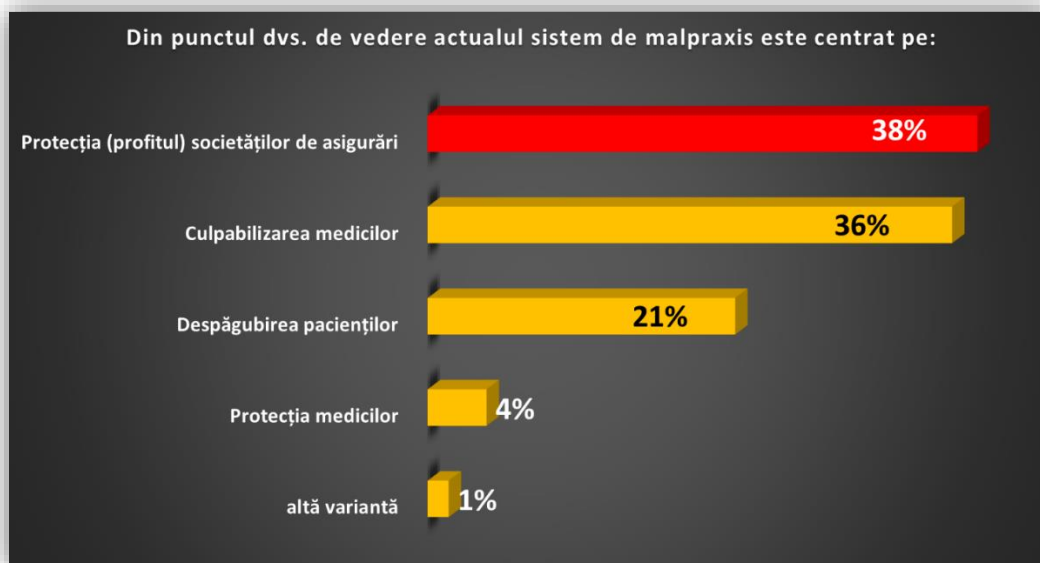


Figura 7: 694/ 714 respondenți total

38% dintre medicii respondenți consideră că actualul sistem malpraxis este orientat pe asigurarea profitului societăților de asigurări, iar 36% cred că este centrat pe culpabilizarea medicilor. Doar cca. 25% dintre respondenți au indicat o centrare a sistemului pe unul din scopurile sale oficiale: 21% pe despăgubirea pacienților și 4% pe protecția medicilor.

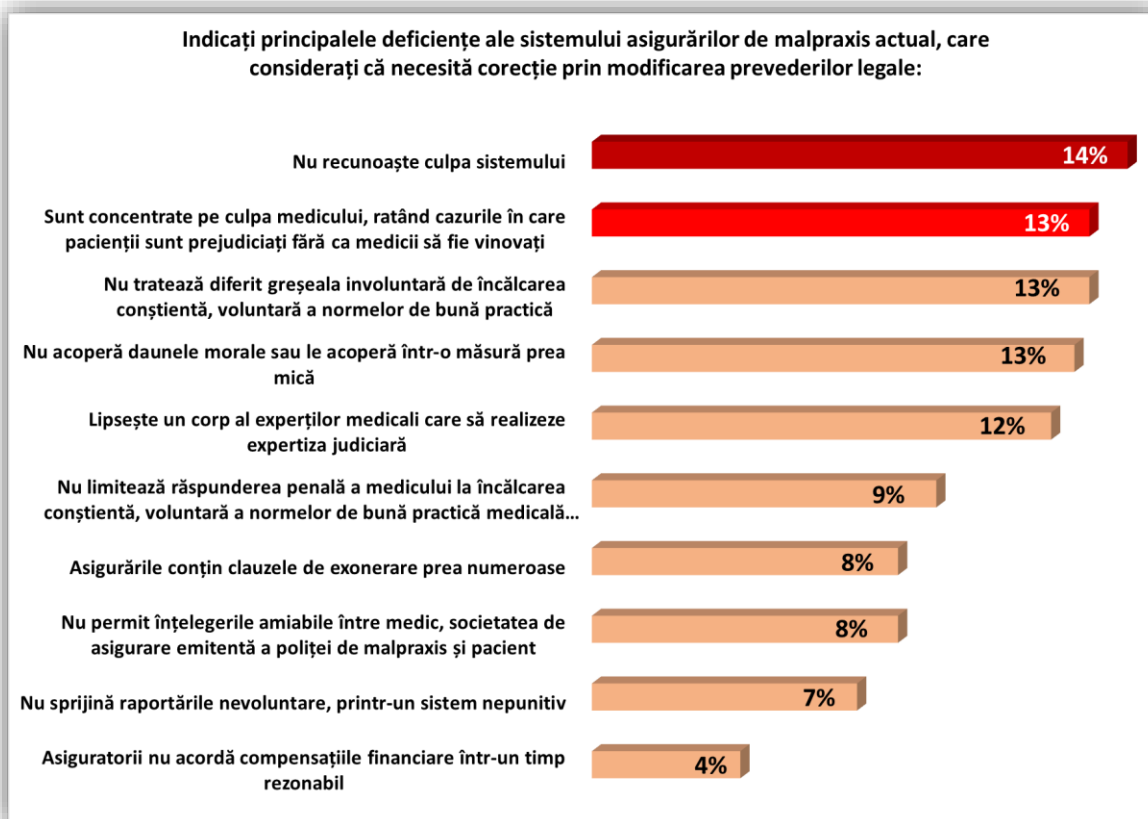


Figura 8: 714/ 714 respondenți total

Dacă vom considera că *nerecunoașterea culpei sistemului și concentrarea pe culpa medicului* sunt două modalități de a rosti aceeași idee atunci putem constata că ea este indicată de 27% dintre medici, devenind cea mai importantă problemă sesizată de medici. Pe locul doi se situează absența diferențelor de tratament juridic între *greșeala involuntară și încălcarea conștiinței* (în economia abordării ea este diferită de existența intenției), ele înregistrând împreună cca. 22% din preferințele respondenților. În ordine ierarhică urmează faptul că *nu acoperă daunele morale sau le acoperă într-o măsură prea mică* (13%), *lipsește un corp de experți medicali care să realizeze expertiza judiciară* (12%), *clauzele de exonerare din polițele de asigurare sunt prea numeroase* (8%), *absența înțelegerilor amiabile* (8%), *sistemul punitiv nu sprijină raportările voluntare* (7%), *asiguratorii nu acordă compensațiile financiare într-un timp rezonabil* (4%).

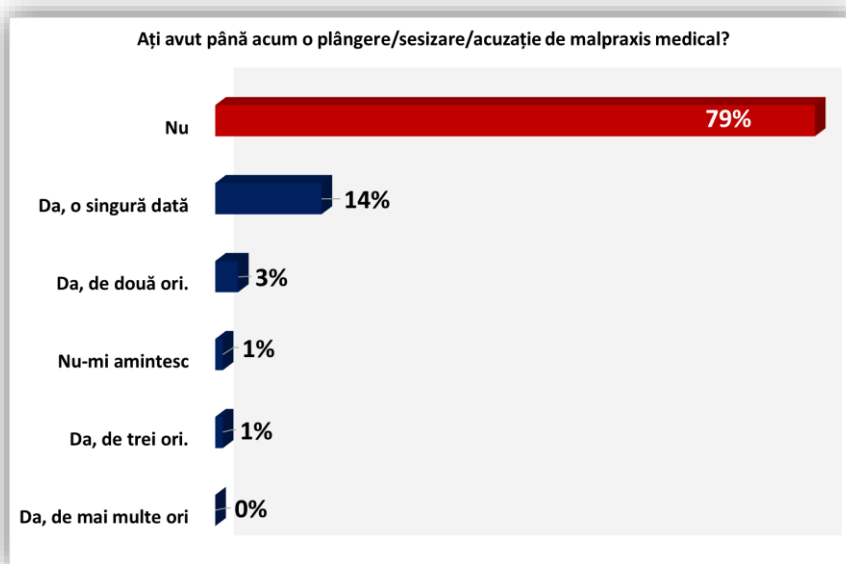


Figura 9: 443/ 714 respondenți total

20% dintre respondenți au indicat că au avut anterior o plângere de malpraxis. Raportat la numărul respondenților la această întrebare, asta înseamnă că 92 de respondenți au trecut prin acest proces, informațiile lor privind diferitele aspecte procedurale fiind relevante. Media numărului de plângeri indicate este situată la 5,67, cu un maxim de 7.

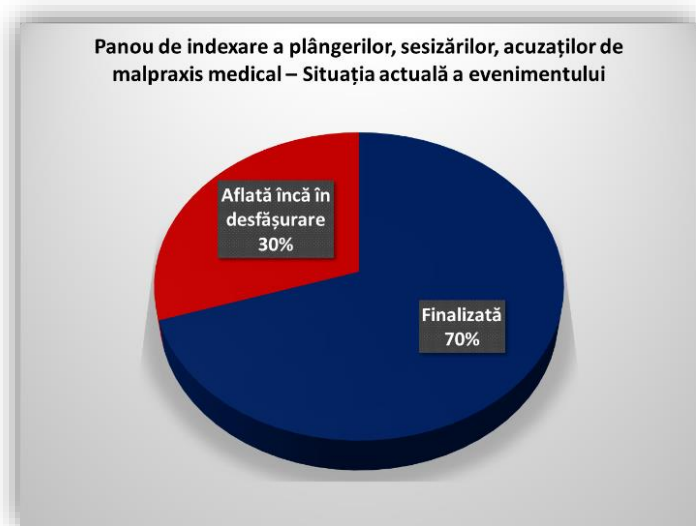


Figura 10: 92/ 714 respondenți total

În cazul a 30% dintre respondenți plângerile se află încă în stadiul de cercetare.

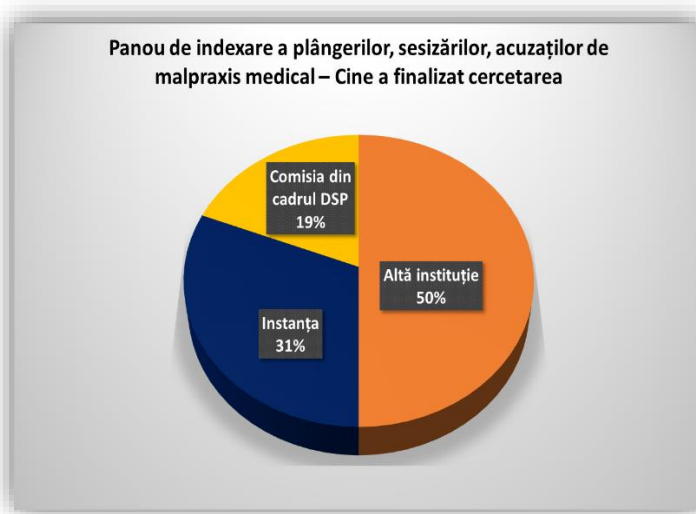


Figura 11: 64/ 714 respondenți total

În cazul celor 70% dintre respondenții care au indicat existența unei plângeri care a fost finalizată, doar 19% au indicat rezolvarea acesteia la nivelul comisiei din cadrul DSP-ului, în timp ce 31% dintre ei au indicat că plângerea s-a rezolvat în instanță. În 50% dintre cazuri plângerea a fost rezolvată de o altă instituție, cele enumerate fiind: *Colegiul Medicilor, Parchetul, Asiguratorul, Poliția, Procuratura*.

Panou de indexare a plângerilor, sesizărilor, acuzațiilor de malpraxis medical –
Perioada cercetării în ani

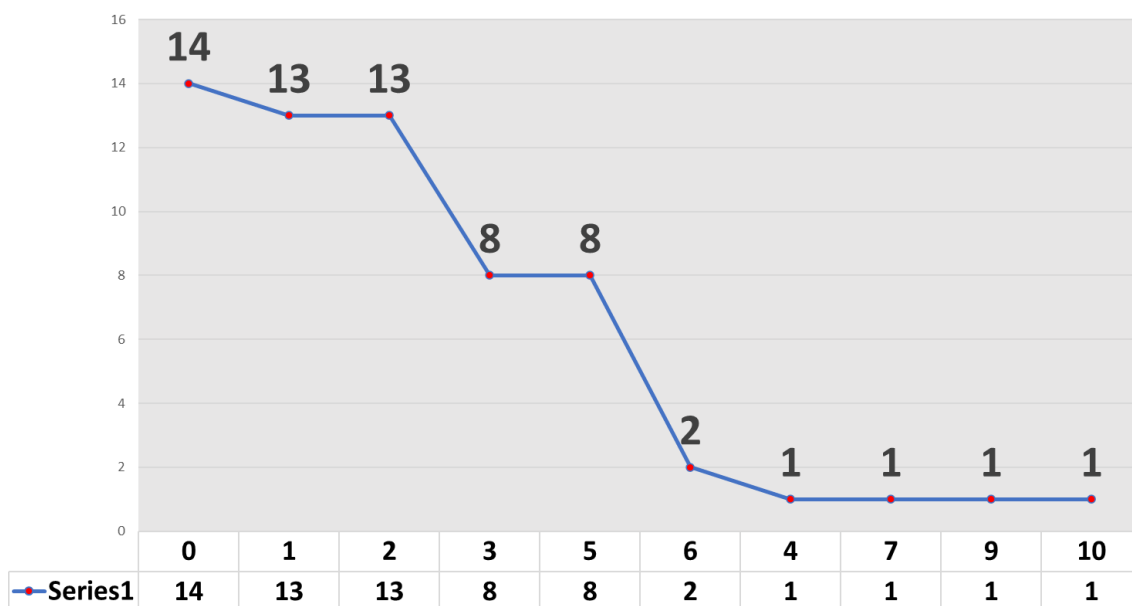


Figura 12: 64/ 714 respondenți total

Panou de indexare a plângerilor, sesizărilor, acuzațiilor de malpraxis
medical – Perioada cercetării în luni

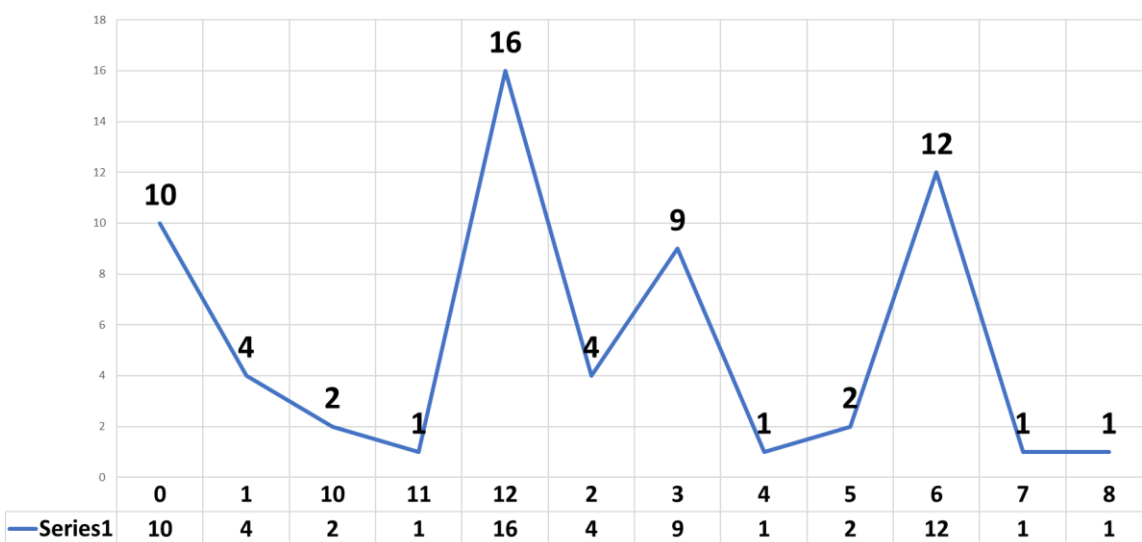


Figura 13: 63/ 714 respondenți total

Informațiile furnizate de respondenții care au indicat finalizarea dosarelor de cercetare în privința duratei cercetărilor arată că există un număr semnificativ de dosare care au o durată ce se măsoară în ani de zile (marea majoritate se concentrează în intervalul 1-5 ani; 10% dintre ele au o durată mai mare de 5 ani); din cele rezolvate în luni de zile, doar

jumătatea sunt rezolvate în primele 6 luni de zile, restul fiind rezolvate în ultimele 6 luni, 25% din totalul celor rezolvate în luni având o durată de un an. Analiza cumulată sugerează următoarea situație:

- 25% dintre cazuri sunt rezolvate în primele 6 luni;
- 25% dintre cazuri sunt rezolvate între 6 și 12 luni;
- 42% dintre cazuri sunt rezolvate între unul și 5 ani;
- 8% dintre cazuri au o durată a cercetării între 6 și 10 ani.

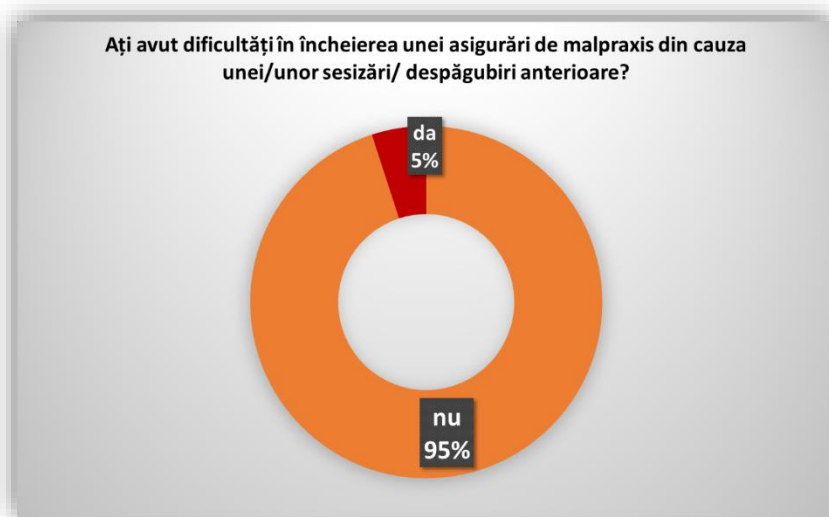


Figura 14: 262/ 714 respondenți total

12 respondenți au indicat că au avut dificultăți la încheierea unei asigurări de malpraxis din cauza unor sesizări sau despăgubiri anterioare.

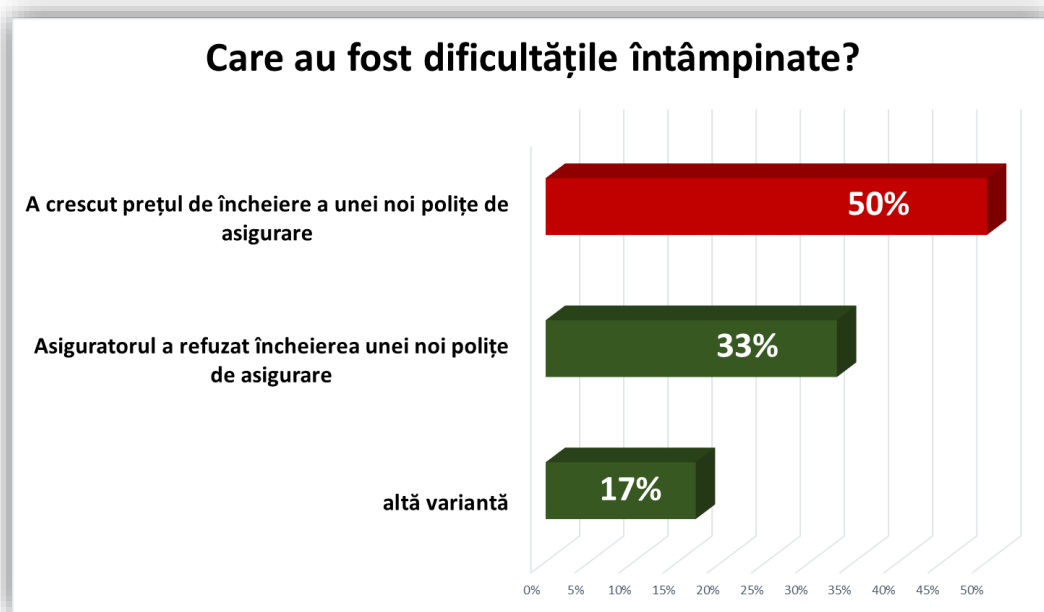


Figura 15: 12/ 714 respondenți total

În majoritatea cazurilor dificultatea a constata în creșterea prețului poliței. 4 respondenți au indicat faptul că asiguratorul le-a refuzat încheierea unei noi polițe de asigurare.

Există o corelație foarte puternică între respondenții care au indicat faptul că au avut dificultăți la încheierea noilor polițe și cei care consideră că sumele asigurate nu acoperă despăgubirile. Opinia lor este relevantă, având în vedere că sunt cei care au trecut prin plata unei despăgubiri. În egală măsură, răspunsurile la această întrebare corelează pozitiv semnificativ cu cei care au indicat faptul că nu cunosc care le sunt obligațiile față de asigurator.

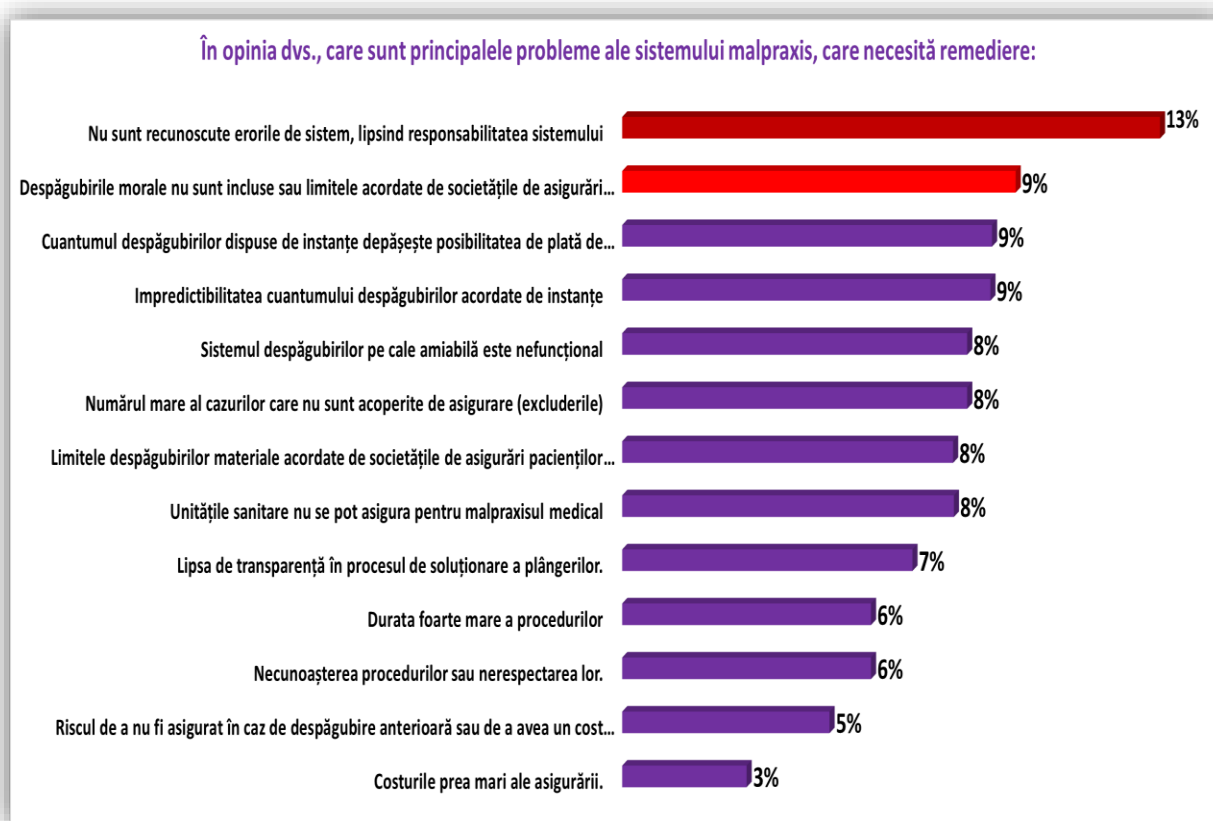


Figura 16: 714/ 714 respondenți total

Am structurat răspunsurile date de medici la o întrebare ce viza analiza de ansamblu a sistemului asigurărilor de malpraxis pe patru categorii de probleme, gândite din perspectiva direcțiilor de intervenție posibile:

- **Problemele ce par să țină de asigurator (38%):**
 - *Despăgubirile morale nu sunt incluse sau limitele acordate de societățile de asigurări pacienților sunt prea mici (9%).*
 - *Numărul mare al cazurilor care nu sunt acoperite de asigurare (excluderile) (8%).*
 - *Sistemul despăgubirilor pe cale amiabilă este nefuncțional (8%).*

- *Limitesle despăgubirilor materiale acordate de societățile de asigurări pacienților sunt prea mici (8%).*
- *Riscul de a nu fi asigurat în caz de despăgubire anterioară sau de a avea un cost prohibitiv (5%).*
- **Problemele legate de designul sistemului (21%)**
 - *Nu sunt recunoscute erorile de sistem, lipsind responsabilitatea sistemului (13%).*
 - *Unitățile sanitare nu se pot asigura pentru malpraxis-ul medical (8%).*
- **Problemele de procedură (19%):**
 - *Lipsa de transparență în procesul de soluționare a plângerilor (7%).*
 - *Durata foarte mare a procedurilor (6%).*
 - *Necunoașterea procedurilor sau nerespectarea lor (6%).*
- **Impredictibilitatea sistemului ca problemă este indicată de 18% dintre respondenți, ea având următoarele dimensiuni:**
 - *Cuantumul despăgubirilor dispuse de instanțe depășește posibilitatea de plată de către cei obligați la plată (9%).*
 - *Impredictibilitatea cuantumului despăgubirilor acordate de instanțe (9%).*

Înlocuirea sistemului malpraxis cu despăgubirea pacienților pentru prejudicii

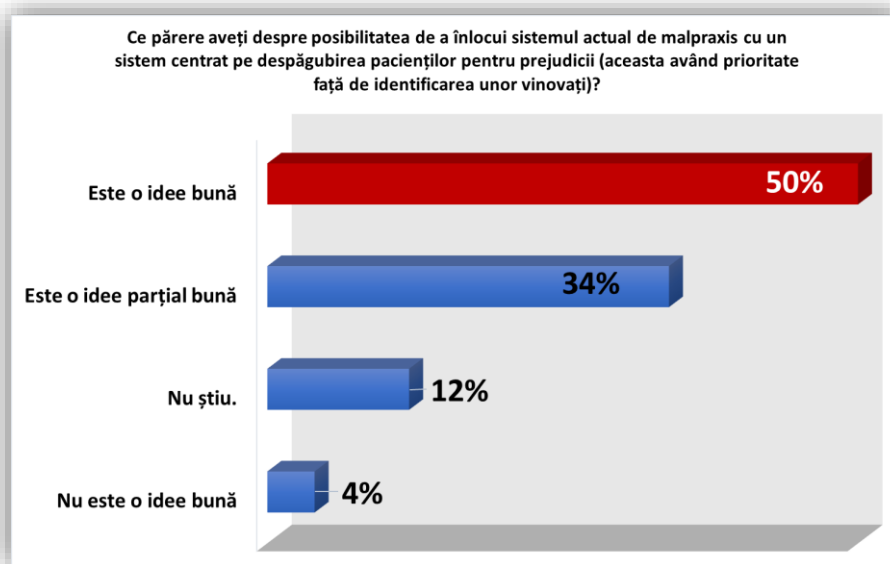


Figura 17: 413/ 714 respondenți total

Jumătate dintre respondenții la această întrebare au considerat că înlocuirea sistemului malpraxis cu despăgubirea pacienților pentru prejudicii este o idee bună, lor adăugându-li-se cca. 34% care au considerat-o o idee bună; doar 4% au indicat convingerea loc că nu este o idee bună.

