



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale  
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI  
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI,  
PROTECȚIEI SOCIALE ȘI  
PERSONELOR VÂRSTNICE  
Organismul Intermediar Regional  
POSDRU REGIUNEA Sud-Est