Cauze posibile ale erorilor medicale

Deoarece considerăm că intervențiile pe zona malpraxis-ului trebuie să vizeze, în egală măsură, sistemul de asigurări și cauzele care contribuie la generarea erorilor medicale (altele decât probabilitatea normală a erorilor umane), am investigat opinia medicilor privind câteva dintre cauzele posibile. Precizăm că distribuția răspunsurilor medicilor reflectă poziția acestora, analiza cauzală necesitând investigații suplimentare. De asemenea, indicarea corelațiilor dintre diferitele răspunsuri are doar rolul de sugestie a unor posibile cauze, asumând faptul că corelația nu înseamnă (în mod automat) cauzalitate.

Culpa sistemului

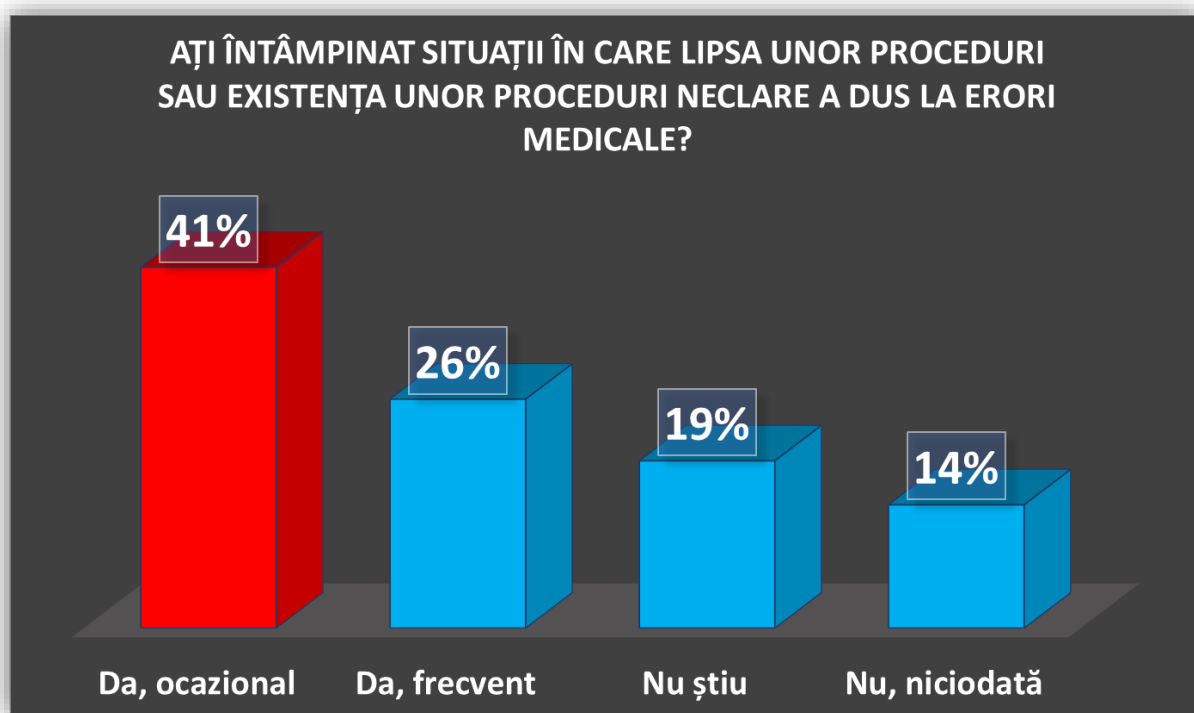


Figura 18: 422/ 714 respondenți total

67% dintre respondenți au indicat că au întâlnit situații în care absența procedurilor sau neclaritatea acestora au determinat erori medicale, 26% din cei care au răspuns la această întrebare indicând faptul că ele s-au ivit frecvent. Absența procedurilor corelează semnificativ cu cazurile în care lipsa materialelor determină erori medicale.

Răspunderea în condițiile deficitului de resurse

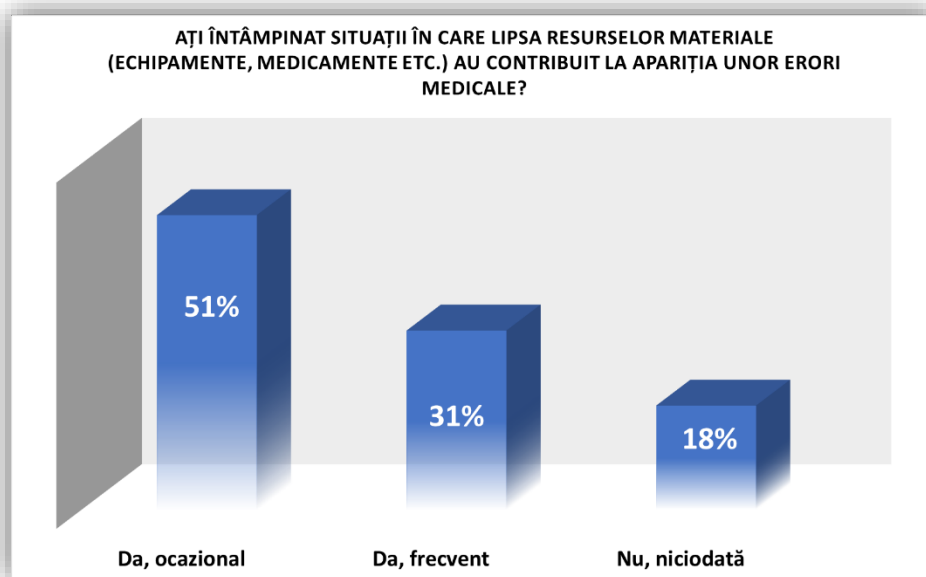


Figura 19: 422/ 714 respondenți total

Deficitul de resurse materiale drept cauză a unora dintre erorile medicale a fost indicat de 82% dintre respondenții la această întrebare; 31% dintre respondenți au indicat că au întâlnit frecvent astfel de situații.

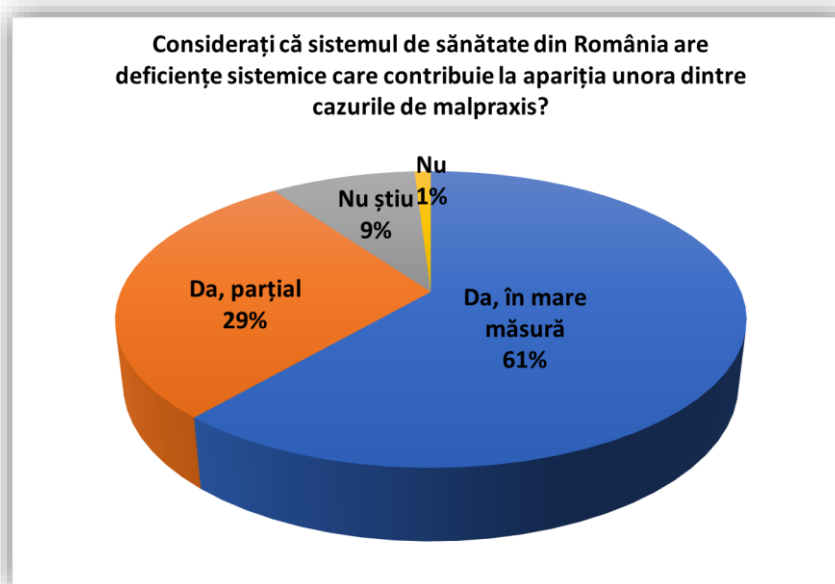


Figura 20: 422/ 714 respondenți total

90% dintre medici consideră că sistemului de sănătate din România are deficiențe sistemice care contribuie cauzal la apariția **unora** dintre cazurile de malpraxis. Distribuția răspunsurilor corelează pozitiv în mod semnificativ cu lipsa resurselor materiale și necesitatea recunoașterii culpei sistemului.

Celor care au răspuns Da la întrebarea anterioară le-a fost indicată următoarea solicitare: *Vă rugăm să indicați câteva exemple de situații în care deficiențele sistemului contribuie la ivirea cazurilor de malpraxis medical sau le determină, indicând și tipul de determinare (contribuție sau cauzare)! Răspunsurile primite pot fi găsite în Anexa nr. 1.*

Răspunsurile acestor medici relevă o **corelație puternică între deficiențele sistemice și riscul de malpraxis medical**, cu un accent special pe: lipsa personalului, suprasolicitarea cadrelor, dotările insuficiente, lipsa protocoalelor și eșecul instituțional în protejarea și sprijinirea medicilor. Din perspectiva lor, **malpraxisul este adesea rezultatul unei erori sistemice, nu individuale**, iar reformele ar trebui să vizeze întregul cadru structural, legislativ și organizatoric al sistemului sanitar.

Analiza de detaliu a acestor răspunsuri indică următoarele situații:

1. Lipsa de personal medical și suprasolicitarea cadrelor

- Deficiența cronică de medici, asistente și personal auxiliar este menționată drept *cea mai frecventă cauză sistemică*, generând suprasolicitare, oboseală extremă și erori involuntare.
- Medicii lucrează frecvent 24–30 de ore continuu fără timp de odihnă, ceea ce contravine normelor de siguranță a actului medical.
- Situații precum gărzi acoperite de un singur medic pe mai multe specialități (inclusiv pentru adulți și copii) favorizează erorile.

2. Dotări tehnice insuficiente sau învechite

- Lipsa echipamentelor funcționale, a consumabilelor și a medicamentelor esențiale este o cauză directă sau contribuie semnificativ la actul medical necorespunzător.
- Aparatura uzată fizic și moral, lipsa de întreținere și imposibilitatea de a realiza investigații paraclinice la timp afectează capacitatea de diagnostic și tratament corect.

3. Organizare defectuoasă a gărzilor și programului de lucru

- Sistemul de gărzi este perceput ca nefuncțional: insuficient acoperit, fără pauze după gardă, iar orele suplimentare nu sunt compensate.
- Medicii sunt obligați să continue activitatea normală imediat după gardă, crescând exponențial riscul de erori medicale.

4. Carențe legislative și protecție instituțională slabă

- Absența unor protocoale clare, standardizate, precum și lipsa de reglementări privind responsabilitatea instituțională în cazurile de malpraxis.
- Medicii se simt lăsați singuri în fața acuzațiilor, fără sprijin juridic din partea unității angajatoare.
- Legislația stufoasă, contradictorie și subfinanțarea sistematică sunt semnalate ca surse de disfuncționalitate cronică.

5. Management inadecvat și interferență politică

- Managerii numiți politic, fără competențe medicale, iau decizii administrative care afectează negativ actul medical (ex. reducerea paturilor ATI, desființarea de secții).
- Lipsa implicării managerilor în protejarea cadrelor medicale în fața acuzațiilor de malpraxis este un factor agravant.

6. Probleme legate de accesul pacienților și birocrația

- Sistemul de programări este lent și ineficient, ceea ce determină adresarea tardivă a pacienților și aglomerarea UPU cu cazuri neurgente.
- Lipsa unor circuite de transfer clare între spitale, bariere birocratice și imposibilitatea accesului rapid la investigații (ex. RMN, PET-CT) duc la întârzieri în diagnostic și tratament.

7. Inechități în resurse și specializări

- Spitalele din orașele mici sunt slab dotate și subdimensionate, obligându-i pe medici să trateze cazuri care depășesc competența lor sau să transfere cazuri în mod repetat.
- Absența unor specialități medicale esențiale (ex. neurologie, cardiologie, ATI pediatrică) în unele spitale duce la tratamente întârziate sau incorecte.

8. Efecte ale subfinanțării cronice

- Sistemul este afectat de subfinanțare profundă: CNAS plătește serviciile sub costul real, medicamentele esențiale lipsesc frecvent, iar spitalele funcționează cu resurse minime.

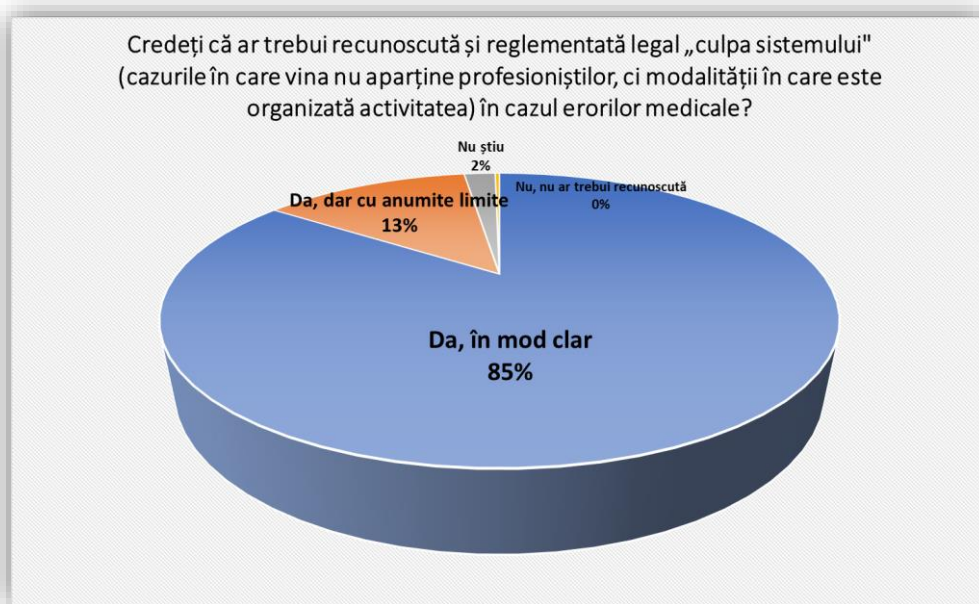


Figura 21: 422/ 714 respondenți total

98% dintre respondenți consideră că ar trebui recunoscută culpa sistemului în generarea erorilor medicale, fiind necesară introducerea unui cadru legal care să permită recunoașterea și identificarea cazurilor în care vina pentru erorile medicale nu aparține profesioniștilor, ci modalității în care este organizată activitatea. Răspunsurile la această întrebare corelează pozitiv în mod semnificativ cu cele privitoare la deficiențele sistemului sanitar.

Timpul de lucru și gărzile

În această secțiune s-a analizat ipoteza influențelor exercitate de timpul de lucru asupra riscului de erori profesionale.

Precizăm că la întrebările privind timpul de lucru total medicii ar putea include și timpul de lucru desfășurat în alte părți decât unitatea sanitară de bază.

Am considerat următoarea grilă de analiză a timpului de lucru:

Media timpului de lucru

Referința	Numărul de ore lucrate pe săptămână
Programul normal (doar norma de bază)	35
Programul normal de lucru + o gardă pe săptămână	35-50
Programul normal de lucru + numărul maxim de gărzi pe săptămână (echivalentul a aproape două norme)	50-67
Peste echivalentul a două norme	peste 67

Tabel 2: Media timpului de lucru

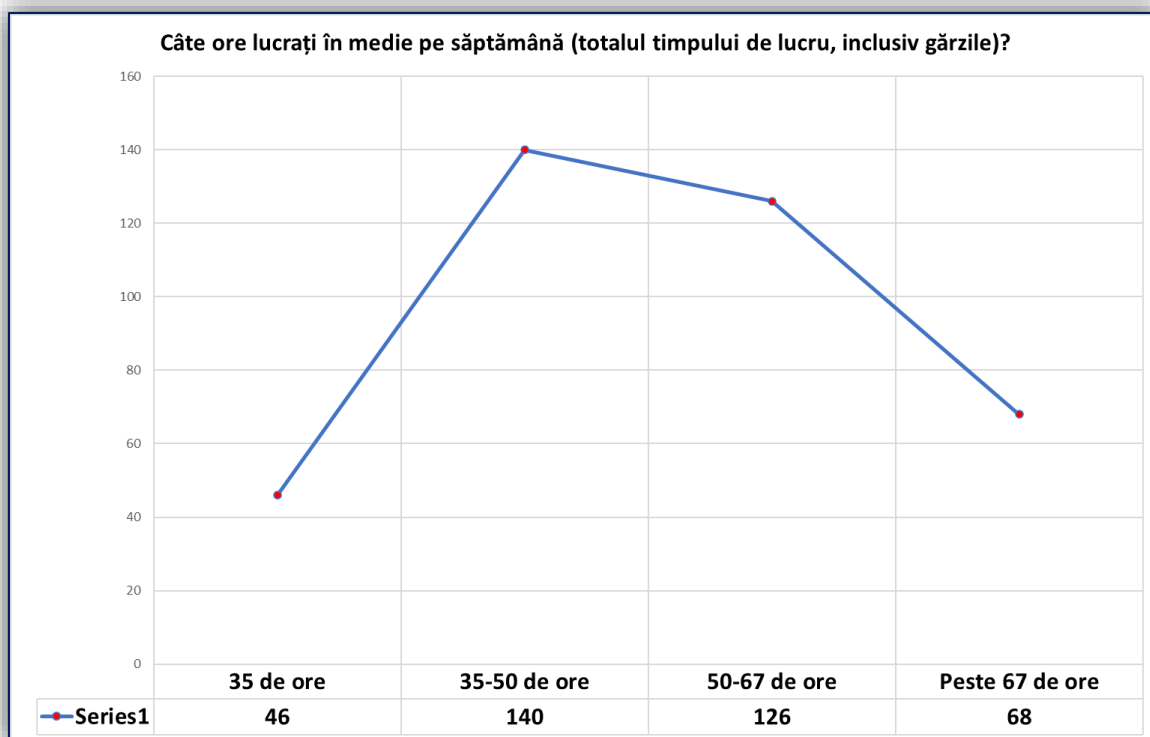


Figura 22 : 380/ 714 respondenți total

Numărul de ore lucrate pe săptămână	Distribuția răspunsurilor
35	12%
35-50	37%
50-67	33%
peste 67	18%

Tabel 3: Numărul de ore lucrate pe săptămână

51% dintre respondenți lucrează mai mult de 15 ore în plus pe săptămână față de norma de bază; 18% au indicat echivalentul a cca. două norme de lucru (un număr de ore ce depășește programul maxim legal la același angajator: norma de bază + CIM-ul pentru gărzile suplimentare.

Vă rugăm să indicați numărul mediu de ore lucrate într-o lună (totalul timpului de lucru, inclusiv gărzile):

Medie:208.48

Câte ore lucrați, în medie, pe zi?

Medie:10.40

Vă rugăm să indicați numărul maxim de ore pe care le-ați lucrat în mod continuu (fără întrerupere):

Medie: 31.52

Putem observa că timpul de lucru lunar are o medie de cca. 208 ore/lună, timpul zilnic o medie de cca. 10 ore. Numărul maxim de ore lucrate continuu de un medic este de cca. 31 de ore.

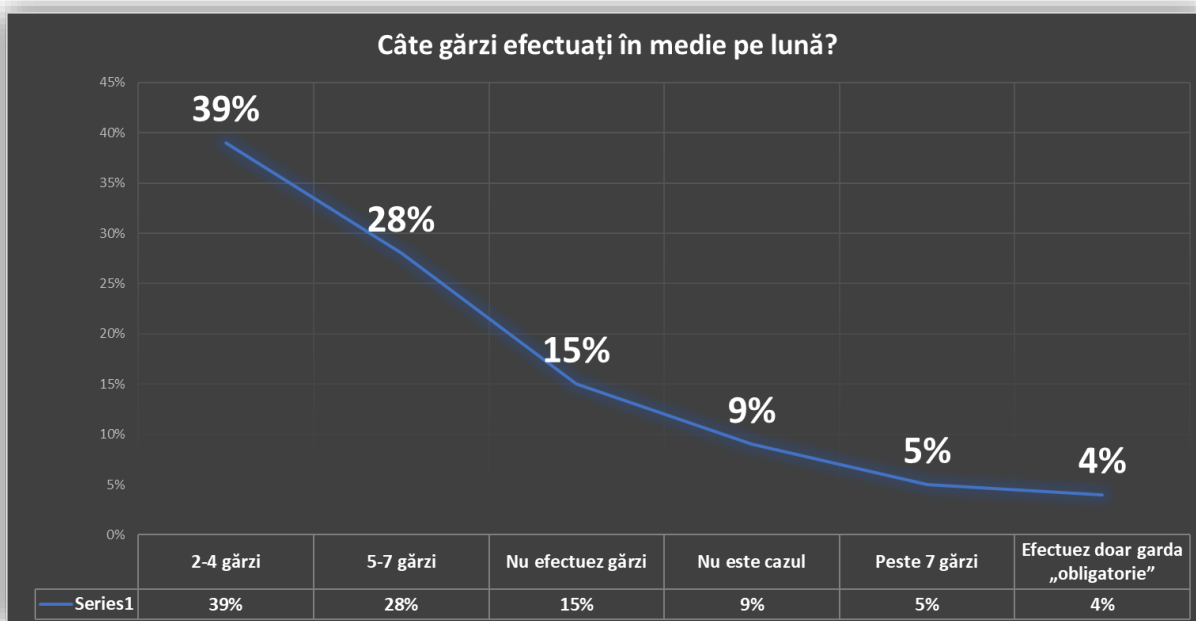
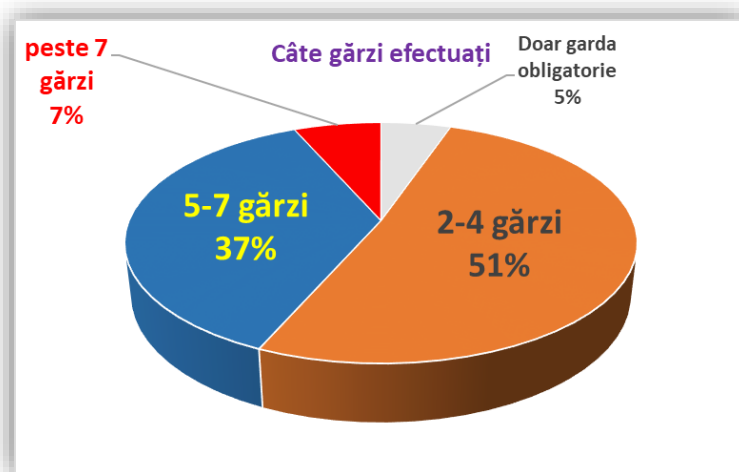
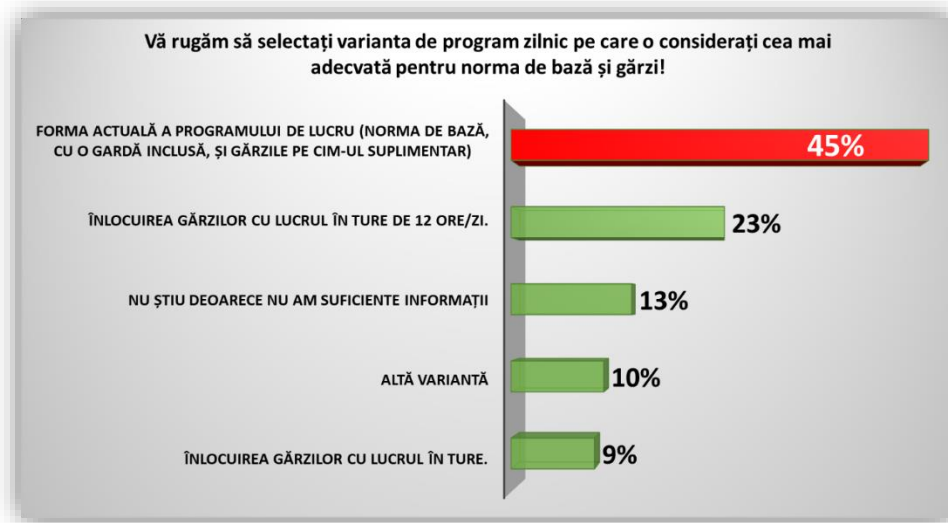


Figura 23 : 380/ 714 respondenți total



Timpul de lucru aferent unei gărzi este de minim 18 ore și maxim de 24 de ore. Deoarece gărzile se desfășoară în continuarea sau înainte timpului de lucru normal, efectuarea gărzilor conduce la durate ale timpului de lucru continuu ce încep cu 24 de ore și ajung la 30 de ore. Dacă vom considera ca referință pentru normalitate, atunci putem constata că

33% dintre respondenți depășesc un număr de gărzi care le asigură armonizarea vieții profesionale cu viața de familie și protejează împotriva epuizării profesionale.



Menținerea formei actuale de organizare a programului zilnic ce privește norma de bază și gărzile este indicată de 45% dintre respondenți. În ordine ierarhică, organizarea gărzilor sub formă de ture este susținută de 32% dintre respondenți (23% indică ture de 12 ore/zi).

Sinteza răspunsurilor deschise la „altă variantă”/ ideile principale propuse de medici pentru reorganizarea gărzilor:

- Zi liberă/recuperare după gardă
 - Majoritatea solicită ca ziua de lucru de după o gardă de 24 h să fie liberă și plătită, iar orele din gardă să fie scăzute din pontajul lunar.
 - Se cere respectarea pauzei minime de 48 h între două ture atunci când garda cade în weekend.
- Durata gărzilor și împărțirea lor
 - Numeroase răspunsuri propun trecerea la gărzi de 12 h (sau 16 h în weekend), eventual împărțite între doi medici.
 - Există și opinii pro menținerea gărzilor de 24 h, dar cu zi liberă obligatorie după.
- Programul zilnic și integrarea gărzilor în norma de bază
 - Variante sugerate:
 - Normă de bază de 6 sau 7 h/zi cu garda inclusă obligatoriu pentru cei cu 6 h.
 - Normă de bază fără gardă, iar gărzile să se facă pe contract suplimentar (CIM parțial, PFI, SRL).
 - Extinderea programului zilnic la 8 h, cu gărzi separate de norma de bază.
- Remunerația gărzilor

- Plata la tariful orar actualizat, cel puțin egal cu tariful de la contractul de bază; mulți cer dublarea tarifului pentru orele de gardă.
- Gărzile efectuate pe CIM suplimentar să fie plătite la salariul de bază actual (brut).
- Solicitarea de a nu se plăti munca suplimentară la „jumătate de tarif”.
- Forme contractuale și flexibilitate
 - Posibilitatea de reziliere unilaterală a CIM-ului suplimentar fără presiuni.
 - Contracte de colaborare pe performanță sau pe un număr determinat de zile/an.
 - Libertatea medicului de a alege câte gărzi face (inclusiv opțiunea de a nu mai face gărzi după 50 de ani).
- Reconfigurarea sistemului de gardă
 - Propuneri de a acoperi gărzile din marile centre cu rezidenți de ani mari, supravegheați la domiciliu de specialiști/primari.
 - Reevaluarea punctelor de gardă din teritoriu care funcționează mai degrabă ca centre de triaj, din lipsă de resurse.
 - Adoptarea unui model britanic pentru rezidenți (ture 9-17 / 9-21 / 21-9 etc.) pentru a echilibra orele de muncă la media de 8 h/zi.
- Respectarea legislației muncii și a sănătății personalului
 - Totalul orelor (normă + gărzi) să nu depășească plafonul legal săptămânal/lunar.
 - Unii medici declară că nu mai acceptă gărzi din motive de sănătate, subliniind necesitatea unui cadru care să prevină epuizarea profesională.

Tendențe dominante

1. Recuperare post-gardă – cerință aproape unanimă.
2. Plată echitabilă/majorată a gărzilor, preferabil la tarif dublu sau cel puțin egal cu tariful de bază.
3. Flexibilitate contractuală și posibilitatea de a refuza sau limita gărzile.
4. Reducerea duratei gărzilor (12 h) și împărțirea lor pentru siguranța pacientului și a medicului.

Aceste puncte conturează dorința medicilor de a echilibra nevoile serviciului de gardă cu protecția sănătății și motivarea personalului.

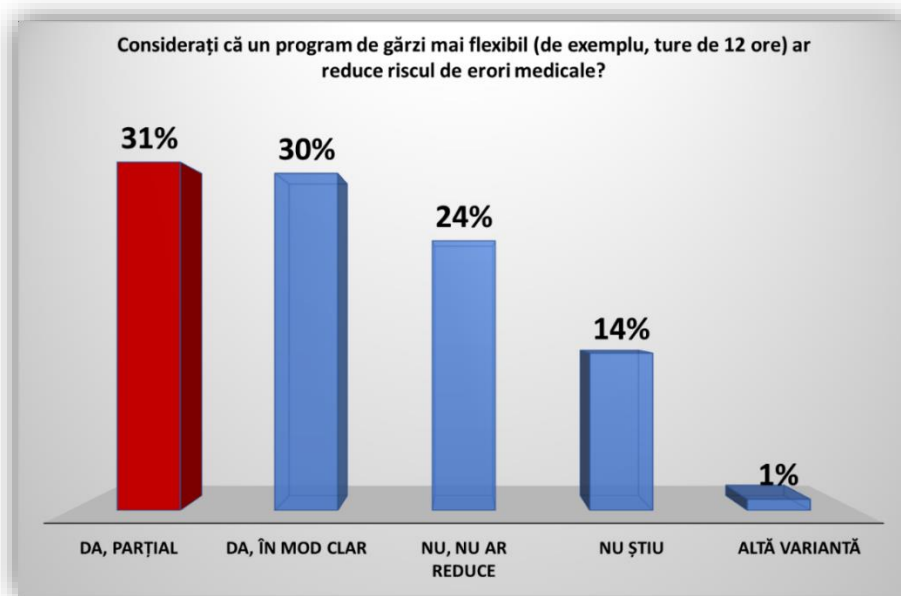


Figura 24: 290/ 714 respondenți total

Cca. 61% dintre respondenți au indicat că un program de gărzi mai flexibil (cum ar fi turele de 12 ore) ar reduce riscul de erori medicale, 31% indicând că doar parțial; 24% dintre respondenți au estimat că măsura nu ar avea un asemenea efect.

Impactul gărzilor asupra medicilor

În încercarea de a evalua impactul gărzilor asupra medicilor, am utilizat o serie de variabile ce pot reda o imagine de ansamblu asupra percepției medicilor. Am avut în vedere evaluarea frecvenței și intensității solicitărilor profesionale și personale resimțite de medici în timpul gărzilor. Prezentăm datele obținute în două grile de organizare ierarhică a distribuției răspunsurilor: în funcție de variantele cumulate *permanent*, *foarte des* și *des*, respectiv în funcție doar de primele două variante *permanent* și *foarte des*.

În principiu, putem considera că imaginile „vorbesc de la sine”, prezentând o situație de ansamblu.

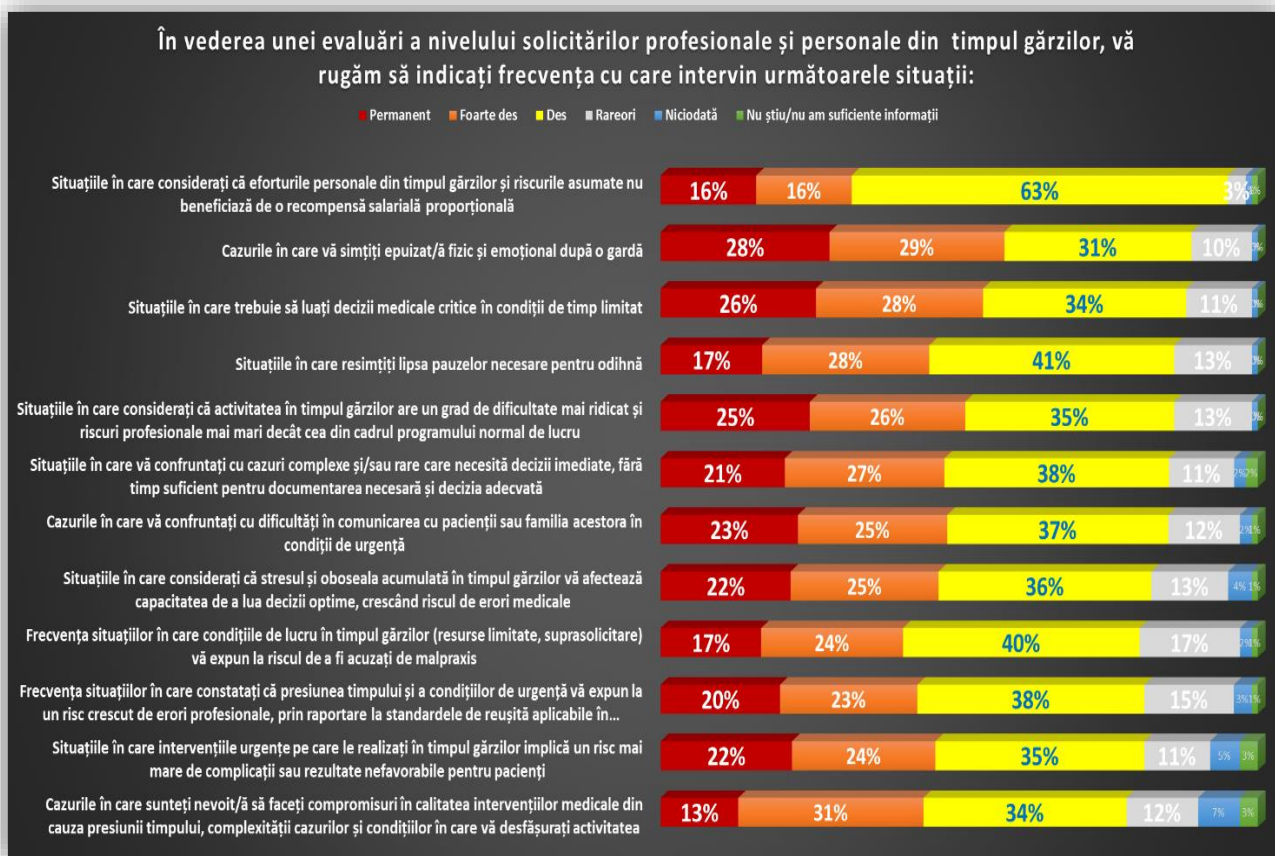


Figura 25: 289/ 714 respondenți total

Distribuția răspunsurilor este accentuat la stânga, 84,4% dintre răspunsuri concentrându-se pe variantele *permanent*, *foarte des* și *des*; analiza de ansamblu a distribuției celor trei variante indică următoarele: *permanent* – 20,8%, *foarte des* – 25,5%, *des* – 38,5%.

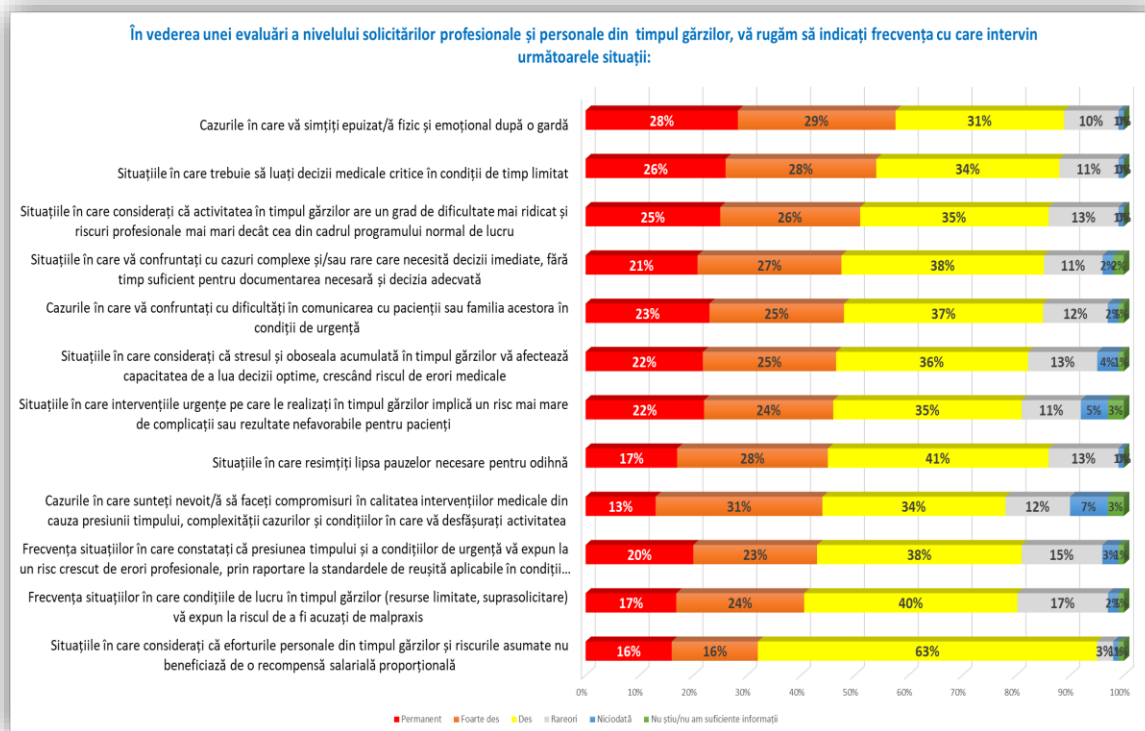


Figura 26, 289/ 714 respondenți total

Rezultatele reflectă frecvența cu care medicii care efectuează gărzi se confruntă cu diverse situații stresante sau riscante, oferind o imagine a provocărilor specifice acestei profesii.

Abordarea pe larg - principalele constatări (centrate pe *permanent* și *foarte des*):

- Există un dezechilibru semnificativ între efort și recompensă salarială
 - Majoritatea medicilor (63%) consideră că eforturile și riscurile asumate în timpul gărzilor sunt deseori nerecompensate proporțional salarial. Doar 1% declară că această situație nu apare niciodată.
- Condițiile de lucru cresc riscul de malpraxis
 - 40% dintre respondenți se confruntă deseori cu condiții de lucru care îi expun la riscul de a fi acuzați de malpraxis (resurse limitate, suprasolicitare). 24% menționează că această situație apare foarte des.
- Presiunea timpului crește riscul de erori, din cauza compromisurilor în calitatea intervențiilor medicale
 - 38% dintre medici declară că presiunea timpului și a condițiilor de urgență le crește deseori riscul de erori profesionale. 23% întâlnesc această situație foarte des, iar 20% permanent.
 - 34% dintre medici recunosc că fac deseori compromisuri în calitatea intervențiilor din cauza presiunii timpului și a complexității cazurilor. 31% menționează că aceasta se întâmplă foarte des.

4. Lipsa pauzelor pentru odihnă este frecventă.
 - 41% dintre respondenți resimt deseori lipsa pauzelor necesare, iar 28% o întâlnesc foarte des. Doar 1% declară că nu au niciodată această problemă.
5. Intervențiile din gărzi au un risc crescut de complicații pentru pacienți
 - 35% dintre medici consideră că intervențiile de urgență în timpul gărzilor implică deseori un risc mai mare de complicații pentru pacienți. 24% întâlnesc această situație foarte des.
6. Stresul și oboseala afectează capacitatea de decizie adecvată
 - 36% dintre medici afirmă că stresul și oboseala le afectează deseori capacitatea de a lua decizii optime; 25% menționează că aceasta se întâmplă foarte des.
7. Gărzile amplifică dificultățile în comunicarea cu pacienții
 - 37% dintre respondenți se confruntă deseori cu dificultăți în comunicarea cu pacienții sau familia acestora în condiții de urgență. 25% întâlnesc această problemă foarte des.
8. Gărzile sunt caracterizate prin existența unor cazuri complexe și timp insuficient pentru documentare
 - 38% dintre medici declară că se confruntă deseori cu cazuri complexe care necesită decizii imediate, fără timp suficient pentru documentare. 27% menționează că aceasta se întâmplă foarte des.
9. Dificultatea și riscul crescut al gărzilor
 - 35% dintre medici consideră că activitatea în timpul gărzilor este deseori mai dificilă și mai riscantă decât cea din programul normal. 26% o percep astfel foarte des, iar 25% permanent.
10. În gardă trebuie luate decizii critice în timp limitat
 - 34% dintre respondenți iau deseori decizii medicale critice în condiții de timp limitat. 28% întâlnesc această situație foarte des, iar 26% permanent.
11. Epuizare fizică și emoțională după gărzi este locul comun
 - 31% dintre medici se simt deseori epuizați fizic și emoțional după o gardă. 29% resimt acest lucru foarte des, iar 28% permanent.

Interpretarea de detaliu (centrată pe *permanent*, *foarte des* și *des*):

Intensitatea solicitărilor este ridicată și constantă

- Cca. 85 % dintre răspunsuri indică faptul că medicii se confruntă cel puțin „des” cu situații solicitante în gardă.
- Doar 1 din 7 răspunsuri raportează că astfel de situații apar „rareori” sau „niciodată”.

Principalele surse de presiune:

Rang	Situație (formulare abreviată)	% frecvent
1	Eforturi și riscuri ne-recunoscute	95 %
2	Decizii critice în timp limitat	88 %
3	Epuizare fizică și emoțională după gardă	88 %
4-6	Lipsa pauzelor, Cazuri complexe, “Gardă = grad de dificultate sport”	86 %
7	Comunicare dificilă cu pacienți/familii	85 %
...	Presiunea timpului, resurse limitate, compromisuri de calitate	78-83 %

Tabel 4 : Principalele surse de presiune

Niciun item nu coboară sub 78 %, ceea ce indică că presiunea este omniprezentă, nu punctuală.

Tiparul de răspunsuri

- Distribuția medie arată o concentrare pe categoriile „Des” și „Foarte des”, cu un nucleu de **21 %** care raportează presiune „Permanentă”.
- Deviațiile standard ($\pm 3-8$ pp) indică variații moderate între itemi: problema este similar de intensă pe toate dimensiunile (condiții de lucru, răspundere medicală, efort personal)

Interpretare de ansamblu

1. Garda generează un regim de muncă înalt-solicitant

Rezultatele sugerează că, pentru majoritatea medicilor, garda nu este un interval ocazional tensionat, ci un context de lucru în mod sistematic supra-solicitant. Nivelurile ridicate la toți itemii indică o normalizare a stresului ridicat.

2. Activitatea în gardă generează atât presiune profesională cât și costuri personale

Itemii combină dimensiuni profesionale (decizii critice, compromisuri de calitate, resurse insuficiente) cu consecințe personale (epuizare, lipsa pauzelor). Convergența lor la aceleași valori ridicate arată că frontiera dintre solicitarea profesională și cea personală dispare în gardă.

3. Activitatea în gardă crește riscul de burnout și erori profesionale

- o Frecvența mare a sentimentului de epuizare și a deciziilor sub presiune sunt factori-cheie în modelele de burnout.
- o Compromisul de calitate și dificultatea de comunicare pot crește probabilitatea de eroare medicală și insatisfacție a pacienților.

4. Recunoașterea insuficientă reprezintă un factor agravant

Cel mai ridicat scor este la percepția că eforturile și riscurile nu sunt recunoscute. Lipsa recompensei/validării amplifică stresul și reduce motivația intrinsecă.

Activitatea în gărzi are ca efecte:

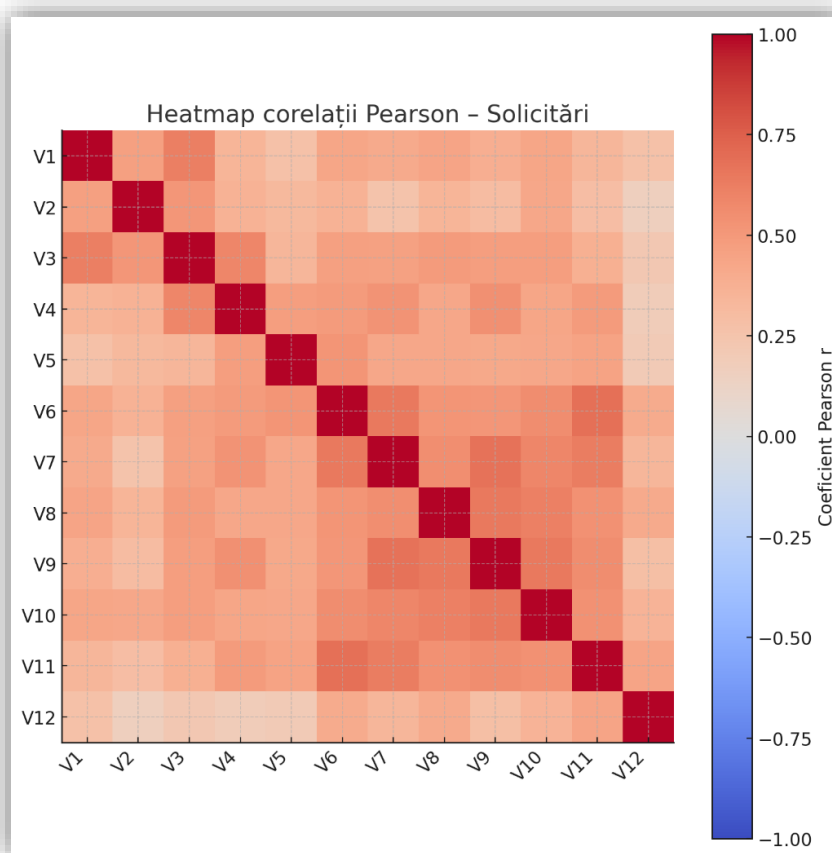
- Solicitări profesionale ridicate, majoritatea medicilor confruntându-se frecvent cu situații stresante și riscante în timpul gărzilor, cum ar fi presiunea timpului, condiții de lucru dificile și riscul de erori.
- Impact emoțional și fizic, stresul și oboseala acumulate afectând semnificativ capacitatea de a lua decizii optime și ducând la epuizare după gărzi.
- Este evidentă nevoia de îmbunătățiri, datele sugerând o necesitate urgentă de a reevalua condițiile de lucru, alocarea resurselor și sistemul de recompense pentru a reduce presiunile asupra medicilor și a îmbunătăți calitatea îngrijirii medicale.

Recomandările ce par adecvate problemelor identificate:

- Revizuirea sistemului de recompense prin implementarea unor măsuri care să asigure o compensație mai echitabilă pentru eforturile și riscurile asumate în timpul gărzilor.
- Îmbunătățirea condițiilor de lucru prin asigurarea resurselor necesare și a unui mediu de lucru care să minimizeze riscul de erori și malpraxis.
- Sprijin psihologic și fizic prin introducerea de programe de sprijin pentru a gestiona stresul și oboseala medicilor.

Analiza corelațiilor pentru impactul gărzilor

Heat-map-ul corelațiilor colorat (roșu = corelație pozitivă ridicată, albastru = negativă):



Tabel 5: Heat-map-ul corelațiilor

Toți cei 12 itemi din câmpul „Solicitări” sunt corelați pozitiv între ei – nu apare nicio asociere negativă.

Pereche de item-uri (rezumat)	r	p	Interpretarea posibilă
Lipsa pauzelor necesare ↔ Epuizare fizic-emoțională	0,68	< 0,001	Oboseala resimțită crește simultan cu lipsa timpului de recuperare.
Stres/oboseală acumulată ↔ Presiunea timpului și a urgențelor	0,67	< 0,001	Episodul de gardă perceput ca urgent și presant vine la pachet cu extenuare.
Activitate cu responsabilități mari ↔ Presiunea timpului	0,65	< 0,001	Când miza deciziei este ridicată, medicii simt și constrângerea timpului.
Presiunea timpului ↔ Lipsa resurselor în gardă	0,62	< 0,001	Situarea „contracronometru” corelează cu sentimentul că nu ai resursele minime.
Cazuri complexe/rare ↔ Compromisuri în calitatea intervenției	0,59	< 0,001	Complexitatea cazului obligă adesea la soluții improvizate.

Tabel 6 : Pereche de item-uri

Tabelul de corelații Pearson arată relații semnificative ($p < 0.01$) între majoritatea variabilelor analizate, relevând o interdependență puternică între diferitele solicitări profesionale și personale ale medicilor în timpul gărzilor.

Corelații semnificative ($p < 0.01$) și o interpretare analitică a lor

1. Decizii medicale critice în timp limitat

- Corelează puternic cu:
 - Cazuri complexe/rare ($r = 0.618$, $p < 0.01$)
 - Riscul de complicații pentru pacienți ($r = 0.467$, $p < 0.01$)
 - Compromisuri în calitatea intervențiilor ($r = 0.348$, $p < 0.01$)
- Interpretare: cu cât medicii iau mai multe decizii critice sub presiune, cu atât cresc riscurile de erori, compromisuri în tratamente și dificultăți în gestionarea cazurilor complexe.

2. Lipsa pauzelor de odihnă

- Corelează cel mai puternic cu:
 - Epuizare fizică/emoțională ($r = 0.681$, $p < 0.01$)
 - Stres și oboseală ($r = 0.641$, $p < 0.01$)
 - Condiții de lucru dificile ($r = 0.559$, $p < 0.01$)
- Interpretare: lipsa odihnei este un factor cheie care amplifică oboseala, stresul și riscul de burnout, afectând atât medicii, cât și calitatea îngrijirilor.

3. Stresul și oboseala

- Corelează semnificativ cu:
 - Presiunea timpului ($r = 0.672$, $p < 0.01$)
 - Dificultăți în comunicarea cu pacienții ($r = 0.426$, $p < 0.01$)
- Interpretare: stresul cronic reduce capacitatea de comunicare și crește riscul de erori, confirmând o legătură directă între epuizare și performanță profesională.

4. Condiții de lucru (resurse limitate)

- Corelează puternic cu:
 - Riscul de malpraxis ($r = 0.432$, $p < 0.01$)
 - Compromisuri în calitatea intervențiilor ($r = 0.431$, $p < 0.01$)
- Interpretare: resursele insuficiente cresc presiunea asupra medicilor, ducând la riscul de malpraxis și scăderea standardelor medicale.

5. Epuizarea după gărzi

- Corelează cel mai puternic cu:
 - Lipsa pauzelor ($r = 0.681$, $p < 0.01$)
 - Stresul acumulat ($r = 0.630$, $p < 0.01$)
- Interpretare: epuizarea este un rezultat direct al lipsei de odihnă și a stresului cronic, afectând durabilitatea profesională a medicilor.

6. Efort nerecompensat proporțional

- Corelează moderat cu:
 - Stresul ($r = 0.343$, $p < 0.01$)
 - Dificultatea crescută a gărzilor ($r = 0.412$, $p < 0.01$)
- Interpretare: frustrarea legată de salarii inadecvate contribuie la demotivare și la percepția că gărzile sunt disproporționale de dificile.

Concluzii:

- Rețeaua de corelații confirmă că solicitările din timpul gărzilor sunt interconectate, formând un ciclu vicios: Presiunea timpului → Decizii critice sub stres → Erori/compromisuri → Stres și epuizare → Scăderea calității îngrijirilor.
- Factorii critici care amplifică problemele sunt:
 - Lipsa resurselor (umane/materiale).
 - Absența pauzelor de odihnă.
 - Remunerarea inadecvată.

Recomandări pe baza corelațiilor:

- Reducerea volumului de decizii critice prin creșterea personalului pentru a distribui sarcini și introducerea protocoalelor standardizate pentru cazurile urgente.
- Implementarea pauzelor obligatorii pentru a diminua epuizarea.
- Revizuirea sistemului de remunerare pentru a reflecta efortul și riscul.
- Programe de management al stresului pentru medicii cu gărzi frecvente.

Precauții metodologice

Itemii nu descriu fenomene independente: ele formează un nucleu comun de „suprasarcină clinică” (presiune de timp, complexitate, lipsă de resurse), care se traduce direct în oboseală și senzația de compromis profesional.

Corelațiile provin din date agregate pe auto-raportare; nu reflectă neapărat relații cauzale.

Coerența internă a setului „Solicitări”:

- Media corelațiilor inter-item: $\bar{r} \approx 0,44$
- α Cronbach estimat (din matrice) $\approx 0,91$.

Consecințe:

Scala se comportă ca o dimensiune unidimensională a solicitării profesionale. Pentru analiză factorială sau scor compozit, este justificat să agregăm item-urile într-un index global – însă nivelul foarte mare al α sugerează și posibilă redundanță; câteva întrebări măsoară aproape același lucru.

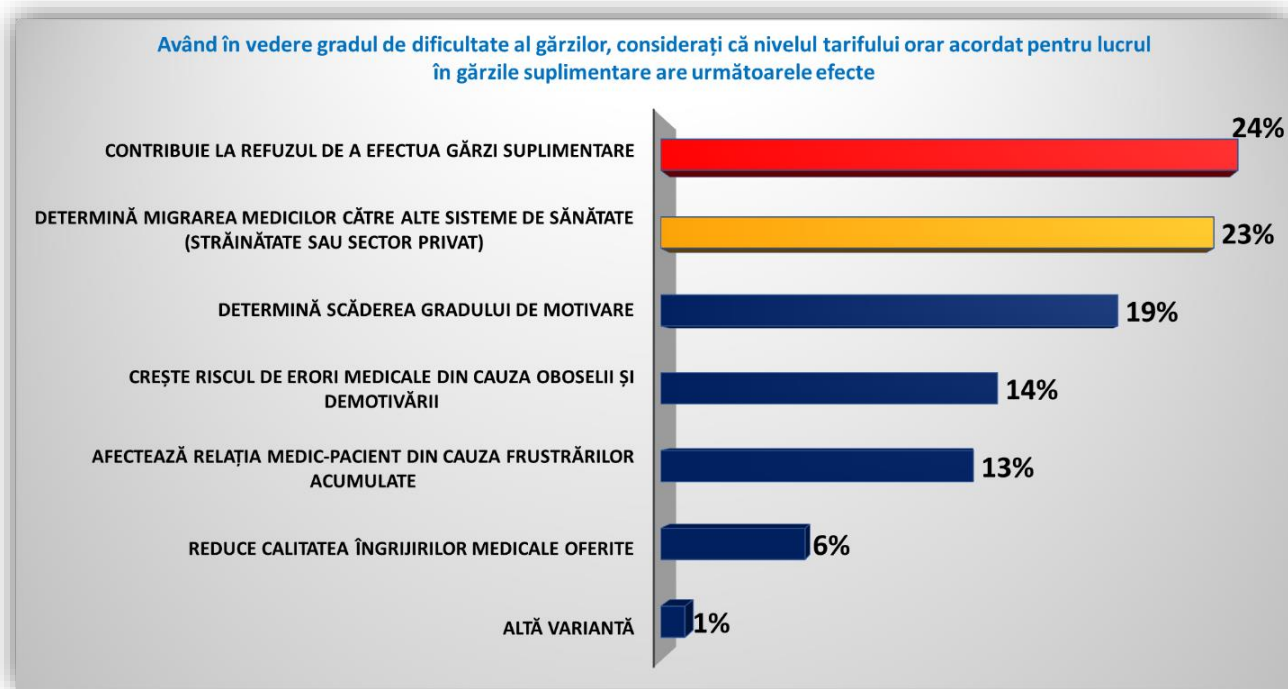


Figura 27 : 714/ 714 respondenți total

Respondenții consideră că nivelul actual al remunerării pentru gărzii suplimentare are următoarele efecte negative (în ordinea importanței):

1. Refuzul de a efectua gărzii suplimentare (24%) – cea mai frecventă consecință.
2. Migrarea medicilor către privat/străinătate (23%) – generează pierdere critică de resurse umane.
3. Demotivarea (19%) și risc crescut de erori medicale (14%) – sunt legate direct de oboseală și frustrare.
4. Afectarea relației medic-pacient (13%) – datorită stresului acumulat.
5. Reducerea calității îngrijirilor (6%) – impact direct asupra pacienților.

Aproape jumătate dintre răspunsuri se concentrează pe ieșirea din sistem (refuz sau migrație), iar o treime pe degradarea directă a actului medical.

O analiză comparativă a răspunsurilor:

Efectul tarifului orar pentru gărzi	Situații din solicitări în timpul gărzilor care îl alimentează	Legătura estimată
Refuz de gărzi / migrație (47%)	Epuizare 57% Volum peste resurse 51%	Burn-out-ul repetat face ca prima reacție de autoprotecție să fie reducerea sau părăsirea gărzilor în contextul recompensei nesatisfăcătoare
Scăderea motivației (19%)	Dificultăți tehnice 48% Decizii sub presiune 5 %	Presiunea constantă și lipsa feedback-ului pozitiv dat de recompensă erodează satisfacția profesională.
Risc de erori + calitate scăzută (20%)	Epuizare 57% Cazuri complexe 48%	Combinarea dintre complexitate și epuizare crește riscul de erori, lipsind motivația financiară pentru acoperirea lui.
Relație medic-pacient afectată (13%)	Tensiune decizională 54% Volum mare pacienți	Stresul se transferă ușor în interacțiunea clinică; coroborează cu studii despre empatie și oboseală.

Tabel 7: Analiză comparativă a răspunsurilor

Raportându-ne la analiza comparativă a solicitărilor specifice gărzilor cu efectele tarifului orar putem constata următoarele:

- Oboseala și stresul (deja semnalate ca frecvente) sunt agravate de remunerația inadecvată, ducând la erori medicale (legat de „risc crescut de erori” din primul set) și compromisuri în calitate (corelat cu „compromisuri în intervenții”).
- Migrarea personalului explică parțial lipsa resurselor (care crește riscul de malpraxis).
- Frustrarea acumulată suplimentar (față de cea evidențiată în tabelul anterior) se reflectă în dificultăți de comunicare cu pacienții

Se remarcă următorul model posibil: *frecvență înaltă a stresorilor → epuizare → scădere motivație/eroi → intenție de părăsire a gărzilor sau a sistemului.*

Medicina defensivă

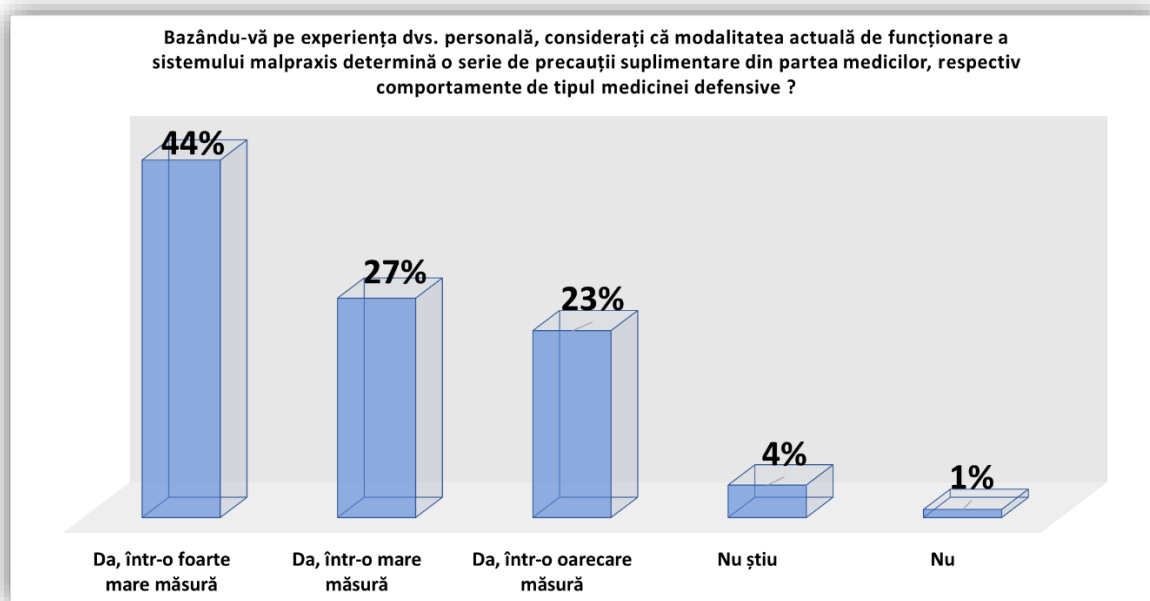


Figura 28 : 375/ 714 respondenți total

Distribuția răspunsurilor la această întrebare evidențiază concentrarea lor în partea stângă, 71% dintre respondenți indicând variantele *Da, într-o foarte mare măsură* și *Da, într-o mare măsură*. Marea majoritate a respondenților consideră că modalitatea de funcționare a sistemului de malpraxis determină în mare măsură comportamente de tipul medicinei defensive.

Normativul de personal

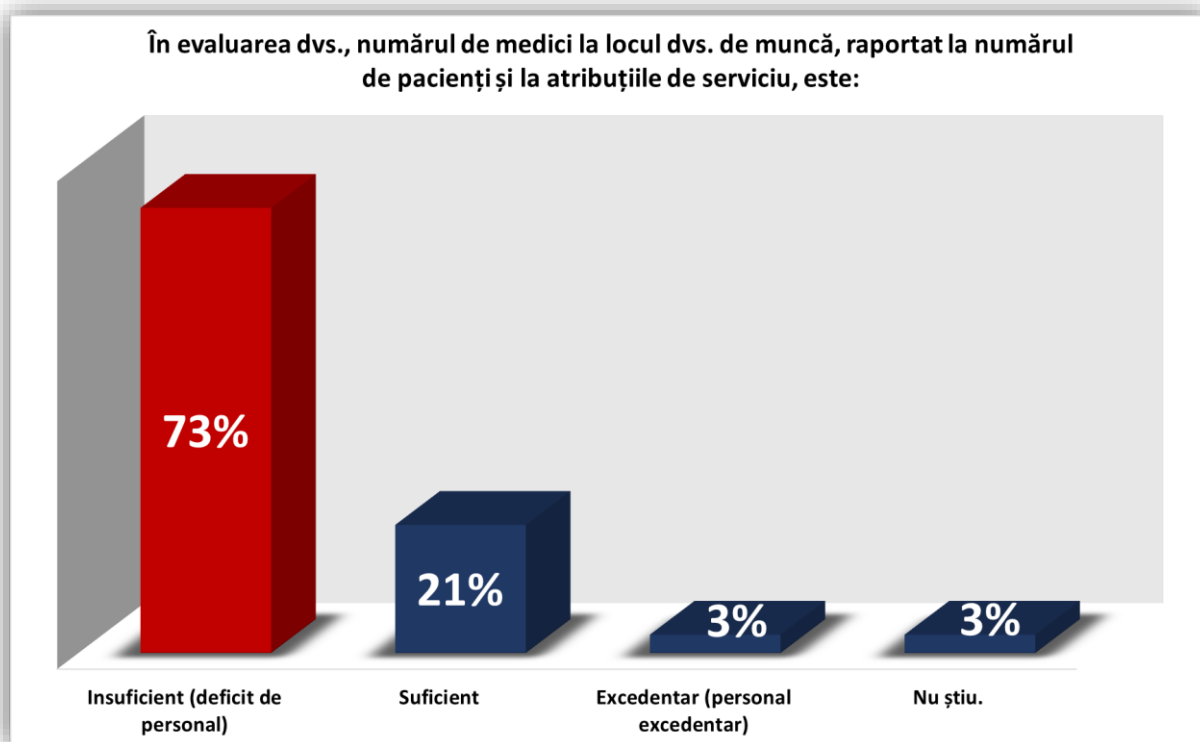


Figura 29 : 375/ 714 respondenți total

Marea majoritate a medicilor (73%) au indicat existența deficitului de personal la locul lor de muncă.

Presiunile mediatice și așteptările pacienților:

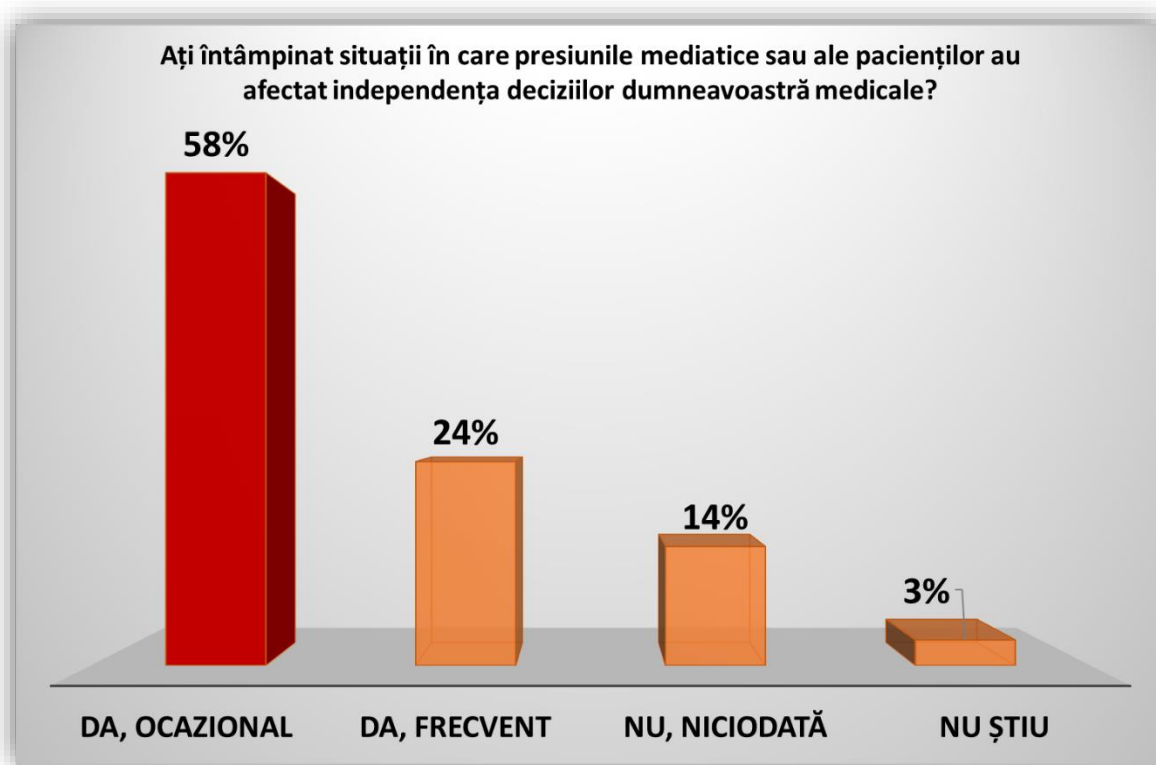


Figura 30 : 372/ 714 respondenți total

Marea majoritate a respondenților (82%) a indicat existența unui impact asupra deciziilor lor medicale din partea presiunii mediatice sau a pacienților; 24% consideră că survine frecvent.

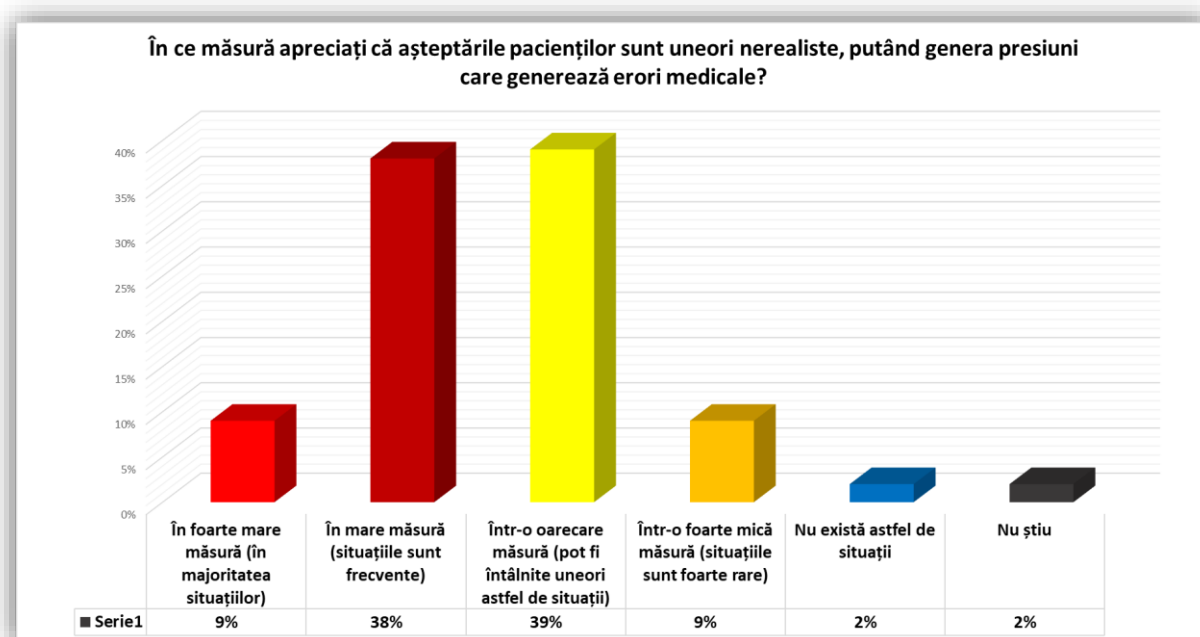


Figura 31 : 372/ 714 respondenți total

86% dintre respondenți au indicat existența unor așteptări nerealiste din partea pacienților, ce generează o presiune care contribuie la creșterea riscului de erori profesionale; 47% au indicat că în foarte mare măsură și în mare măsură sunt întâlnite astfel de situații.

Evaluarea celei mai importante cauze de erori medicale

Figura 32 : 372/ 714 respondenți total

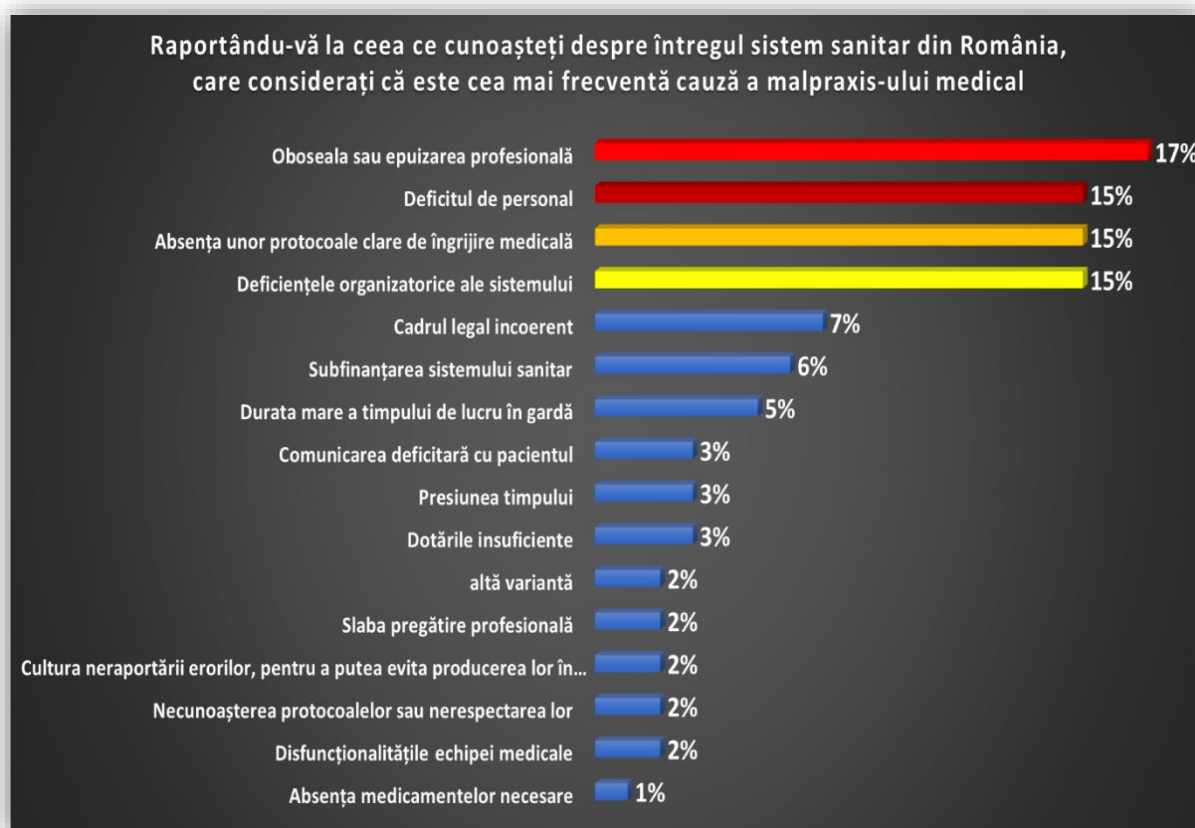


Figura 33 : 372/ 714 respondenți total

Cele mai importante rezultate privind percepțiile celor mai frecvente cauze ale malpraxis-ului medical în România de către medici sunt:

Oboseala sau epuizarea profesională – 17%

Deficiențele organizatorice ale sistemului – 15%

Absența unor protocoale clare de îngrijire medicală – 15%

Deficitul de personal – 15%

Cadrul legal incoerent – 7%.

Cele mai frecvent indicate sunt deficiențele sistemice (30%) și suprasolicitarea/epuizarea (17%). Lipsa de protocoale clinice (15%) și ambiguitățile legislative (7%) sunt menționate separat.

Aceste date confirmă și întăresc concluziile din analiza corelațiilor:

- Epuizarea profesională este percepută nu doar ca efect al condițiilor de muncă, ci și ca factor cauzal al malpraxis-ului, validând legătura dintre lipsa pauzelor, gărzi supra-solicitante și riscul clinic.
- Deficitul de personal și deficiențele organizatorice apar constant în corelațiile cu oboseala, presiunea decizională și calitatea scăzută a îngrijirii, fiind percepute și aici ca surse directe ale erorilor medicale.
- Lipsa de protocoale clare este corelată anterior cu deciziile sub presiune și frustrarea profesională – iar acum este recunoscută explicit ca sursă a malpraxis-ului.
- Cadrul legal incoerent, chiar dacă mai puțin frecvent menționat, completează imaginea de incertitudine juridică, aspect reflectat în corelațiile cu responsabilitatea percepută și frica de greșeli.

Răspunsurile deschise la varianta „Altele” au sugerat următoarele:

- Complexitatea multidimensională a cauzelor: majoritatea răspunsurilor indică o combinație între oboseală, lipsa resurselor, presiunea decizională, subfinanțare, incoerența legislativă și lipsa de protocoale.
- Elemente structurale și de sistem ignorate de răspunsurile standard: birocrăția excesivă, lipsa de coerență în măsurile de prevenție, schimbările rapide ale ghidurilor și obligația de a ține pasul cu ele.
- Aspecte etice și de sistem: redirecționarea interesată a pacienților către privat, influența disproporționată a unor cadre universitare, medicina defensivă. Aceste răspunsuri sugerează o percepție clară a personalului medical că malpraxisul nu este generat de o singură cauză, ci de un cumul sistemic, intercorelat și perpetuat de disfuncționalități la mai multe niveluri.

Calitatea vieții profesionale a medicilor

Epuizarea profesională

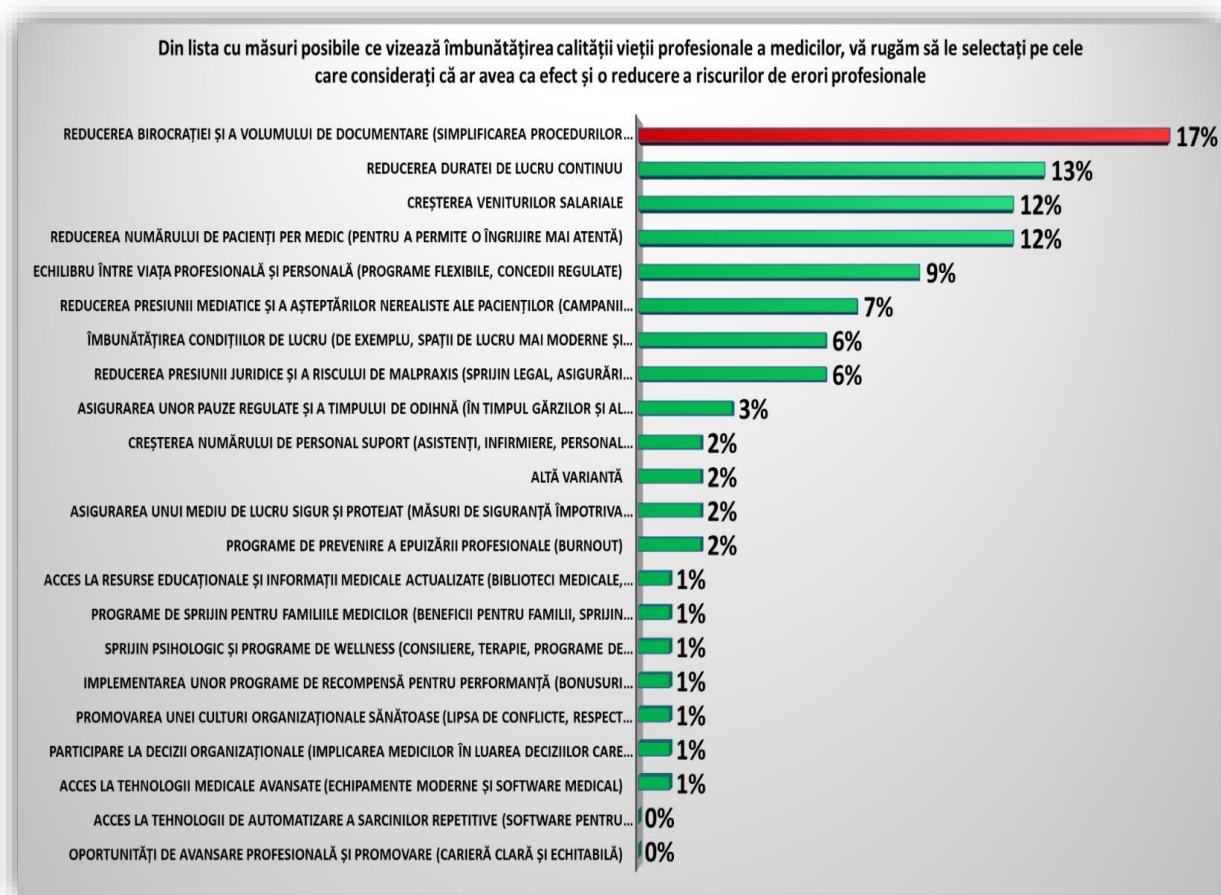


Figura 34 : 369/ 714 respondenți total

Într-o abordare sintetică, principalele măsuri privind îmbunătățirea calității vieții profesionale a medicilor, care ar avea ca efect și o reducere a riscurilor de erori profesionale, sunt următoarele:

- **Îmbunătățirea condițiilor de desfășurare a activității profesionale (37%):**
 - o Reducerea birocrăției și a volumului de documente – 17%.
 - o Reducerea numărului de pacienți per medic – 12%.
 - o Îmbunătățirea condițiilor de lucru (de exemplu, spații de lucru mai moderne și ergonomice) – 6%.
 - o Creșterea numărului de personal suport (asistenți, infirmiere, personal administrativ) – 2%.
- **Diminuarea presiunii colaterale asupra profesioniștilor din sănătate (26%):**
 - o Echilibru între viața profesională și personală – 9%
 - o Reducerea presiunii mediatice și a așteptărilor nerealiste ale pacienților (campanii de informare publică) – 7%.



- Reducerea presiunii juridice și a riscului de malpraxis (sprijin legal, asigurări accesibile) – 6%.
- Asigurarea unui mediu de lucru sigur și protejat (măsuri de siguranță împotriva violenței și agresiunilor) – 2%.
- Programe de prevenire a epuizării profesionale (burnout) – 2%.
- **Restructurarea programului de lucru (16%):**
 - Reducerea duratei de lucru continuu – 13%
 - Asigurarea unor pauze regulate și a timpului de odihnă (în timpul gărzilor și al programului normal) – 3%.
- **Creșterea nivelului motivării personalului (12%):**
 - Creșterea veniturilor salariale – 12%
- **Introducerea unor forme de sprijin (7%)**
 - Acces la tehnologii medicale avansate (echipamente moderne și software medical – 1%.
 - Participare la decizii organizaționale (implicarea medicilor în luarea deciziilor care îi afectează) – 1%.
 - Promovarea unei culturi organizaționale sănătoase (lipsa de conflicte, respect reciproc) – 1%.
 - Implementarea unor programe de recompensă pentru performanță (bonusuri pentru rezultate excepționale) – 1%.
 - Sprijin psihologic și programe de wellness (consiliere, terapie, programe de gestionare a stresului) – 1%.
 - Programe de sprijin pentru familiile medicilor (beneficii pentru familie, sprijin financiar sau psihologic) – 1%.
 - Acces la resurse educaționale și informații medicale actualizate (biblioteci medicale, abonamente la reviste științifice) – 1%.

Interpretare în contextul analizelor anterioare

- Epuizarea profesională, evidențiată în corelațiile moderate și în percepțiile privind cauzele malpraxis-ului, este recunoscută aici și prin propunerile directe de reducere a duratei timpului de muncă și a numărului de pacienți.
- Deficiențele organizatorice, o temă transversală în toate analizele anterioare (asociată cu lipsa pauzelor, stres decizional și afectarea calității), este confirmată prin cererea cea mai frecventă: reducerea birocrăției.
- Motivația și recunoașterea profesională apar într-o zonă distinctă, prin cerința de creștere a veniturilor, corelată indirect cu efortul resimțit și riscurile asumate.
- Toate aceste măsuri sunt coerente cu răspunsurile anterioare în privința malpraxis-ului: riscul de eroare medicală este perceput ca rezultatul unui cumul sistemic și nu al unor carențe individuale punctuale.



Analiza corelațiilor semnificative

Cele mai importante 50 de corelații

Corelația 1 ($r = 0.681$): Între evaluarea nivelului solicitărilor în gardă și percepția că activitatea din gardă este mai solicitantă decât programul obișnuit. Această relație sugerează că o creștere a intensității solicitărilor percepute în gardă determină o percepție tot mai accentuată că munca desfășurată în gardă este mai grea decât cea din timpul programului obișnuit.

Corelația 2 ($r = 0.630$): Între nivelul solicitărilor percepute și percepția asupra riscului sporit în gărzi. Suprasolicitarea în gardă determină o percepție mai acută a riscurilor profesionale, ceea ce indică o posibilă relație de amplificare a stresului perceput prin riscul subiectiv.

Corelația 3 ($r = 0.608$): Între numărul total de ore lucrate săptămânal și numărul de ore petrecute în gărzi. Suprasolicitarea profesională se reflectă în numărul ridicat de ore de gardă, ceea ce indică o dependență funcțională între timpul de muncă și sarcinile suplimentare.

Corelația 4 ($r = 0.559$): Între nivelul solicitărilor percepute și nivelul oboselii fizice și emoționale. Această corelație arată că efortul perceput determină o epuizare proporțională, sugerând o relație cauzală directă între intensitatea solicitărilor și uzura psihofizică.

Corelația 5 ($r = 0.546$): Între nivelul solicitărilor percepute și tendința de a face compromisuri în actul medical. Presiunea resimțită determină recursul la soluții suboptime în îngrijire, semnalând un risc sistemic în menținerea calității serviciilor.

Corelația 6 ($r = 0.519$): Între frecvența cazurilor complexe și percepția oboselii fizice și psihice. Complexitatea actului medical generează o epuizare accentuată, ceea ce indică o relație funcțională între dificultatea intervențiilor și uzura personalului.

Corelația 7 ($r = 0.509$): Între situațiile în care se iau decizii sub presiune și oboseala acumulată la sfârșitul gărzilor. Luarea deciziilor rapide și riscante în contexte stresante duce la oboseală cognitivă accentuată, indicând o relație cauzală între natura deciziei și starea post-activitate.

Corelația 8 ($r = 0.505$): Între presiunea decizională și frustrarea cauzată de lipsa de resurse. Luarea deciziilor în condiții de resurse insuficiente conduce la frustrare, semnalând o relație între contextul organizatoric deficitar și reacțiile emoționale ale personalului.

Corelația 9 ($r = 0.500$): Între oboseala acumulată și situațiile cu responsabilitate crescută. Activitatea desfășurată sub presiunea responsabilității juridice și morale accentuează oboseala profesională, ceea ce arată o legătură între expunerea la risc și epuizare.

Corelația 10 ($r = 0.492$): Între dificultățile întâmpinate în realizarea actului medical și evaluarea nivelului solicitărilor. Obstacolele funcționale percepute în practica clinică

sunt determinate de intensitatea sarcinilor, sugerând că presiunea globală contribuie la scăderea eficienței profesionale.

Corelația 11 ($r = 0.489$): Între solicitările percepute în gardă și frecvența cazurilor cu complexitate ridicată. Nivelul de solicitare este asociat cu tipul de pacienți întâlniți, ceea ce sugerează că specificul activității medicale determină nivelul de stres profesional.

Corelația 12 ($r = 0.485$): Între percepția că activitatea din gardă este mai dificilă decât cea din programul obișnuit și frecvența cazurilor complexe. Cazurile dificile din gardă susțin percepția că acest tip de activitate este semnificativ mai epuizant, sugerând o relație cauzală între severitatea cazurilor și evaluarea efortului.

Corelația 13 ($r = 0.476$): Între solicitările resimțite și oboseala psihică. Activitatea percepută ca intensă generează o epuizare mentală proporțională, arătând un model clar de uzură psihologică legată de intensitatea muncii.

Corelația 14 ($r = 0.474$): Între complexitatea cazurilor și deciziile luate sub presiune. Cazurile cu grad mare de dificultate obligă la luarea rapidă a unor decizii clinice, indicând o relație directă între conținutul muncii și natura deciziilor.

Corelația 15 ($r = 0.468$): Între lipsa pauzelor de odihnă și epuizarea fizică. Imposibilitatea de a întrerupe activitatea agravează senzația de oboseală, semnalând o relație între ritmul de muncă și starea fiziologică a personalului.

Corelația 16 ($r = 0.466$): Între imposibilitatea de a oferi îngrijiri de calitate și complexitatea cazurilor. Dificultatea pacienților determină o limitare a calității îngrijirii, ceea ce sugerează un impact direct al conținutului activității asupra rezultatelor.

Corelația 17 ($r = 0.465$): Între percepția asupra calității actului medical și nivelul de stres profesional. Nivelul ridicat de stres duce la sentimentul că îngrijirea oferită este sub standard, indicând o relație de afectare a calității prin uzură psihologică.

Corelația 18 ($r = 0.462$): Între lipsa de pauze și frecvența cazurilor complexe. Cu cât personalul medical întâlnește mai des cazuri dificile, cu atât este mai probabil să nu poată beneficia de pauze, ceea ce sugerează o relație funcțională între intensitate și lipsa de recuperare.

Corelația 19 ($r = 0.457$): Între responsabilitatea juridică percepută și stresul profesional general. Cu cât crește percepția asupra riscului juridic, cu atât mai ridicat este și stresul global, indicând o relație de amplificare psihologică între riscuri și uzură.

Corelația 20 ($r = 0.452$): Între lipsa de resurse și tendința de a face compromisuri. Atunci când personalul nu dispune de resurse suficiente, este mai probabil să recurgă la soluții improvizate, ceea ce sugerează o relație cauzală între contextul organizațional și calitatea actului medical.

Corelația 21 ($r = 0.447$): Între complexitatea cazurilor întâlnite și oboseala fizică. Activitatea în condiții clinice dificile determină un efort fizic crescut, sugerând o relație directă între tipul cazurilor și uzura fizică.

Corelația 22 ($r = 0.446$): Între percepția generală a riscului profesional și dificultățile resimțite în timpul activității. Atunci când personalul consideră că își asumă riscuri mari, are tendința de a evalua activitatea ca fiind mai dificilă, ceea ce sugerează o relație între presiunea psihologică și percepția obstacolelor.

Corelația 23 ($r = 0.441$): Între lipsa de resurse și riscul de erori perceput. Constrângerile de natură logistică determină o creștere a riscului operațional în percepția medicilor, semnalând o relație cauzală între organizare și siguranța pacientului.

Corelația 24 ($r = 0.438$): Între responsabilitatea decizională percepută și imposibilitatea de a menține standardul de calitate. Cu cât deciziile sunt mai dificile și mai riscante, cu atât mai frecvent personalul constată că nu poate menține calitatea, sugerând o legătură între presiunea profesională și performanță.

Corelația 25 ($r = 0.435$): Între dificultatea deciziilor medicale și oboseala psihică. Situațiile clinice în care deciziile sunt greu de luat determină epuizare mentală, ceea ce indică o relație cauzală între presiunea cognitivă și starea psihică.

Corelația 26 ($r = 0.432$): Între lipsa resurselor și oboseala fizică. Mediile cu dotare precară conduc la o uzură crescută a personalului, ceea ce sugerează o relație între infrastructură și starea fizică a angajaților.

Corelația 27 ($r = 0.428$): Între lipsa pauzelor și frecvența deciziilor dificile. Cu cât sunt mai multe decizii grele de luat, cu atât este mai dificil să existe pauze de odihnă, indicând o relație funcțională între ritmul decizional și timpul de recuperare.

Corelația 28 ($r = 0.423$): Între percepția că garda presupune mai multă responsabilitate decât programul normal și oboseala generală. Cu cât gărzile sunt văzute ca mai intense în ceea ce privește responsabilitatea, cu atât oboseala este mai accentuată, indicând o legătură între presiunea morală și uzură.

Corelația 29 ($r = 0.421$): Între cazurile grave întâlnite și oboseala psihică. Expunerea frecventă la situații critice duce la consum emoțional, sugerând o relație între severitatea cazurilor și epuizarea psihică.

Corelația 30 ($r = 0.420$): Între percepția asupra resurselor insuficiente și evaluarea negativă a calității serviciului oferit. Lipsa resurselor este percepută ca o piedică majoră în atingerea standardelor de îngrijire, indicând o relație cauzală directă.

Corelația 31 ($r = 0.418$): Între volumul de muncă perceput și tendința de a face compromisuri. Cu cât medicul simte că are mai mult de muncă, cu atât este mai probabil să facă alegeri suboptime în îngrijirea pacienților, ceea ce sugerează o relație între presiune cantitativă și calitate scăzută.

Corelația 32 ($r = 0.413$): Între presiunea decizională și dificultatea intervențiilor. Deciziile percepute ca urgente și importante se corelează cu intervenții dificile, ceea ce indică o relație funcțională între natura cazurilor și nevoia de acțiune rapidă.

Corelația 33 ($r = 0.410$): Între frecvența cazurilor rare și percepția riscului. Excepționalitatea situațiilor clinice este asociată cu o percepție crescută a riscurilor, sugerând o relație între incertitudine și anxietate profesională.

Corelația 34 ($r = 0.409$): Între sentimentul de responsabilitate juridică și oboseala psihică. Cu cât un medic simte mai multă presiune legală, cu atât apare o epuizare emoțională mai pronunțată, ceea ce sugerează o relație între tensiunea legală și sănătatea mentală.

Corelația 35 ($r = 0.403$): Între lipsa de personal și frecvența cazurilor dificile. Atunci când sunt mai puțini oameni disponibili, apar mai des situații în care cazurile complexe nu pot fi tratate eficient, indicând o relație cauzală între subdimensionare și stres profesional.

Corelația 36 ($r = 0.398$): Între frecvența cazurilor cu risc vital și percepția responsabilității. Cazurile grave induc un sentiment crescut de răspundere, ceea ce indică o relație între intensitatea cazului și gradul de implicare perceput.

Corelația 37 ($r = 0.394$): Între situațiile în care se lucrează contracronometru și frustrarea legată de resurse. Presiunea de timp accentuează nemulțumirea față de contextul de lucru, indicând o legătură între ritm și percepția calității infrastructurii.

Corelația 38 ($r = 0.392$): Între oboseala fizică și percepția riscurilor profesionale. Epuizarea fizică afectează și starea de vigilență profesională, ceea ce sugerează o relație între uzură și percepție a riscului crescut.

Corelația 39 ($r = 0.389$): Între frecvența deciziilor grele și dificultatea gestionării actului medical. Deciziile importante se asociază cu o percepție mai clară a complexității intervențiilor, ceea ce indică o relație între responsabilitate și complexitate.

Corelația 40 ($r = 0.386$): Între situațiile cu lipsă de personal și lipsa pauzelor. În lipsa personalului suficient, devine imposibilă acordarea timpului de odihnă, ceea ce indică o relație funcțională între resurse și recuperare.

Corelația 41 ($r = 0.381$): Între cazurile rare și percepția calității reduse a actului medical. Expunerea la situații neobișnuite duce la sentimentul că nu s-a putut oferi cea mai bună îngrijire, sugerând o relație între complexitate și neîncredere în performanță.

Corelația 42 ($r = 0.374$): Între responsabilitatea percepută și imposibilitatea de a menține standardul profesional. Cu cât medicul simte că poartă o responsabilitate mare, cu atât mai evidentă este percepția că nu reușește să ofere tot ce ar trebui.

Corelația 43 ($r = 0.368$): Între lipsa de resurse și complexitatea cazurilor. Deficitul de infrastructură este perceput ca un obstacol major în tratarea cazurilor dificile, indicând o relație între contextul sistemic și conținutul muncii.

Corelația 44 ($r = 0.362$): Între lipsa de personal și dificultatea deciziilor. Atunci când nu sunt suficienți colegi pentru consultare, deciziile devin mai apăsătoare, sugerând o legătură directă între suportul profesional și riscul decizional.

Corelația 45 ($r = 0.357$): Între lipsa pauzelor și sentimentul de frustrare. Nevoia fiziologică neacoperită contribuie la reacții emoționale negative, ceea ce sugerează o relație între ritmul de lucru și afectivitatea negativă.

Corelația 46 ($r = 0.352$): Între oboseala generală și frecvența cazurilor complexe. Cazurile dificile sunt resimțite ca o sursă constantă de uzură fizică și mentală.

Corelația 47 ($r = 0.348$): Între percepția riscului profesional și tendința de a face compromisuri. O stare de alertă permanentă în fața riscurilor crește predispoziția la a reduce temporar standardele, ceea ce sugerează o relație între frică și adaptare negativă.

Corelația 48 ($r = 0.346$): Între responsabilitatea morală și percepția oboselii. Conștientizarea consecințelor deciziilor asupra pacienților amplifică epuizarea, ceea ce indică o relație între tensiune etică și uzură psihologică.

Corelația 49 ($r = 0.330$): Între lipsa pauzelor și percepția asupra calității scăzute a actului medical. Absența recuperării afectează capacitatea de concentrare și implicare, ceea ce duce la o evaluare negativă a propriei performanțe.

Corelația 50 ($r = -0.500$): Între prezența unei asigurări de malpraxis și sentimentul de protecție personală. Corelația negativă sugerează o posibilă contradicție între statutul formal (există poliță) și percepția subiectivă a siguranței, indicând o lipsă de încredere în eficiența mecanismelor legale.

Sinteza sugestiilor bazate pe corelații

I. Teme recurente:

1. **Epuizarea profesională (fizică și psihică).** Majoritatea corelațiilor analizate indică o relație strânsă între solicitarea profesională resimțită și apariția stărilor de epuizare. Itemii referitori la oboseală psihică, fizică și acumulată prezintă corelații semnificative cu frecvența cazurilor complexe, luarea deciziilor sub presiune, lipsa pauzelor și volumul de muncă. Aceste rezultate susțin ipoteza unui mecanism de uzură profesională cumulativă generat de presiune constantă, lipsa de recuperare și responsabilitate decizională ridicată.
2. **Deficitul de resurse (infrastructură, personal, pauze).** Lipsa resurselor apare sistematic ca determinant al frustrării, oboselii și compromisurilor medicale. Corelațiile arată că personalul medical percepe deficiențele logistice (materiale sau umane) ca pe un obstacol major în furnizarea actului medical de calitate. Lipsa pauzelor, a timpului de recuperare sau a personalului suficient determină scăderea performanței și amplificarea stresului.
3. **Impactul asupra calității serviciilor medicale.** Calitatea percepută a serviciilor oferite este afectată de stres, lipsa resurselor și presiunea decizională. Itemii referitori la imposibilitatea de a oferi îngrijire conform standardelor se corelează puternic cu volumul de muncă, cazurile rare, lipsa resurselor și responsabilitatea percepută. Aceste date sugerează o relație directă între constrângerile sistemice și auto-valorificarea profesională.

4. **Impactul asupra deciziilor profesionale** (presiune, risc, responsabilitate). Luarea deciziilor sub presiune reprezintă un element central al rețelelor de corelații. Itemii care evaluează riscul decizional, presiunea de timp, responsabilitatea morală sau juridică sunt strâns corelați cu stările de oboseală, frustrare și percepția calității scăzute a actului medical. Relația dintre presiunea decizională și epuizare este constantă, iar cazurile rare sau complexe accentuează semnificativ această presiune.

II. Câteva concluzii furnizate de corelații:

- Suprasolicitarea este un factor cauzal transversal ce afectează toate dimensiunile analizate: starea fizică și psihică a personalului, calitatea serviciilor medicale și procesele decizionale.
- Resursele insuficiente nu afectează doar infrastructura, ci și capacitatea de a lua decizii sigure, de a menține standarde profesionale și de a preveni uzura emoțională.
- Complexitatea cazurilor și specificul activității de gardă amplifică toate efectele negative identificate.
- Disonanța dintre protecția formală (ex. existența unei asigurări) și sentimentul de siguranță percepută sugerează o neîncredere structurală în mecanismele instituționale de protecție profesională.

III. Câteva recomandări:

- Introducerea unor mecanisme clare de limitare a suprasolicitării: plafonarea efectivă a numărului de ore de gardă, planificare predictibilă, pauze obligatorii.
- Investiții în infrastructura de suport pentru decizii critice (echipe multidisciplinare, algoritmi de sprijin).
- Măsuri pentru asigurarea resurselor minime necesare (personal, echipamente, suport administrativ).
- Validarea psihologică a protecției juridice oferite de sistemul de asigurări prin comunicare și instruire.

Rețeaua conceptuală

Aceasta este rețeaua conceptuală a corelațiilor între itemi:

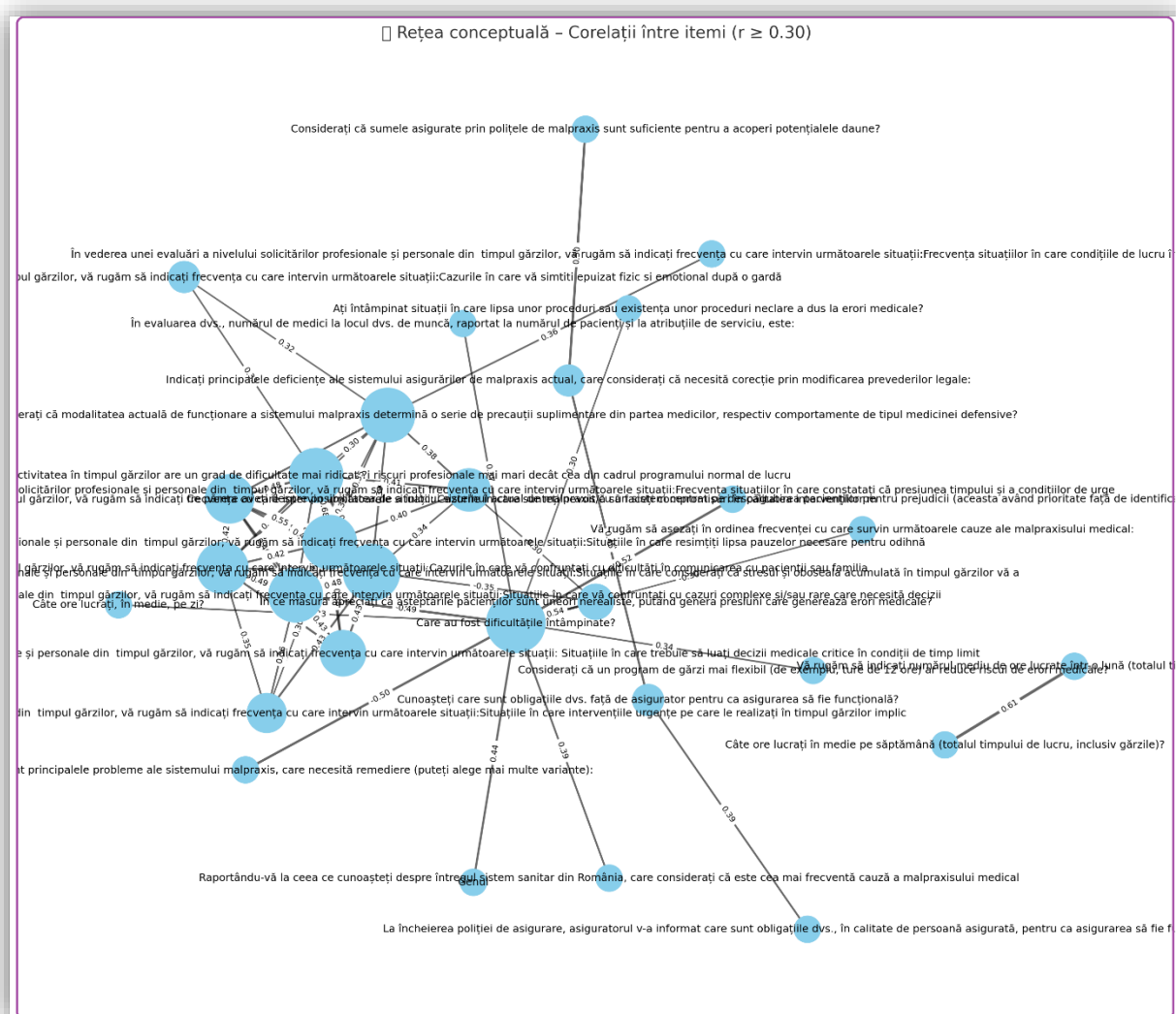


Figura 35 : Retea conceptuală

Mai jos poate fi găsită forma restructurată a rețelei, în funcție de centralitatea nodurilor:

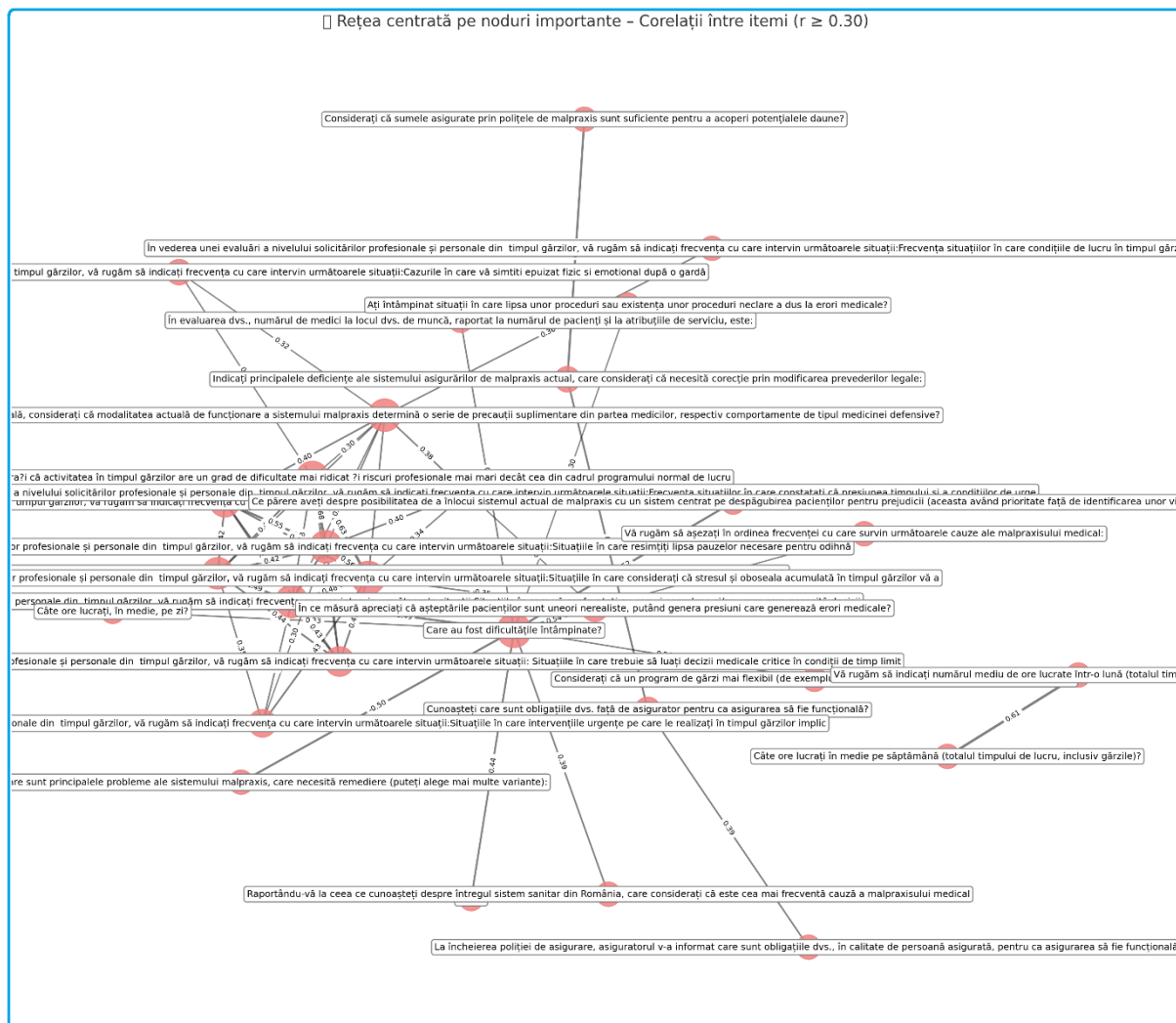


Figura 36: Forma restructurată a rețelei

Unii itemi formează clustere de stres: grupuri de itemi ce se susțin reciproc, sugerând o dimensiune comună latentă (ex: „presiune decizională”, „epuizare”, „lipsă de resurse”). Itemii situați în centrul rețelei (cu multe legături) pot fi indicatori buni pentru urmărirea stării generale a personalului medical în gardi.

Analiza factorială

Pe baza încărcăturilor factoriale (factor loadings $\geq 0,50$), doar unul prezintă itemi relevanți.

Factor 1 – „Percepția protecției profesionale”

Itemii dominanți:

- „Vă simțiți acoperit(ă) de asigurarea dvs. de răspundere civilă profesională (malpraxis)?” $\rightarrow +0.898$
- „Aveți încheiată o asigurare de răspundere civilă profesională (malpraxis)?” $\rightarrow -0.668$

Acest factor reflectă o dimensiune subiectivă de siguranță profesională – nu doar existența asigurării, ci încrederea în capacitatea acesteia de a proteja efectiv în cazul unui incident. Corelația negativă cu deținerea obiectivă a unei polițe sugerează o posibilă discrepanță între acoperirea formală și încrederea reală

Datele demografice



Figura 37 : 567/ 714 respondenți total

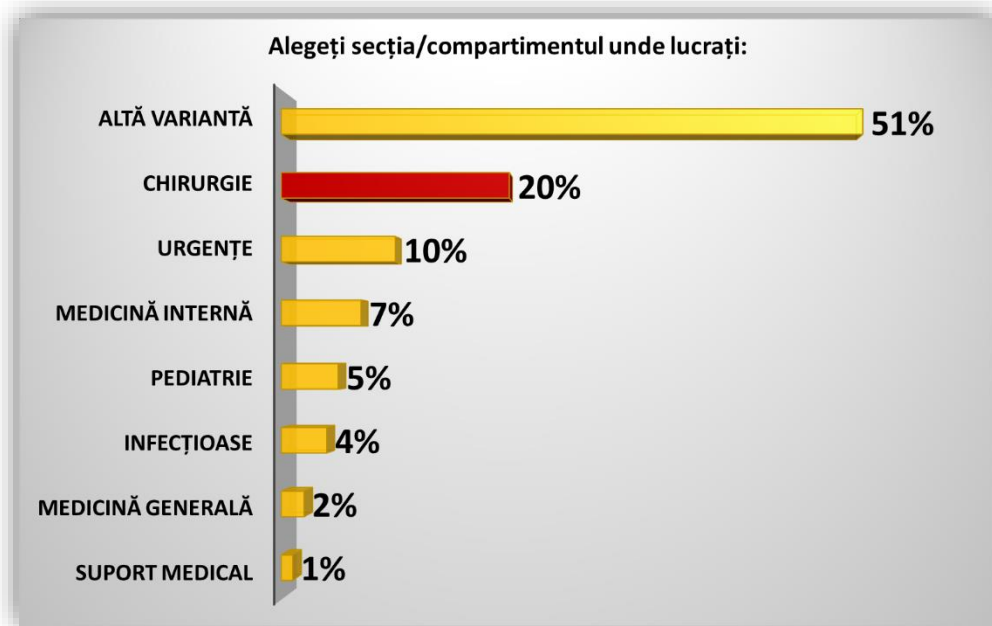


Figura 38 : 566/ 714 respondenți total

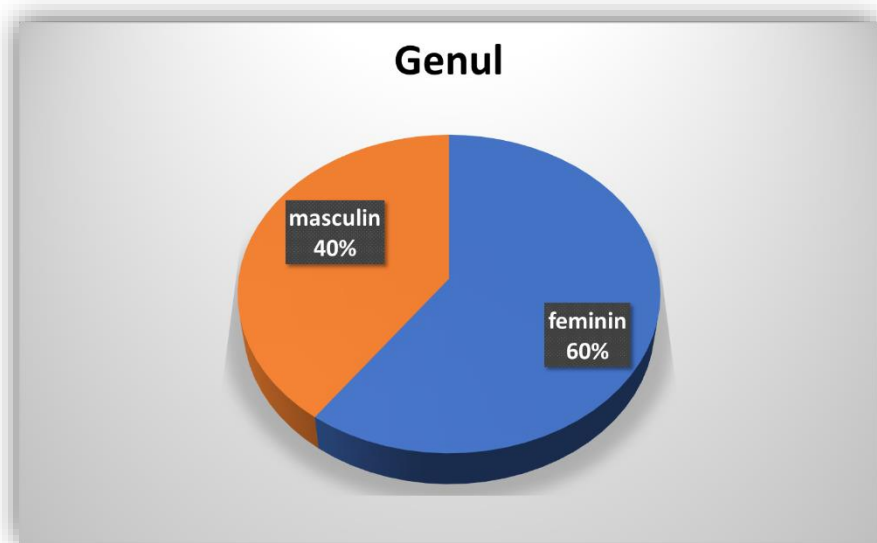


Figura 39: 565/ 714 respondenți total

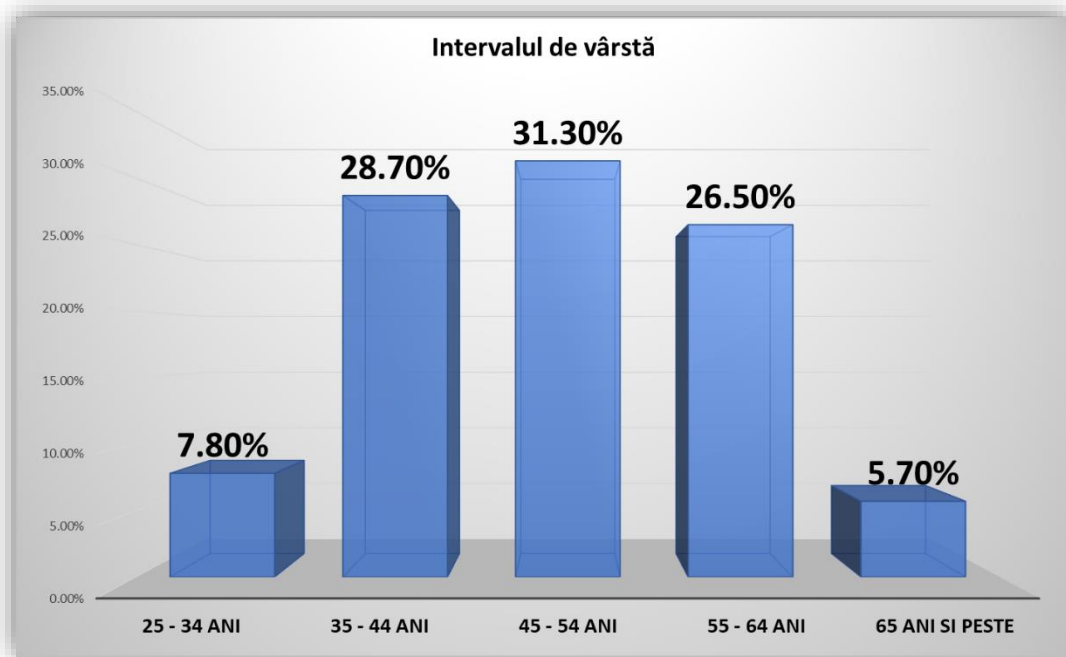


Figura 40 : Interval de vârstă, 565/714 respondenți

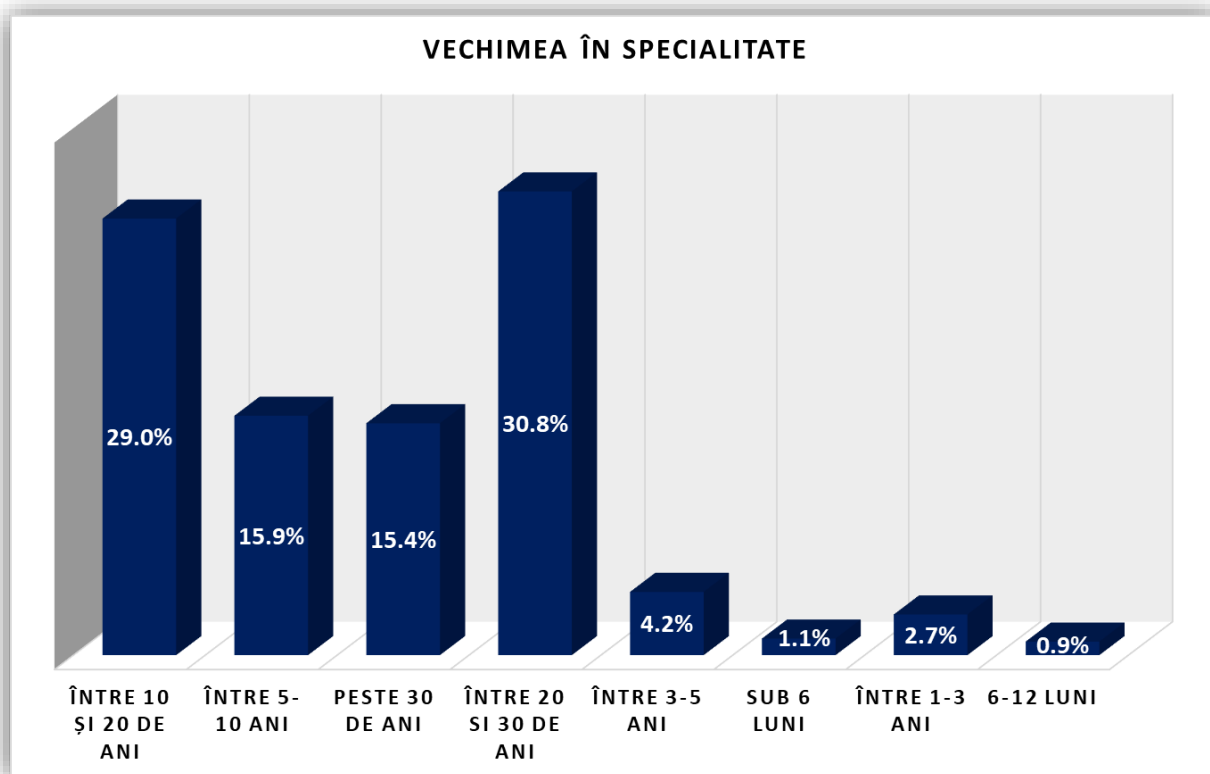


Figura 41 : Vechime specialitate 565/714 respondenți

Concluziile pe larg

Perspectiva generală asupra sistemului malpraxis

38% dintre medicii respondenți consideră că actualul sistem malpraxis este centrat pe asigurarea profitului societăților de asigurări, iar 36% cred că este centrat pe culpabilizarea medicilor. Doar cca. 25% dintre respondenți au indicat o centrare a sistemului pe unul din scopurile sale oficiale: 21% pe despăgubirea pacienților și 4% pe protecția medicilor.

Malpraxis

Cel puțin 19% dintre respondenți indică faptul că asigurarea de malpraxis nu le acoperă și daunele morale.

- 14% dintre respondenți nu cunosc/nu au fost informați asupra conținutului polițelor. Acest procent confirmă observația din rapoartele ASF privind necesitatea amplificării demersurilor de informare.
- Procentele foarte mici de medici care indică existența a două clauze importante ale asigurărilor de malpraxis: *anterioritatea* – 2% (extinderea asigurării și la perioade anterioare) și *perioada extinsă de raportare* – 1% (posibilitatea de a acoperi și daunele care sunt reclamante după scurgerea perioadei asigurate dar s-au petrecut în perioada acesteia). Aceasta poate fi reținută ca o problemă semnificativă a sistemului.

88% dintre medici consideră că asigurarea de malpraxis nu oferă o protecție satisfăcătoare. Date fiind informațiile furnizate de ASF (a se vedea Anexa), percepția subiectivă a medicilor corelează cu datele obiective privind funcționarea sistemului. Doar 4% dintre respondenți au indicat că se simt acoperiți în întregime de asigurarea de malpraxis, în timp ce 33% consideră că nu sunt acoperiți de polița de malpraxis. Diferențele se distribuie pe opțiuni de tipul: doar într-o mică măsură (30%), doar parțial (25%) și *nu știu* (8%).

Aproape trei sferturi dintre respondenți apreciază că sumele asigurate prin polița de malpraxis nu sunt suficiente, în timp ce doar 8% consideră că sunt suficiente.

Aproape jumătate dintre respondenți au indicat că asigurarea lor cuprinde atât daune materiale cât și morale și, în același timp, că sumele acoperite de asigurare (sumele asigurate) nu sunt suficiente. Această distribuție sugerează că nivelul sumelor mine asigurate (stabilit de CNAS) ar putea fi insuficient.

Necunoașterea obligațiilor față de asigurator pentru ca asigurarea să fie funcțională (ex. termenul în care medicul trebuie să anunțe asiguratorul în cazul ivirii unei reclamații) este indicată de aproape jumătate dintre respondenți, fapt care accentuează imaginea unei probleme ce necesită rezolvarea în domeniul informării celor asigurați.

Doar 30% dintre respondenți au indicat că au fost informații la încheierea poliției de obligațiile pe care le au față de asigurator, 46% dintre ei indicând clar că nu au fost informați iar 24% că nu-și amintesc. Problema absenței cunoașterii obligațiilor față de asigurator pare să fie generată în cea mai mare măsură de lipsa de informare din partea asiguratorului, necunoașterea obligațiilor față de asigurator fiind corelată moderat cu absența informării de către asigurator

Există o corelație semnificativă între respondenții care au indicat faptul că au avut dificultăți la încheierea noilor polițe și cei care consideră că sumele asigurate nu acoperă despăgubirile. Opinia lor este relevantă, având în vedere că sunt cei care au trecut prin plata unei despăgubiri.

Cazurile de malpraxis

Referitor la cazurile de malpraxis, 20% dintre respondenți au indicat că au avut anterior o plângere de malpraxis. Raportat la numărul respondenților la această întrebare, înseamnă că 80 de respondenți au trecut prin acest proces, iar informațiile lor privind diferitele aspecte procedurale se află printre cele relevante.

În cazul a 30% dintre respondenți plângerile se află încă în stadiul de cercetare.

În cazul celor 70% dintre respondenții care au indicat existența unei plângeri care a fost finalizată, doar 19% au indicat rezolvarea acesteia la nivelul comisiei din cadrul DSP-ului, în timp ce 31% dintre ei au indicat că plângerea s-a rezolvat în instanță. În 50% dintre cazuri plângerea a fost rezolvată de o altă instituție, cele enumerate fiind: *Colegiul Medicilor, Parchetul, Asiguratorul, Poliția, Procuratura*.

12 respondenți au indicat că au avut dificultăți la încheierea unei asigurări de malpraxis din cauza unor sesizări sau despăgubiri anterioare. În majoritatea cazurilor dificultatea a constat în creșterea prețului poliței. 4 respondenți au indicat faptul că asiguratorul le-a refuzat încheierea unei noi polițe de asigurare.

Durata cercetărilor

Informațiile furnizate de respondenții care au indicat finalizarea dosarelor de cercetare în privința duratei cercetărilor arată că există un număr semnificativ de dosare care au o durată ce se măsoară în ani de zile (marea majoritate se concentrează în intervalul 1-5 ani; 10% dintre ele au o durată mai mare de 5 ani); din cele rezolvate în luni de zile, doar jumătatea sunt rezolvate în primele 6 luni de zile, restul fiind rezolvate în ultimele 6 luni, 25% din totalul celor rezolvate în luni având o durată de un an. Analiza cumulată sugerează următoarea situație:

- 25% dintre cazuri sunt rezolvate în primele 6 luni;
- 25% dintre cazuri sunt rezolvate între 6 și 12 luni;
- 42% dintre cazuri sunt rezolvate între unul și 5 ani;
- 8% dintre cazuri au o durată a cercetării între 6 și 10 ani.

Marea majoritate a respondenților consideră că modalitatea de funcționare a sistemului de malpraxis determină în mare măsură comportamente de timpul medicinei defensive.

Cauzele malpraxis-ului

Cele mai importante rezultate privind percepțiile celor mai frecvente cauze ale malpraxis-ului medical în România de către medici sunt:

Oboseala sau epuizarea profesională – 17%

Deficiențele organizatorice ale sistemului – 15%

Absența unor protocoale clare de îngrijire medicală – 15%

Deficitul de personal – 15%

Cadrul legal incoerent – 7%.

Cele mai frecvent indicate sunt deficiențele sistemice (30%) și suprasolicitarea/epuizarea (17%). Lipsa de protocoale clinice (15%) și ambiguitățile legislative (7%) sunt menționate separat;

Aceste date confirmă și întăresc **concluziile din analiza corelațiilor specifice acestor variabile:**

- Epuizarea profesională este percepută nu doar ca efect al condițiilor de muncă, ci și ca factor cauzal al malpraxis-ului, validând legătura dintre lipsa pauzelor, gărzi supra-solicitante și riscul clinic.
- Deficitul de personal și deficiențele organizatorice apar constant în corelațiile cu oboseala, presiunea decizională și calitatea scăzută a îngrijirii, fiind percepute și aici ca surse directe ale erorilor medicale.
- Lipsa de protocoale clare este corelată anterior cu deciziile sub presiune și frustrarea profesională – iar acum este recunoscută explicit ca sursă a malpraxis-ului.
- Cadrul legal incoerent, chiar dacă mai puțin frecvent menționat, completează imaginea de incertitudine juridică, aspect reflectat în corelațiile cu responsabilitatea percepută și frica de greșeli.

Răspunsurile deschise la varianta *Altele* au sugerat următoarele:

- Complexitatea multidimensională a cauzelor: majoritatea răspunsurilor indică o combinație între oboseală, lipsa resurselor, presiunea decizională, subfinanțare, incoerența legislativă și lipsa de protocoale.
- Elemente structurale și de sistem ignorate de răspunsurile standard: birocrăția excesivă, lipsa de coerență în măsurile de prevenție, schimbările rapide ale ghidurilor și obligația de a ține pasul cu ele.
- Aspecte etice și de sistem: redirecționarea interesată a pacienților către privat, influența disproporționată a unor cadre universitare, medicina defensivă. Aceste răspunsuri sugerează percepția personalului medical că malpraxisul nu este generat de o singură cauză, ci de un cumul sistemic, intercorelat și perpetuat de disfuncționalități la mai multe niveluri.

Principalele probleme – din perspectiva unor direcții de intervenție posibile

Problemele sistemului – pe categorii și direcții de intervenție necesare/posibile.

Considerăm că soluțiile de intervenție pot fi sugerate de categoriile de probleme existente.

Dintr-o perspectivă centrată pe problemele de sistem și de procedură se remarcă următoarele:

- **Problemele de fond ale sistemului (54%):**
 - o *nerecunoașterea culpei sistemului și concentrarea pe culpa medicului* sunt indicate de 27% dintre medici,
 - o *absența diferențelor de tratament juridic între greșeala involuntară și încălcarea conștiinței* (în economia abordării ea este diferită de existența intenției), ele înregistrând împreună cca. 22% din preferințele respondenților,
 - o *sistemul punitiv nu sprijină raportările voluntare* (7%).
- **Problemele ce țin de asiguratori (33%):**
 - o *nu acoperă daunele morale sau le acoperă într-o măsură prea mică* (13%),
 - o *absența înțelegerilor amiabile* (8%),
 - o *clauzele de exonerare din polițele de asigurare sunt prea numeroase* (8%),
 - o *asiguratorii nu acordă compensațiile financiare într-un timp rezonabil* (4%).
- **Problemele de procedură (12%):**
 - o *lipsește un corp de experți medicali care să realizeze expertiza judiciară* (12%).

Pentru a contura direcțiile posibile de intervenție am structurat răspunsurile date de medici la o întrebare ce viza analiza de ansamblu a sistemului asigurărilor de malpraxis pe patru categorii de probleme, gândite din perspectiva direcțiilor de intervenție posibile:

- **Problemele ce par să țină de asiguratori (38%):**
 - o *Despăgubirile morale nu sunt incluse sau limitele acordate de societățile de asigurări pacienților sunt prea mici* (9%).
 - o *Numărul mare al cazurilor care nu sunt acoperite de asigurare (excluderile)* (8%).
 - o *Sistemul despăgubirilor pe cale amiabilă este nefuncțional* (8%).
 - o *Limitele despăgubirilor materiale acordate de societățile de asigurări pacienților sunt prea mici* (8%).
 - o *Riscul de a nu fi asigurat în caz de despăgubire anterioară sau de a avea un cost prohibitiv* (5%).
- **Problemele legate de designul sistemului (21%)**
 - o *Nu sunt recunoscute erorile de sistem, lipsind responsabilitatea sistemului* (13%).

- Unitățile sanitare nu se pot asigura pentru malpraxisul medical (8%).
- **Problemele de procedură (19%):**
 - Lipsa de transparență în procesul de soluționare a plângerilor. (7%)
 - Durata foarte mare a procedurilor (6%)
 - Necunoașterea procedurilor sau nerespectarea lor. (6%)
- **Impredictibilitatea sistemului ca problemă este indicată de 18% dintre respondenți, ea având următoarele dimensiuni:**
 - Quantumul despăgubirilor dispuse de instanțe depășește posibilitatea de plată de către cei obligați la plată (9%).
 - Impredictibilitatea quantumului despăgubirilor acordate de instanțe (9%).

Cauzele care accentuează sau determină riscul erorilor profesionale

Deoarece considerăm că intervențiile pe zona malpraxis-ului trebuie să vizeze, în egală măsură, sistemul de asigurări și cauzele care contribuie la generarea erorilor medicale (altele decât probabilitatea normală a erorilor umane), am investigat opinia medicilor privind câteva dintre cauzele posibile. Precizăm că distribuția răspunsurilor medicilor reflectă poziția acestora, analiza cauzală necesitând investigații suplimentare. De asemenea, indicarea corelațiilor dintre diferitele răspunsuri are doar rolul de sugestie a unor posibile cauze, asumând faptul că corelația nu înseamnă (în mod automat) cauzalitate.

90% dintre medici consideră că sistemului de sănătate din România are deficiențe sistemice care contribuie cauzal la apariția **unora** dintre cazurile de malpraxis. Distribuția răspunsurilor corelează pozitiv în mod semnificativ cu lipsa resurselor materiale și necesitatea recunoașterii culpei sistemului.

Analiza răspunsurilor primite la întrebarea privind contribuția deficiențelor sistemului la apariția cazurilor de malpraxis medical indică o imagine coerentă a riscurilor sistemice. Printre cele mai frecvent semnalate cauze se regăsesc: lipsa personalului medical (medici, asistenți, personal auxiliar), suprasolicitarea și epuizarea personalului (inclusiv lucrul continuu peste 24 de ore), lipsa dotărilor medicale (aparatură, medicamente, consumabile), deficiențe majore în organizarea programului de lucru și a gărzilor, precum și carențe legislative, manageriale și instituționale. Medicii reclamă absența sprijinului juridic și profesional din partea angajatorului în cazurile de malpraxis, responsabilizarea exclusivă a individului și lipsa de solidaritate a sistemului. Aceste deficiențe conturează un climat instituțional nesigur, în care actul medical se desfășoară adesea în condiții suboptimale, crescând semnificativ probabilitatea erorilor. Concluziile indică necesitatea unei abordări sistemice a problematicei malpraxis-ului, care să includă nu doar sancțiuni individuale, ci mai ales reforme structurale în organizarea, finanțarea și reglementarea serviciilor medicale.

98% dintre respondenți consideră că ar trebui recunoscută culpa sistemului în generarea erorilor medicale, fiind necesară introducerea unui cadru legal care să permită

recunoașterea și identificarea cazurilor în care vina pentru erorile medicale nu aparține profesioniștilor, ci modalității în care este organizată activitatea.

67% dintre respondenți au indicat că au întâlnit situații în care absența procedurilor sau neclaritatea acestora au determinat erori medicale, 26% din cei care au răspuns la această întrebare indicând faptul că ele s-au ivit frecvent. Absența procedurilor corelează semnificativ cu cazurile în care lipsa materialelor determină erori medicale.

Deficitul de resurse materiale drept cauză a unora dintre erorile medicale a fost indicat de 82% dintre respondenții la această întrebare; 31% dintre respondenți au indicat că au întâlnit frecvent astfel de situații.

Timpul de lucru

51% dintre respondenți lucrează mai mult de 15 ore în plus pe săptămână față de norma de bază; 18% au indicat echivalentul a cca. două norme de lucru (un număr de ore ce depășește programul maxim legal la același angajator: norma de bază + CIM-ul pentru gărzile suplimentare).

Putem observa că timpul de lucru lunar are o medie de cca. 208 ore/lună, timpul zilnic o medie de cca. 10 ore. Numărul maxim de ore lucrate continuu de un medic este de cca. 31 de ore.

Timpul de lucru aferent unei gărzi este de minim 18 ore și maxim de 24 de ore. Deoarece gărzile se desfășoară în continuarea sau înainte timpului de lucru normal, efectuarea gărzilor conduce la durate ale timpului de lucru continuu ce încep cu 24 de ore și ajung la 30 de ore. Dacă vom considera ca referință pentru normalitate, atunci putem constata că 33% dintre respondenți depășesc un număr de gărzi care le asigură armonizarea vieții profesionale cu viața de familie și protejează împotriva epuizării profesionale.

Menținerea formei actuale de organizare a programului zilnic ce privește norma de bază și gărzile este indicată de 45% dintre respondenți. În ordine ierarhică, organizarea gărzilor sub formă de ture este susținută de 32% dintre respondenți (23% indică ture de 12 ore/zi).

Sinteza răspunsurilor deschise date la întrebarea privitoare la modalitatea de organizare a gărzilor arată că acești propun reformarea gărzilor prin introducerea unei zile libere plătite după tura de 24 h, reducerea gărzilor la 12 h (16 h în weekend) sau împărțirea lor între doi medici, și remunerarea la cel puțin același tarif—or preferabil dublu—față de norma de bază. Ei cer flexibilitate contractuală (posibilitatea de a presta gărzi pe contract suplimentar și de a limita numărul lor) și respectarea strictă a plafonului legal de ore, pentru a preveni epuizarea și a crește siguranța pacientului.

Impactul gărzilor asupra medicilor

Evaluarea frecvenței și intensității solicitărilor profesionale și personale resimțite de medici în timpul gărzilor arată următoarele:

Suprasolicitare sistematică

Patru din cinci răspunsuri indică apariția frecventă a situațiilor de presiune; 1 din 5 medici declară presiune „permanentă”.

Cei mai importanți factori de stres:

- Lipsa recunoașterii efortului și a riscurilor – 95 %
- Decizii critice în timp limitat – 88 %
- Epuizare fizică și emoțională post-gardă – 88 %
- Lipsa pauzelor / cazuri complexe – 86 %

Interpretare de ansamblu

1. Garda generează un regim de muncă înalt-solicitant

Rezultatele sugerează că, pentru majoritatea medicilor, garda nu este un interval ocazional tensionat, ci un context de lucru în mod sistematic supra-solicitant. Nivelurile ridicate la toți itemii indică o normalizare a stresului ridicat.

2. Activitatea în gardă generează atât presiune profesională cât și costuri personale

Itemii combină dimensiuni profesionale (decizii critice, compromisuri de calitate, resurse insuficiente) cu consecințe personale (epuizare, lipsa pauzelor). Convergența lor la aceleași valori ridicate arată că frontiera dintre solicitarea profesională și cea personală dispare în gardă.

3. Activitatea în gardă crește riscul de burnout și erori profesionale

- Frecvența mare a sentimentului de epuizare și a deciziilor sub presiune sunt factori-cheie în modelele de burnout.
- Compromisul de calitate și dificultatea de comunicare pot crește probabilitatea de eroare medicală și insatisfacție a pacienților.

4. Recunoașterea insuficientă reprezintă un factor agravant

Cel mai ridicat scor este la percepția că eforturile și riscurile nu sunt recunoscute. Lipsa recompensei/validării amplifică stresul și reduce motivația intrinsecă.

Activitatea în gărzi are ca efecte:

- Solicitări profesionale ridicate, majoritatea medicilor confruntându-se frecvent cu situații stresante și riscante în timpul gărzilor, cum ar fi presiunea timpului, condiții de lucru dificile și riscul de erori.
- Impact emoțional și fizic, stresul și oboseala acumulate afectând semnificativ capacitatea de a lua decizii optime și ducând la epuizare după gărzi.

- Este evidentă nevoia de îmbunătățiri, datele sugerând o necesitate urgentă de a reevalua condițiile de lucru, alocarea resurselor și sistemul de recompense pentru a reduce presiunile asupra medicilor și a îmbunătăți calitatea îngrijirii medicale.

Analiza corelațiilor evidențiază următoarele aspecte:

- Oboseala resimțită crește simultan cu lipsa timpului de recuperare.
- Episodul de gardă perceput ca urgent și presant vine la pachet cu extenuare.
- Când miza deciziei este ridicată, medicii simt și constrângerea timpului.
- Situarea „contracronometru” corelează cu sentimentul că nu au resursele minime.
- Complexitatea cazului obligă adesea la soluții improvizate.

Cu cât medicii iau mai multe decizii critice sub presiune, cu atât cresc riscurile de erori, compromisuri în tratamente și dificultăți în gestionarea cazurilor complexe. Lipsa odihnei este un factor cheie care amplifică oboseala, stresul și riscul de burnout, afectând atât medicii, cât și calitatea îngrijirilor. Stresul cronic reduce capacitatea de comunicare și crește riscul de erori, confirmând o legătură directă între epuizare și performanță profesională. Resursele insuficiente cresc presiunea asupra medicilor, ducând la riscul de malpraxis și scăderea standardelor medicale. Epuizarea este un rezultat direct al lipsei de odihnă și a stresului cronic, afectând durabilitatea profesională a medicilor. Frustrarea legată de salarii inadecvate contribuie la demotivare și la percepția că gardile sunt disproporționat de dificile.

În sinteză:

- Rețeaua de corelații confirmă că solicitările din timpul gardzilor sunt interconectate, formând un ciclu vicios: Presiunea timpului → Decizii critice sub stres → Erori/compromisuri → Stres și epuizare → Scăderea calității îngrijirilor.
- Factorii critici care amplifică problemele sunt:
 - Lipsa resurselor (umane/materiale).
 - Absența pauzelor de odihnă.
 - Remunerarea inadecvată.

Efectele tarifului orar (nivelul recompensei) aferent gardzilor

Aproape jumătate dintre răspunsuri se concentrează pe ieșirea din sistem (refuz sau migrație), iar o treime pe degradarea directă a actului medical.

Raportându-ne la analiza comparativă a solicitărilor specifice gardzilor cu efectele tarifului orar putem constata următoarele:

- Oboseala și stresul (deja semnalate ca frecvente) sunt agravate de remunerația inadecvată, ducând la erori medicale (legat de „risc crescut de erori” din primul set) și compromisuri în calitate (corelat cu „compromisuri în intervenții”).
- Migrarea personalului explică parțial lipsa resurselor (care crește riscul de malpraxis).

- Frustrarea acumulată suplimentar se reflectă în dificultăți de comunicare cu pacienții

Se remarcă următorul model posibil: *frecvență înaltă a stresorilor → epuizare → scădere motivație/erori → intenție de părăsire a gărzilor sau a sistemului.*

Condițiile de muncă

Marea majoritate a medicilor (73%) au indicat existența deficitului de personal la locul lor de muncă.

Marea majoritate a respondenților (82%) a indicat existența unui impact asupra deciziilor lor medicale din partea presiunii mediatice sau a pacienților; 24% consideră că survine frecvent.

86% dintre respondenți au indicat existența unor așteptări nerealiste din partea pacienților, ce generează o presiune ce contribuie la creșterea riscului de erori profesionale; 47% au indicat că în foarte mare măsură și în mare măsură sunt întâlnite astfel de situații.

Calitatea vieții profesionale

Interpretare în contextul analizelor anterioare

- Epuizarea profesională, evidențiată în corelațiile moderate și în percepțiile privind cauzele malpraxis-ului, este recunoscută aici și prin propunerile directe de reducere a duratei de muncă și a numărului de pacienți.
- Deficiențele organizatorice, o temă transversală în toate analizele anterioare (asociată cu lipsa pauzelor, stres decizional și afectarea calității), este confirmată prin cererea cea mai frecventă: reducerea birocrăției.
- Motivația și recunoașterea profesională apar într-o zonă distinctă, prin cerința de creștere a veniturilor, corelată indirect cu efortul resimțit și riscurile asumate.
- Toate aceste măsuri sunt coerente cu răspunsurile anterioare în privința malpraxis-ului: riscul de eroare medicală este perceput ca rezultatul unui cumul sistemic, și nu al unor carențe individuale punctuale.

Analiza generală corelațiilor

Sinteza rezultatelor celor mai importate corelații

Analiza corelațiilor semnificative privind percepțiile personalului medical din perspectiva solicitărilor profesionale

I. Teme recurente:

5. **Epuizarea profesională (fizică și psihică).** Majoritatea corelațiilor analizate indică o relație strânsă între solicitarea profesională resimțită și apariția stărilor de epuizare. Itemii referitori la oboseală psihică, fizică și acumulată prezintă corelații semnificative cu frecvența cazurilor complexe, luarea deciziilor sub presiune,

lipsa pauzelor și volumul de muncă. Aceste rezultate susțin ipoteza unui mecanism de uzură profesională cumulativă generat de presiune constantă, lipsa de recuperare și responsabilitate decizională ridicată.

6. **Deficitul de resurse (infrastructură, personal, pauze).** Lipsa resurselor apare sistematic ca determinant al frustrării, oboselii și compromisurilor medicale. Corelațiile arată că personalul medical percepe deficiențele logistice (materiale sau umane) ca pe un obstacol major în furnizarea actului medical de calitate. Lipsa pauzelor, a timpului de recuperare sau a personalului suficient determină scăderea performanței și amplificarea stresului.
7. **Impactul asupra calității serviciilor medicale.** Calitatea percepută a serviciilor oferite este afectată de stres, lipsa resurselor și presiunea decizională. Itemii referitori la imposibilitatea de a oferi îngrijire conform standardelor se corelează puternic cu volumul de muncă, cazurile rare, lipsa resurselor și responsabilitatea percepută. Aceste date sugerează o relație directă între constrângerile sistemice și auto-valorificarea profesională.
8. **Impactul asupra deciziilor profesionale** (presiune, risc, responsabilitate). Luarea deciziilor sub presiune reprezintă un element central al rețelelor de corelații. Itemii care evaluează riscul decizional, presiunea de timp, responsabilitatea morală sau juridică sunt strâns corelați cu stările de oboseală, frustrare și percepția calității scăzute a actului medical. Relația dintre presiunea decizională și epuizare este constantă, iar cazurile rare sau complexe accentuează semnificativ această presiune.

II. Câteva concluzii furnizate de corelații:

- Suprasolicitarea este un factor cauzal transversal ce afectează toate dimensiunile analizate: starea fizică și psihică a personalului, calitatea serviciilor medicale și procesele decizionale.
- Resursele insuficiente nu afectează doar infrastructura, ci și capacitatea de a lua decizii sigure, de a menține standarde profesionale și de a preveni uzura emoțională.
- Complexitatea cazurilor și specificul activității de gardă amplifică toate efectele negative identificate.
- Disonanța dintre protecția formală (ex. existența unei asigurări) și sentimentul de siguranță percepută sugerează o neîncredere structurală în mecanismele instituționale de protecție profesională.

Analiza factorială relevă un factor relevant:– „Percepția protecției profesionale”.

Acest factor reflectă o dimensiune subiectivă de siguranță profesională, nu doar existența asigurării, ci încrederea în capacitatea acesteia de a proteja efectiv în cazul unui incident. Corelația negativă cu deținerea obiectivă a unei polițe sugerează o posibilă discrepanță între acoperirea formală și încrederea reală.

Soluții sugerate

Înlocuirea modelului malpraxis cu sistemul despăgubirii pacienților pentru prejudicii

Jumătate dintre respondenții la această întrebare au considerat că înlocuirea sistemului malpraxis cu despăgubirea pacienților pentru prejudicii este o idee bună, lor adăugându-li-se cca. 34% care au considerat-o o idee bună; doar 4% au indicat convingerea lor că nu este o idee bună.

Recomandări corespunzătoare categoriilor de probleme

Recomandările ce par adecvate problemelor identificate la impactul gărzilor:

- Revizuirea sistemului de recompense prin implementarea unor măsuri care să asigure o compensație mai echitabilă pentru eforturile și riscurile asumate în timpul gărzilor.
- Îmbunătățirea condițiilor de lucru prin asigurarea resurselor necesare și a unui mediu de lucru care să minimizeze riscul de erori și malpraxis.
- Sprijin psihologic și fizic prin introducerea de programe de sprijin pentru a gestiona stresul și oboseala medicilor.
- Reducerea volumului de decizii critice prin creșterea personalului pentru a distribui sarcini și introducerea protocoalelor standardizate pentru cazurile urgente.
- Implementarea pauzelor obligatorii pentru a diminua epuizarea.
- Revizuirea sistemului de remunerare pentru a reflecta efortul și riscul.
- Programe de management al stresului pentru medicii cu gărzi frecvente.

Principalele măsuri privind îmbunătățirea calității vieții profesionale a medicilor, care ar avea ca efect și o reducere a riscurilor de erori profesionale, sunt următoarele:

- Îmbunătățirea condițiilor de desfășurare a activității profesionale (37%);
- Diminuarea presiunii colaterale asupra profesioniștilor din sănătate (26%);
- Restructurarea programului de lucru (16%);
- Creșterea nivelului motivării personalului (12%);
- Introducerea unor forme de sprijin (7%).

Recomandările sugerate de analiza corelațiilor:

- Introducerea unor mecanisme clare de limitare a suprasolicitării: plafonarea efectivă a numărului de ore de gardă, planificare predictibilă, pauze obligatorii.
- Investiții în infrastructura de suport pentru decizii critice (echipe multidisciplinare, algoritmi de sprijin).
- Măsuri pentru asigurarea resurselor minime necesare (personal, echipamente, suport administrativ).
- Protecție reală oferită de sistemul de asigurări și îmbunătățirea percepției prin comunicare și instruire.

Sinteza concluziilor

Rezumat executiv

Acest studiu oferă o imagine cuprinzătoare asupra percepțiilor medicilor din România privind malpraxisul medical, condițiile de muncă și riscurile asociate. Datele relevă existența unui cumul de factori sistemici care contribuie la apariția erorilor medicale și a unui cadru de asigurare considerat insuficient de către majoritatea respondenților. Studiul identifică probleme structurale majore și formulează soluții coerente, susținute de răspunsurile și corelațiile evidențiate statistic. Structurarea problemelor și soluțiilor permite o abordare aplicată, orientată către politici publice eficiente.

I. Probleme identificate

1. Probleme ale sistemului de asigurări de malpraxis

- Lipsa protecției reale oferite de polițele de malpraxis – doar 4% dintre medici se simt pe deplin acoperiți.
- Necunoașterea obligațiilor contractuale și lipsa informării din partea asiguratorilor.
- Clauzele esențiale (anterioritate, perioadă extinsă de raportare) sunt aproape necunoscute.
- Majoritatea medicilor consideră că polițele nu acoperă daunele morale sau sunt insuficiente.

2. Deficiențe sistemice și organizaționale

- Epuizarea profesională, suprasolicitarea și lipsa pauzelor afectează performanța și cresc riscul de erori.
- Deficitul de personal, lipsa resurselor materiale, programul de lucru extins, sunt factori recurenți în percepțiile privind malpraxisul.
- Lipsa sprijinului instituțional și responsabilizarea exclusivă a medicului în cazurile de malpraxis.

3. Probleme ale cadrului juridic și de reglementare

- Sistemul actual este perceput ca punitiv și nefuncțional, centrat pe culpabilizarea medicului.
- Durata excesivă a cercetărilor: în 50% din cazuri depășește 1 an, în 10% – peste 5 ani.
- Impredictibilitatea și lipsa de transparență în soluționarea plângerilor.

4. Probleme legate de activitatea în gardă

- Gărzile implică frecvent peste 24–30 de ore de muncă continuă.
- Presiunea decizională, epuizarea fizică și lipsa de recunoaștere profesională sunt factori majori de stres.
- Remunerația redusă determină intenția de a părăsi sistemul, afectând retenția personalului.

5. Alte disfuncționalități sistemice

- Presiunea mediatică și așteptările nerealiste din partea pacienților cresc stresul profesional.
- Lipsa unor protocoale clare contribuie direct la erori medicale.
- Nerecunoașterea culpei sistemului.
- Corelațiile confirmă un cerc vicios între stres, decizii sub presiune și scăderea calității.

II. Soluții propuse

1. Reformarea sistemului de malpraxis și a polițelor de asigurare

- Înlocuirea sistemului actual cu un mecanism de despăgubire a pacientului pentru prejudicii.
- Clarificarea clauzelor contractuale și informarea completă a medicilor la semnarea poliței.
- Creșterea sumelor asigurate și extinderea clară a acoperirii daunelor morale.
- Recunoașterea culpei sistemului.

2. Îmbunătățirea condițiilor de lucru și a resurselor disponibile

- Investiții în personal și infrastructură medicală.
- Introducerea pauzelor obligatorii și reducerea volumului de muncă continuu.
- Planificare predictibilă a gărzilor și plafonarea orelor lucrate.

3. Sprijin emoțional și profesional pentru medici

- Programe de consiliere psihologică și sprijin pentru medici.
- Formarea continuă și protocoale de intervenție pentru decizii critice.
- Recunoașterea oficială a riscurilor și eforturilor profesionale prin politici instituționale.

4. Modernizarea și umanizarea gărzilor medicale

- Remunerarea corectă a gărzilor, inclusiv tarif orar echitabil, la nivelul celui corespunzător normei de bază
- Reorganizarea gărzilor în ture de 12–16 ore sau partajarea lor între medici.
- Oferirea unei zile libere după gărzi extinse pentru recuperare.

5. Regândirea relației pacient–sistem–medic

- Campanii de educație a publicului privind limitele actului medical.
- Introducerea răspunderii instituționale în erorile sistemice.
- Reducerea presiunii juridice și creșterea predictibilității deciziilor instanțelor.



Anexe

Anexa nr. 1 Răspunsurile deschise la solicitarea:

Vă rugăm să indicați câteva exemple de situații în care deficiențele sistemului contribuie la ivirea cazurilor de malpraxis medical sau le determină, indicând și tipul de determinare (contribuție sau cauzare)! 158/714 răspunsuri oferite

1. Lipsa medicilor de pe liniile de garda pe specialitățile esențiale medicinei de urgență (lipsa imagisticii în serviciul de urgență duce la întârzierea răspunsului medical optim, lipsa neurologului din linia de gardă îngustează foarte mult fereastra de timp pentru tromboliză)
2. lipsa aparaturii necesare pentru anumite intervenții
3. volumul mare de lucru (normare la timp nu la proceduri și lipsa medicilor) expune direct medicul la malpraxis
4. "- timp mare de așteptare pentru a face o programare la consultație
5. timp prelungit de așteptare în vederea investigațiilor paraclinice"
6. "1).Supraaglomerarea camerelor de gardă inclusiv cu cazuri cronice, 2)Lipsa resurse umane/dotare echipamente în spitale care nu sunt centre universitare, astfel încât se supraaglomerează cele de nivel 1, 3)Pacienții neasigurați care NU reprezintă urgență, inclusiv cetățenii străini beneficiază gratis de servicii medicale ceea ce consumă timp, bani în detrimentul pacienților care sunt urgenți 4)implicarea mai mare a medicinei de familie pentru investigarea/programarea pacienților la investigații, consulturi de specialitate 5)personalul medical ar trebui să fie ca și în alte domenii *beneficii* în sensul în care fie să ai scutire de plată unor servicii medicale/investigații
7. sau chiar asigurare de sănătate 6)implicarea mai mare a CMB inclusiv a Spitalelor angajatoare în ceea ce privește protejarea medicilor vizavi de o posibilă culpă medicală prin avocați/juristi, inclusiv în fața mass media 8) asigurarea obligatorie de sănătate ar trebui să fie o sumă fixă pentru toți cetățenii și nu procent din venituri 9)luarea în discuție a vârstei de pensionare în specializări cu stres fizic, psihic și contagios 10)asigurările de malpraxis au multe lipsuri 11)plată garzilor corespunzător la salariu actual 12) pensiile în sistemul medical necorespunzător în sens negativ față de contribuții"
8. "1. Lipsa spitalelor noi
9. 2.Aprovizionarea inconstantă cu medicamente, consumabile și echipamente medicale precum și utilizarea unei aparaturi uzată moral și cu servicii făcute ocazional
10. Personal insuficient numeric"
11. "1. Șeful Corpului de Control al Ministrului Sănătății nu are expertiză și nici competențe în sistemul medical; pe cale de consecință orice acțiune de control și constatare în ceea ce privește eventuale cazuri de malpraxis este ilegală și neetică, perpetuând de fapt stările de fapt.
12. Managerii unităților spitalicești nu au pregătire medicală, situația conducând la consecințe similare cu cele din cazul mai sus amintit.
13. Medicii sunt obligați de către conducătorii sistemului să efectueze activități profesionale conexe NEREMUNE RATE (operator calculator), cu repercursiuni nefaste asupra actului medical și activității profesionale medicale."
14. 1Abuzul în servicii în formă continuă din partea medicului șef de secție.
15. Absența legislației cu privire la pacientul terminal, numărul prea mare de pacienți alocați unui doctor/ din lipsa de personal, lipsa posibilității izolării pacienților cu diferite infecții, extinderea activității în afara orelor de program fără compensarea orelor suplimentare, comasarea orelor de muncă din programul normal cu orele din programul de gardă rezultând 30 de ore continue de muncă
16. Absența specialiștilor în gardă în spitalele publice
17. Acoperirea garzilor deficitară, care duce la multe ore suplimentare, în care medicul poate fi obosit. Totodată în spitale mici se fac garzi mixte- adulți-copii, care de asemenea pot fi sursa de malpraxis...
18. Acuzarea separată a medicului, nu a instituției unde lucrează
19. Adresare tardivă la medic a unor pacienți care s-au pierdut în haosul programărilor succesive (medic de familie, investigații paraclinice, consult medic specialist) - atât determinare cauzală (timp de așteptare nejustificat de lungi pentru exploari imagistice decontate de către CASS (în special RMN, PET CT dar și unele investigații de tip CT) cât și determinare contributivă (lipsa de transparență vis-a-



- vis de obtinerea unei consultatii la un medic specialist, lipsa de transparenta privind programarile pentru internare in special in sectii mai aglomerate, insuficienta reprezentare in teritoriu a unor specialitati, cum ar fi chirurgia vasculara)
20. Aparat ecografic cu defectiuni, fara posibilitatea de a da imagini, investigatia nu se salveaza in Pacs. Imposibilitatea de a avea acces la imagini efectuate in alta unitate publica sau privata, pacientii nu primesc imagini sau le pierd...e important sa stii daca o leziune este recent aparuta
 21. "Aparate vechi / lipsa aparate - cauza + contribuție
 22. Lipsa medicamente / consumabile - cauza + contribuție
 23. Personal insuficient - cauza + contribuție"
 24. Aparatura invachita sau care exista in inventar dar nu are consumabile sau medic Care sa interpreteze rezultatul
 25. Aparatura invchita
 26. Aparatura uzata fizic si moral
 27. Apariția cazurilor nosocomiale
 28. "Cadre medicale prost pregătite. Nr insuficient de medici. Lipsa specialități multiple în spital. Manageri de spitale incompetenți, rauvoitori. Lipsa aparatura medicala și consumabile.
 29. Legislația în vigoare este ignorata aproape complet."
 30. Carenta protocoalelor de gestionare a pacientilor in urgenta sau nerespectarea acestora pot determina prejudiciul pacientului, element care, asociat cu carentele logistice existente in domeniul sanitar din Romania pot conduce frecvent la situatii de mal praxis.
 31. "Cauzaliatate- lipsa de protocolae, lipsa de personal auxiliar care sa comunica cu pacientul, numar mic de medici in anumite zone din tara- depasire constanta de norme
 32. Contributie: adresabilitate la medic fara ca pacientul sa prezinte istoricul complet
 33. lipsa actelor medicale, in special cand vin din alte servicii, din regi m privat/UPU
 34. telemedicina"
 35. Cea mai mare si importanta:LIPSA APORTULUI DE OXIGEN DIN PERETE IN SECTIA DE MEDICINA INTERNA,NOU RENOVATA!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!! acesta fiind furnizat in cantitate redusa si cu debit slab,de concentratoarele portabile de oxigen,primite de sectie,prin donatie!
 36. Deficiente în Medicină primară în teritoriu, lipsa policlinicilor de stat în teritoriu cu supraaglomerarea triajului spitalelor și a unităților de primire urgențe . Casa de asigurări suporta doar 3 consultatii prenatale pe sarcină la femei asigurate și toate investigațiile decontate necesită timp și birocrație.
 37. Deficit personal
 38. DEFICITUL MAJOR DE PERSONAL duce la incarcarea prin volume foarte mari de pacienti a medicilor si nu exista nici o reglementare privind timpul actului medical per pacient ... codul muncii are doar o fraza voalata totul fiind exprimat in sensul ..angajatorul are obligatia sa asigure conditiile de munca optime ... asta inseamna 0 pt managerii de spitale din romania(care in continuare cred ca contractele de garzi is obligatorii si sincrone cu cele de munca cu norma intreaga si la fel pt cas ambulator) guvernul roman si in special ministerul sanatatii a facut un cadru legislativ care e similar cu "sclavagismul" fara evaluari si salarizare diferentia la fct de performante...care vine cu initiative de gen ...in maxim 2 h sa se solutioneze cazul prin cpu iar pt radiologi sunt majoritatea cu 3 surse de pacienti sincrone la orice ora sectii cpu si ..ambulator ... pt ca nu intereseaza pe nimeni ca in 6 h ti se cere sa lucrezi ..sincron din 3 surse pe 3 aparate daca nu ai colegi suficienti si mai ales in garzi ai acest tratament preferential ca angajat spital ...pt ca nu se VREA compartimente de radiologie speciale cpu cu angajati proprii cu sporuri addcvate
 39. Depășirea competenței când spitalul nu are angajat pt anumite specialitati
 40. Desființarea unei secții de ATI sub pretext de renovare, cu alocarea unui numer insuficient de paturi, de personal, la același nr de paturi al unității sanitare
 41. Dificultatea de a transfera un pacient internat de pe o secție pe alta, în cazul apariției unor complicații.
 42. Discontinuități in furnizarea de medicamente, lipsa unor materiale medicale, disfuncționalități ale sistemelor informatice
 43. Dotare inadecvată a spitalelor, protocoale deficitare de trimitere a cazurilor grave către unități de rang superior, absența unor măsuri punitive pentru solicitări aberante de consult
 44. "Dotări și personal insuficient
 45. Specialități deficitare"
 46. End of life nereglementat, infectiile pacientului in stare grava
 47. Este supusă legii resuscitarea cu orice preț,indiferent de starea pacientului.Se confundă paleatia cu terapia intensiva.Etc.



48. *Ex lipsa procedura clara de adresare a cazurilor dificile catre spitale ierarhic superioare*
49. *Exemplu: la un pacient critic din terapie intensiva, din 28 de medicamente prescrise farmacia imi elibereaza 7 pe motiv ca nu sunt bani sau nu se gasesc banalele medicament...*
50. *Exista proceduri rudimentar dar nici acelea nu sunt respectate. Procedura se face dar este nefunctionala*
51. *"-fonduri insuficiente, in special pentru medicamnete si aparatura medicala;*
52. *-numirea politica a managerilor sau implicarea politica in promovarea anumitor persoane in functii de conducere;*
53. *-plata de catre CNAS a serviciilor medicale mult sub costul real al acestora;*
54. *-subfinantarea spitalelor;*
55. *-contractele pe care le semneaza spitalele cu CAS obliga practic la internari de zi sau continue in baza unui istoric si nu a situatiei reale a cazurilor;*
56. *daca ""nu se fac"" numarul de cazuri intr-o luna, unitatea sanitara risca sa primeasca fonduri care sa nu acopere toate cheltuielile spitalului."*
57. *Garda pe Ati este de 24 h urmand ca apoi, din cauza subnormarii personalului sa fii nevoit sa iti desfasori in continuare activitatea pana la 32 h . Dupa atatea ore de munca nu avem dreptul la odihna minim 24 h pana la reluarea activitatii*
58. *"Gărzi acoperite de persoane insuficient calificate pe profil(ex-o linie de gardă pe toate specialitățile chirurgicale)*
59. *Persoane de peste 70 ani în line de gardă urgențe, fără formare minimă în Urgență (măcar modulul de med de Urgență prespitaliceasca)*
60. *Lipsa colaborării forurilor de conducere. DSU solicită raportări în mod constant, dar e un departament subordonat MAI!!! Noi lucrăm în sistemul medical, alt minister!!! Dacă MAI ne stresează constant cu raportări urgente, să ne și pensioneze la 50 plus!!!"*
61. *In cazurile de hidrocefalie nu avem medicatid in spital. In cazul pacientilor care necesita interventii neurochirurgicale nu avem mereu anticoagulantr, antibiotice, iar daca avem acestea se schimba constant favorizand aparitia rezistentelor. De cele mai multe ori eu personal cumpar din banii mei sau rog pacientii sa-si cumpere cele necesare pentru a putea desfasura actul medical in conditii optime. Apoi lipsa de personal, lipsa unui instrumentar bun, programul haotic, toate duc la afectarea actului medical si la erori medicale uneori fatale, pe care din pacate medicul curant si le asuma. Programul neurochirurgului se termina la ora 14, dar noi stam pana dupa ora 17 si nu suntem platiti pentru orele suplimentare. Garzile epuizante si salariul mic (in special in cazul medicilor ca mine care nu accepta bani de la pacienti si traiesc strict din salariu) demotiveaza si epuizeaza. Principala problema actuala ar fi lipsa medicamentelor si a instrumentelor necesare pentru un act medical decent. Daca totusi apar erori in actul medical medicul curant este tras la raspundere fara ca sistemul sa fie mentionat macar.*
62. *În garda nu sunt asigurate toate soecialitatile ex chir vasculara plastica nch.*
63. *"In pediatrie lipsa supraspecializarilor de urgente pediatrice sau terapie intensiva pediatrica (medicii pregatiti in specialitatea de urgenta sau terapie intensiva de adulti au uneori dificultati in a trata pacientul pediatric). Ar fi utila o forma de pregatire suplimentara pentru aceasta categorie.*
64. *Ramanerea in serviciu dupa garda (dupa 24 ore) creste riscul de erori medicale, ar trebui ca medicul de garda sa plece obligatoriu acasa dupa garda, ar fi utila chiar o pauza compensatorie dupa garda"*
65. *În primul rând epuizarea medicilor. Aceștia nu beneficiază de timp liber după gardă. După gardă, epuizat, medicul rămâne la programul "normal" de lucru, în care consultă, ia decizii, operează etc.*
66. *In spitalele municipale, in care exista CPU, medicul de pe sectie este chemat la toate consultatiile din urgenta asigurand in acelasi timp si sectia de Pediatrie si pe cea de Neonatologie. Unele garzi sunt chiar epuizante.*
67. *Instrumentar ieftin care se uzează rapid, greu de înlocuit.*
68. *"Instrumentar neadecvat*
69. *Lipsă medicamente*
70. *Lipsă personal"*
71. *Instrumentar uzat neadecvat, lipsa materialelor esențiale și ale medicamentelor*
72. *Intarzierea livrarii componentelor sanguine, durata lunga de obtinerea rezultatelor pentru analizele medicale, lipsa unor medicamente critice, ieftine in farmacia spitalului, in favoarea medicamentelor foarte scumpe*
73. *Intermitentele în asigurarea analizelor, medicației, materialelor*
74. *Lacune legislative majore*



75. *"Legislația prea stufoasă, birocrăția care practic exclude accesul la unele tratamente. Dotările proaste și mizeria din spital sunt ele în sine un malpraxis al sistemului.*
76. *Infrastructura IT netransparentă și defectuoasă - nu se poate prescrie un medicament dacă el nu apare în lista softului , lista care poate fi eronată, neupdatată etc."*
77. *Legislație învechită, insuficientă, contradictorie*
78. *"Legislație stufoasă cu reglementări care nu sunt în legătură unele cu altele.*
79. *Instituții independente care nu au o cale de comunicare oficială (DSP, CJ/NAS, CENTRE DE TRANSFUZII)*
80. *Lipsa reglementărilor și obligativității centrelor private de a comunica informații sau de a-și urmări pacienții.*
81. *Imposibilitatea de a controla activitatea spitalelor mici ."*
82. *"Lipsa activității de prevenție în medicina primară care duce la agravarea bolii când pacientul se prezintă la medicul specialist, cu creșterea riscului de evoluție nefavorabilă și a nemulțumirii pacientului...*
83. *Plimbarea pacienților la mai mulți medici, astfel ca, atunci când ajung la medicul care se ocupa de ei, pacienții devin foarte atenți și sensibili la orice fapt, gest medical, dotare spitalicească care ,în opinia lor, a/au dus la o eventuală evoluție nefavorabilă a bolii..."*
84. *lipsa analizelor, medicamentelor, îngrijirea unor pacienți cu comorbidități ce depășesc competența , epuizarea de după gardă*
85. *Lipsa antibiotice,criza sange, lipsa alimentatie parenterala ,garzi 24 de ore suprasolicitarea, etc*
86. *Lipsa aparaturii si a altor specialitati.*
87. *Lipsa aparaturii si a medicilor de specialitate in unitatile sanitare din orase mici*
88. *"LIPSA CLARITATII REGLEMENTARILOR IN RAPORTURILE DE MUNCA*
89. *INCARCAREA EXCESIVA , UNEORI CHIAAR ABUZIVA CU SARCINI (EXEMPLU: OBLIGAREA MEDICILOR DE A PRESTA SERVICII MEDICALE, DE A EFECTUA GARZI IN AFARA SPECIALIZARILOR OBTINUTE, PRIN DIVERSE ACTE NORMATIVE CARE AU VALOARE JURIDICA MAI MICA DECAT CELE IN CARE SUNT PREVAZUTE RESPONSABILITATILE)"*
90. *"Lipsa de aparatura medicala de baza ca tensiometre functionale, pulsoximetre, monitoare*
91. *Spitalele pavilionare in care depundem de transportul cu ambulanta, uneori durand ore pana cand o ambulanta este disponibila"*
92. *Lipsa de dotare cu aparatura și de medici, care întârzie diagnosticul;lipsa de medicamente*
93. *Lipsa de dotări*
94. *Lipsa de organizare, suprasolicitarea unor specialitati in dauna altora*
95. *Lipsa de personal conduce la suprasolicitarea cadrelor medicale și ca o consecință crește riscul de greșeli involuntare*
96. *Lipsa de personal duce la epuizarea personalului, personal pregătit insuficient și dare dezvoltă în timp lipsa de interes fata de pacient și actul medical*
97. *Lipsa de personal și de consumabile, pe lângă modul în care se fac angajările și slaba pregătire în special a personalului mediu*
98. *Lipsa de personal si organizarea deficitara ce determină burnout-ul celor activi. Mai ales în spitalele de urgenta.*
99. *"Lipsa de personal specializat.*
100. *Număr insuficient de cadre sanitare, de toate gradele. Asistente și personal auxiliar insuficient care nu poate desfășura o activitate corectă oricât s-ar strădui.*
101. *Lipsa unor specialități (ex. chirurgie pediatrică sau neurologie pediatrică) care îngreunează începerea în urgență a unui tratament și plimbă pacientul între Spitale. Etc. Etc. Etc...."*
102. *Lipsa de personal, orele de munca extinse, lipsa protocoalelor*
103. *lipsa de personal, starea de oboseala a personalului existent subdimensionat*
104. *Lipsa de personal.*
105. *"Lipsa de posibilitate de testare hepatite virale, Pcr, alte analize în spital de urgență (la stat)*
106. *Lipsa de medicamente, imprecizibilitatea în achiziționarea de materiale sau medicamente necesare desfășurării activității*
107. *Lipsa de circuite (fizice) în spitalele vechi de stat*
108. *Nerecunoaștere de către conducere a deficiențelor de materiale/ personal... Etc"*
109. *Lipsa de specialiști, necesitatea depășirii competenței aferente specializării în special în serviciul de urgenta*
110. *Lipsa dotari echipamente*



111. *Lipsa dotarilor determina imposibilitatea efectuării actului medical în condiții de siguranță*
112. *Lipsa echipamentelor funcționale, lipsa medicamentelor*
113. *Lipsa ghidurilor, lipsa posibilității de investigare, lipsa liniilor de gardă pe multe specialități, suprasolicitarea celor puțini rămași în sistem*
114. *Lipsa infrastructurii specifice anului 2025, modul rigid prin care se fac angajările duce la lipsa de personal din multe spitale, imposibilitatea medicului de a lucra un anumit procent din norma de bază (ex 70%).*
115. *Lipsa investigațiilor necesare*
116. *Lipsa investigațiilor necesare în spitalele din provincie, deficit de personal medical, muncă excesivă în spitalele județene pe când în spitalele municipale trimit orice caz indiferent de complexitate doar ca să muncească mai puțin iar salariile sunt nediferențiate, program normal de muncă după o gardă de 24h*
117. *"Lipsa liniei de gardă ATI*
118. *Linii de gardă chirurgicale funcționale"*
119. *Lipsa locurilor în spital, inexistența medicinei preventive, lipsa medicamentelor sau a laboratoarelor non stop, oboseala personalului.*
120. *lipsa materiale, tehnica, medicamente, personal, protocoale etc*
121. *Lipsa materialelor cu imposibilitatea aplicării protocoalelor.*
122. *Lipsa materialelor de lucru și a unor medicamente.*
123. *Lipsa materialelor medicale, lipsa personal*
124. *"Lipsa medicamentelor adecvate*
125. *Lipsa locurilor*
126. *Deficit în medicina primară curativă*
127. *Organigrame mici, secții supraglomerate*
128. *Lipsa procedurilor clare în cazul pacienților paleativi și criterii stricte de admitere în terapie intensivă"*
129. *Lipsa medicamentelor și materiale sanitare. Lipsa tehnologie.*
130. *Lipsa medicamentelor, lipsa materialelor. Lipsa aparaturii*
131. *Lipsa medicamentelor în Spital; Lipsa medicilor pentru colaborare în vederea precizării unui diagnostic corect; Lipsa aparaturii pentru explorare completă a bolnavului*
132. *"Lipsa medicamentelor și materialelor sanitare din spitale duce la tratament incomplet sau ineficient al pacientului*
133. *Lipsa medicilor de specialitate din liniile de gardă duce la obligația transferului pacientului de cele mai multe ori către un spital din centru universitar*
134. *Infrastructură insuficientă pentru transferul pacienților duce la timpuri foarte mari de așteptare și întârzierea actului medical cauzând complicații, chiar deces uneori*
135. *Dificultatea și durata aprobării efectuării unui transfer duce la întârzierea actului medical.*
136. *Secții de ATI care funcționează doar de luni până vineri 08-15 și cu linie de gardă la domiciliu care îți permit doar pe hârtie și în teorie să funcționezi, în realitate actul medical și îngrijirile medicale de specialitate fiind întârziate deoarece pacientul necesită transferul într-o unitate spitalicească cu gardă ATI efectuată fizic în spital*
137. *Lipsa posibilității efectuării unui minim de investigații clinice și paraclinice duce la diagnostic incomplet sau eronat*
138. *Lipsa aparaturii medicale duce la imposibilitatea tratării pacientului și întârzierea actului medical*
139. *Personalul medical și auxiliar insuficient duce la timpuri mari de așteptare și întârzierea actului medical"*
140. *Lipsa medicației corespunzătoare uneori, lipsa locurilor în alte secții când e necesar transferul (ATI de exemplu)*
141. *Lipsa medicației, lipsa aparaturii, lipsa ghidurilor oficiale unificate, lipsa unei structuri de învățare unificate, legi care promovează abuzul medical și lipsa de protecție/modalitate de refuz a cazurilor abuzive, imposibilitatea de a trimite a cazurilor ușoare de la un spital de nivel superior la altul de nivel inferior pentru decongestionare etc.*
142. *"Lipsa medicației (antibiotice, cortizon)*
143. *Lipsa aparaturii de diagnostic*
144. *Lipsa specialiștilor care nu sunt stimulați să vină în spital"*
145. *Lipsa medicilor duce la suprasolicitare și greseli involuntare în gândire*
146. *Lipsa personal*



147. *lipsă personal , lipsa de proceduri de transfer interclinis*
148. *Lipsa personalului medical de toate tipurile,proasta finanțare a sistemului sanitar, lipsa medicamentelor si a materialelor*
149. *Lipsa personalului medical, suprasolicitarea, depășirea competentelor*
150. *Lipsa procedurilor standardizate la nivel national*
151. *"Lipsa procedurilor*
152. *Lipsa materialelor specifice pentru operatii"*
153. *Lipsa protocoale , medicamente, materiale sanitare, personal medical*
154. *Lipsa protocoalelor*
155. *Lipsa protocoalelor si a materialelor*
156. *Lipsa resurselor materiale!!!Prea puțini Medici de Urgență!!!*
157. *Lipsa standarde si protocoale de practica medicala. Chiar daca exista acestea, marea majoritate nu se pot aplica*
158. *Lipsa turnover ului instrumentelor medicale, neasigurarea consumabilelor și obligația în același timp de a folosi materiale de unică folosință - absurd*
159. *"Lipsa unor linii de garda in specialitati importante in spital judetean(neurologie, cardiologie, medicina interna) si fortarea medicilor din alte specialitati sa le preia*
160. *Lipsa unor protocoale clare cu spitale de rag superior pentru preluarea unor cazuri care depasesc competenta spitalului judetean*
161. *Lipsa locurilor in sectiile de terapie intensiva si blocarea lor cu pacienti de paliatie, deasupra resurselor terapeutice"*
162. *Lipsa unor linii de garda obliga medicii de alte specialități sa trateze cazuri complexe ale altor compartimente*
163. *Lipsa unor masuri legislative vis a vis de cazurile aflate deasupra resurselor vezi cazul pantelimon. Medicii de garda muncesc practic 36 ore. Sunt obligati prin lipsa acoperirii sectiei sa rămână în spital si sa profeseze*
164. *Lipsa unor medicamente absolut necesare, deficiente in aprovizionare datorate furnizorilor, aglomerarea spitalelor*
165. *Lipsa unor medicamente, organizarea defectuoasă a activității din spital. Încărcarea prea mare a medicul cu sarcini care ar putea fi efectuate de personal auxiliar (secretar, registratori)*
166. *Lipsa unor medicamente/acces la investigații recomandate în ghiduri, deficit major de personal*
167. *"lipsa unor medicamnte/ lipsa de mijloace de transport interspitale*
168. *lipsa de medici si asistente medicale de diferite specialitati"*
169. *"Lipsa unor resurse , unele esentiale în urgentele majore- cauzalitate*
170. *Adresabilitate foarte redusa a unor boli grave ce ameninta viata- cauzalitate*
171. *Birocratia sufocanta si invalidanta- cauzalitate*
172. *Sistemul informatic prost conceput -cauzalitate"*
173. *"Lipseste asigurarea institutionala*
174. *Nu exista protectie la nivelul institutiei*
175. *Se iau in considerare toti imbecilii care reclama"*
176. *Medici din sistem care pun pe primul plan interesul financiar în detrimentul tratamentului de unde rezulta o serie de erori ce duc la malpraxis (redirecționarea pacienților în privat pentru a achita consultații și investigații care în mod normal sunt disponibile la spital de stat gratuit)*
177. *"Medicii sunt angajati ai unei institutii de stat care le pune la dispozitie dotarile si capacitatile de care dispune.*
178. *Nu este vina medicului ca institutia angajatoare nu ofera toate dotarile necesare pentru desfasurarea actului medical.*
179. *Malpraxisul reclamat de un pacient ar trebui adresat institutiei medicale, iar aceasta ar trebui sa ""regleze"" situatia in cauza cu masurile ce se impun in urma unei anchete interne.*
180. *Ceva similar cu ceea ce se intampla in alte tari ale CE."*
181. *"Modalitatea in care este organizat sistemul de garzi - prea putin personal, obligativitatea de a continua programul normal de lucru imediat dupa garda etc.*
182. *Lipsa medicatiei sau aparaturii.*
183. *Dificultatile de colaborare intre unitatile sanitare."*
184. *mult prea multi pacienti pentru un medic si o perioada de timp*



185. *Nerespectarea condițiilor minime de avizare a structurilor medicale din punct de vedere al spațiilor în sistemul sanitar de stat, absența unor medicamente sau materiale sanitare, destul de frecvent pe vicii de aprovizionare sau din motive economice*
186. *Nr. foarte mare de consultații pe tură care pot duce la erori medicale. (în upu peste 100/120 consultații pe 12 ore/tură.*
187. *Nu funcționează protocoalele între spitale*
188. *nu vreau*
189. *"Numărul mare de pacienți*
190. *Timp insuficient de examinare și tratare a pacientului*
191. *Numărul mare de nopți*
192. *În UPU ar trebui să se definească ""urgenta""; să se schimbe timpii de așteptare ai tirajului național, să se stopeze abuzarea sistemului de urgență"*
193. *Numirea managerilor pe criterii politice determină numirea unor manageri care nu au legătura cu funcția pe care o ocupă. Lipsa echipamentelor, medicamentelor, dotărilor, etc datorate lipsei de înțelegere a managerului duce foarte ușor la erori - nu poți trata bolnavii când nu ai cu ce.*
194. *Organizarea unui punct/masă de reanimare neonatală/ a sugarului mic/ sau a pacientului pediatric în cadrul UPU.*
195. *Pacienți internați abuziv prin decizie șef gardă care nu au patologie de Chirurgie plastică-vezi piciorul diabetic și gangrena de picior, lipsa microscopului din dotare necesar pentru replantări, revascularizări degete, lipsa unei unități arși sau compartiment arși într-un județ cu minim 1 ars mare (suprafață peste 60%) într-o lună, etc*
196. *"Pacientul nu se poate programa la un consult sau o investigație la stat într-un timp decent. Programările se fac peste luni de zile. Pacientul vine la UPU, crezând că poate rezolva problema mai repede. Frecvent, nu se poate rezolva la UPU, dar printre cazuri nonurgente, apar și cele urgente. Toate cazurile trebuie rezolvate repede, deoarece la urgente lucrurile se mișcă repede. Altfel, pacientul își pierde răbdarea și amenință, injură, lovește. Nu interesează pe nimeni ca medicul trebuie să ia niște decizii corecte! Pacientul vrea repede, nu bine! Dar asta, până se întâmplă ceva nedorit, și atunci spune la TV că medicul e criminal și trebuie decapitat.*
197. *În multe locuri lipsesc spitalele mari, multidisciplinare. Ai nevoie de un consult interdisciplinar, iar în spitalul în care lucrezi nu ai un medic pentru acea specialitate. Te apuci să suni la alte spitale, chiar în alte județe, pierzi timp cu numeroase telefoane (primul nu are locuri, al doilea nu are ATI, al treilea nu îți răspunde la telefon etc). Trimiteți fără aviz la cel mai apropiat spital. Aștepti ambulanța care nu vine. Pacientul se degradează și... Așa apare amenințarea malpraxisului.*
198. *Si te gândești, să încerci să supraviețuiești în acest sistem sau să pleci în alt sistem funcțional?"*
199. *Personal insuficient*
200. *Personal insuficient ceea ce duce la timpuri prelungite de preluare, monitorizare, tratament pacienți*
201. *"personal insuficient, aparatură insuficientă, consumabile insuficiente - cauza*
202. *infecții intraspitalicești, condiții de cazare proastă - contribuie"*
203. *"Personal medical în nr mic raportat la nr mare de pacienți, de unde rezultă timp puțin cu pacientul, pacienți nemulțumiți de comunicarea cu medicul*
204. *Personal medical în nr. mic- liste de așteptare pt o programare de câteva luni, pacienți nemulțumiți, etc.*
205. *Lipsa unor protocoale la nivel național care să fie folosite strict în spitale."*
206. *"Personal medical insuficient*
207. *Dotare proastă a spitalului"*
208. *Posturi blocate în specialități deficitare și modul greoi de scoatere la concurs a unor posturi vacante*
209. *Prea puțin personal medical față de numărul pacienților prezentați în urgență*
210. *"Sistem de transfer în urgență slab reglementat, cu posibilitatea refuzului transferului de către multiple spitale*
211. *Lipsa reglementării clare a limitelor de competență pe specialități"*
212. *Șoc hemoragic operat pe bază de tușeu rectal, puls și tensiune arterială!*
213. *Spitale vechi, colonizate cu tot felul de germeni, aglomerate, personal insuficient, lipsa apei calde, etc*
214. *Spitalele orășenești transferă către spitalele mai mari foarte multe cazuri pe motiv că nu le pot gestiona sau că nu au anumite investigații disponibile și consulturi de specialitate. Nimeni nu își mai*



- asuma nimic. Este mai ușor să se scrie un bilet de trimitere și să solicite ambulanța de transfer decât să mai gândească cazurile.*
215. *Spitalul trebuie judecat și să plătească daune deoarece el i-a banii de la CAS, și în tratamentul bolnavului sînt implicați mulți angajați care fiecare printr-o mică omisiune pot contribui la eveniment*
216. *Subfinanțare cronică*
217. *"Subnormare cu personal de specialitate*
218. *Lipsa personal de specialitate în unele specialități medicale face ca atribuțiile acestora să fie suplinite de personal de altă specialitate, ducând la depășirea competențelor, cu mari posibilități de eroare medicală, cazuri tot mai întâlnite în spitalele din România și pentru faptul că personalul medical migrează spre sectorul privat sau părăsește țara*
219. *Toate aceste lucruri duc la epuizarea personalului angajat în spitalele de stat, unde volumul de muncă este foarte mare și posibilitatea de recompensare a muncii este plafonată.*
220. *În consecință fenomenul de burnout este larg răspândit printre cadrele medicale."*
221. *"Supraaglomerarea*
222. *Lipsa de personal medical*
223. *Suprasolicitarea"*
224. **SUPRAAGLOMERAREA CAMERELOR DE GARDA CU NON URGENTE**
225. *"Suprasolicitarea din cauza lipsei de personal*
226. *Presiunile puse de conducerea unității*
227. *Aparatura veche cu defectiuni repetate și uzură morală și fizică"*
228. *Suprasolicitarea la locul de muncă, este nevoie de mai mult personal medical angajat, în special în serviciile ce asigură urgențele și gardile; Pacienții ne respectuoși față de sistemul medical și irresponsabili; Dotarea slabă a spitalelor*
229. *"Suprasolicitarea medicilor din sistemul public, care se confruntă cu un mare număr de pacienți.*
230. *Lipsa posibilităților materiale pentru tratarea anumitor afecțiuni.*
231. *Lipsa dotărilor materiale pentru tratarea arsurilor în spitale județene, dar necesitatea de a trata aceste cazuri din lipsa de locuri în centrele specializate pentru arși."*
232. *Suprasolicitarea personalului, schema de personal redusă*
233. *"Timpul de lucru continuu de 32 de ore atunci când ești de gardă*
234. *Personal insuficient"*
235. *Timpul de lucru de lucru al medicilor peste norma europeană*
236. *Unitatea sanitară nu este solidară cu medicul în caz de malpraxis*
237. *Vid legislativ*



Anexa nr. 2 Răspunsurile la alte forme de organizare a gărzilor

Altă variantă:

1. Zi liberă după gardă, plătită în timpul săptămânii
2. Norma de bază (cu dreptul de a alege între 6 sau 7 ore pe zi
Gardă inclusă obligatoriu (doar în cazul aceluia care desfășoară activitate de 6 ore/zi și trebuie să-și completeze norma de bază) Gărzile pe CIM suplimentar plătite la salar bază actual
3. 7h/zi și garzi platite dublu
4. "CIM-ul
5. Suplimentar să fie plătit la salariul de bază actual"
6. Contract de bază cu posibilitatea de reziliere cu preaviz a CIM, unilateral, fără presiunile și amenințările conducerii
7. "Contracte de colaborare
8. Plata pe performanță"
9. Contracte pe un număr de zile pe an
10. După gardă să avem posibilitatea în cursul săptămânii să plecăm acasă nu să rămânem la program normal și să plecăm la ora 14. În plus nu se respectă programul de 48 de ore consecutiv de odihnă atunci când sunt garzi de sâmbătă și duminică
11. Gardă 12 ore
12. Gărzile să fie plătite la tariful/plata orară, actualizată; + zile de concediu de odihnă pentru timpul lucrat în garzi.
13. Gărzile sunt ore de muncă, iar totalul săptămânal/lunar să nu depășească prevederile legale, ca la orice angajat
14. Introducerea gărzilor în norma de bază
15. Liber după gardă de 24 ore
16. Liber după gardă și scăderea din orele de gardă a orelor necesare pentru pontajul lunar.
17. Liber obligatoriu după gardă.
18. Modificarea radicală a sistemului de efectuare a gărzilor, mai ales în centrele universitare - introducerea gărzilor în spitale acoperite de medici rezidenți de ani mari dublați la domiciliu de medici specialiști sau primari (se poate aplica probabil și în spitalele județene non universitare din orașele reședință de județ prin înțelegere cu centrul universitar cel mai apropiat de orașul respectiv) și reevaluarea serviciilor de gardă din teritoriu care adesea funcționează ca și centre de triere din diverse motive (spre exemplu spitale care au chirurg de gardă dar nu au anestezist de gardă sau nu au servicii imagistice 24 de ore din 24)
19. Norma de bază + garzi efectuate la alegere pe baza de CIM cu timp parțial, PFI sau SRL (forma de organizare juridică) cu încasarea plății BRUT
20. Norma de bază fără gardă inclusă
21. Norma de bază, gardă și zi liberă după gardă
22. Norma de bază, o gardă inclusă și restul gărzilor pe același contract de muncă.
23. Norma de bază + garzi, plătite cubacelasi tarif orar, sau tarif suplimentar pentru garzi, în nici o societate și în nici un domeniu de activitate munca suplimentară nu se plătește cu jumătate de tarif orar
24. Nu voi mai accepta să fac garzi care mi-au distrus sănătatea
 - zi liberă după gardă sau împărțirea gărzilor (garzi de 12h)
25. Plata gărzilor la tariful contractului de bază !
26. Program de lucru normal și garzi de 12 h
27. "Program de zi variabil, între ora 8 și 20.
28. Garzi de 12 ore."
29. Programul actual de lucru pentru cei sub 50 de ani, un program fără garzi pentru medicii care au implinit 50 de ani, aceștia urmand a oferi suport în gardă doar la solicitarea colegilor din gardă
30. Rezidenții să fie considerați medici cu valoare și responsabilitate de medic, astfel ei se pot distribui în program de lucru asemănător cu cel din Anglia: 9-17 5 zile/săptămână, 9-21 la fiecare 2 zile, alternând cu 21-9 4 zile luni-joi, sau 3 zile vineri-duminică, 14-22 în zilele luni-vineri, combinateva iasa orele cu medie de 8 ore/zi, pauza de masă inclusă. În spitale mici e problema că acolo deocamdata nu sunt rezidenți, dar ar trebui să fie.
31. Ture de 12 ore în zilele de weekend și sărbători. Garzi de 16 ore și extinderea programului de muncă la 8 ore pe zi.



Anexa nr. 3 Adresa Autorității de Supraveghere Financiară



Sectorul Asigurări - Reasigurări

VPA 3068 / 27.08.2025

Către: **FEDERAȚIA „SOLIDARITATEA SANITARĂ”**
În atenția: *Domnului Manager Rotilă Viorel*

Stimate Domn,

Referitor la adresa dvs. nr. 107/06.03.2025, înregistrată la Autoritatea de Supraveghere Financiară cu nr. RG 6265/06.03.2025, vă transmitem următoarele informații cu privire la asigurările de malpraxis medical:

Pe piața asigurărilor din România activează 14 societăți de asigurare autorizate de A.S.F. pentru a subscrie riscuri din clasa A13 – Asigurări de răspundere civilă generală, având astfel posibilitatea de a oferi asigurări de malpraxis medical. Dintre acestea, doar 10 societăți practică efectiv acest tip de asigurare, și anume: ASIGURAREA ROMÂNEASCĂ - ASIROM, VIENNA INSURANCE GROUP, ABC INSURANCE, ALLIANZ - ȚIRIAC ASIGURĂRI, COMPANIA DE ASIGURĂRI - REASIGURĂRI EXIM ROMÂNIA, GARANTA ASIGURĂRI, GENERALI ROMÂNIA ASIGURARE REASIGURARE, GROUPAMA ASIGURĂRI, OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP, SIGNAL IDUNA ASIGURĂRI și UNIQA ASIGURĂRI.

Evoluția indicatorilor solicitați pentru perioada 2018-2024 este următoarea:

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Numărul de contracte încheiate în cursul anului (buc.)	150.521	125.557	117.971	126.804	210.297	315.295	300.657
Numărul de contracte în vigoare la sfârșitul Anului (buc.)	140.911	117.376	109.584	119.134	200.341	301.230	309.223
Primele brute subscrise (lei)	19.578.048	19.383.019	20.057.294	23.151.944	33.141.540	67.353.063	77.357.823
Numărul de dosare de daune lichidate sau plătite parțial în cursul anului, din care:	43	56	58	56	60	79	53
- achitate pe cale amiabilă	4	2	0	1	1	3	2
- achitate prin instanțe de judecată	37	45	51	52	46	59	44
- achitate în baza constatărilor Comisiei din cadrul DSP-urilor	11	27	27	30	22	32	24
Indemnizații brute plătite (lei)	1.237.167	1.457.476	1.006.062	1.976.301	1.082.413	1.083.651	1.154.630
Rezerva de daune avizate la sfârșitul anului (lei)	26.013.611	32.154.995	38.307.596	61.630.239	71.559.460	79.366.646	89.975.164

Exemplar 1/2

Pagina 1 din 2

Str. Splaiul Independenței nr.15, sector 5, București
Tel: +4021.659.63.95
office@asfromania.ro; www.asfromania.ro





Sectorul Asigurări - Reasigurări

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Numărul de refuzuri pentru reînnoirea poliței din cauza despăgubirilor anterioare	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Numărul de reclamații, din care:	2	0	1	0	4	1	2
- finalizate favorabil	0	0	0	0	0	1	0
- finalizate ca neîntemeiate	2	0	1	0	4	0	2
- în lucru	0	0	0	0	0	0	0

Menționăm că toate societățile au încheiat asigurări de malpraxis medical pe întreaga perioadă analizată, cu excepția COMPANIEI DE ASIGURĂRI - REASIGURĂRI EXIM ROMÂNIA, care și-a început activitatea de subscriere pe asigurări de malpraxis în anul 2019.

Subliniem următoarele aspecte legate de informațiile prezentate mai sus:

- prin contracte încheiate în cursul anului se înțelege contractele pentru care se înregistrează subscriere de prime de asigurare (sunt excluse contractele emise în cursul unui an, a căror valabilitate începe în anul următor)
- prin contracte în vigoare la sfârșitul anului se înțelege contractele a căror valabilitate expiră după data de 31 decembrie a fiecărui an (inclusiv).

În măsura în care considerați necesar, vă stăm la dispoziție pentru furnizarea oricăror informații și detalii suplimentare.

Cu stimă,

Vicepreședinte

Sorin Cristinel MITTELU



Exemplar 1/2

Pagina 2 din 2

Str. Splaiul Independenței nr.15, sector 5, București
Tel: +4021.659.63.95
office@asfrmania.ro; www.asfrmania.ro

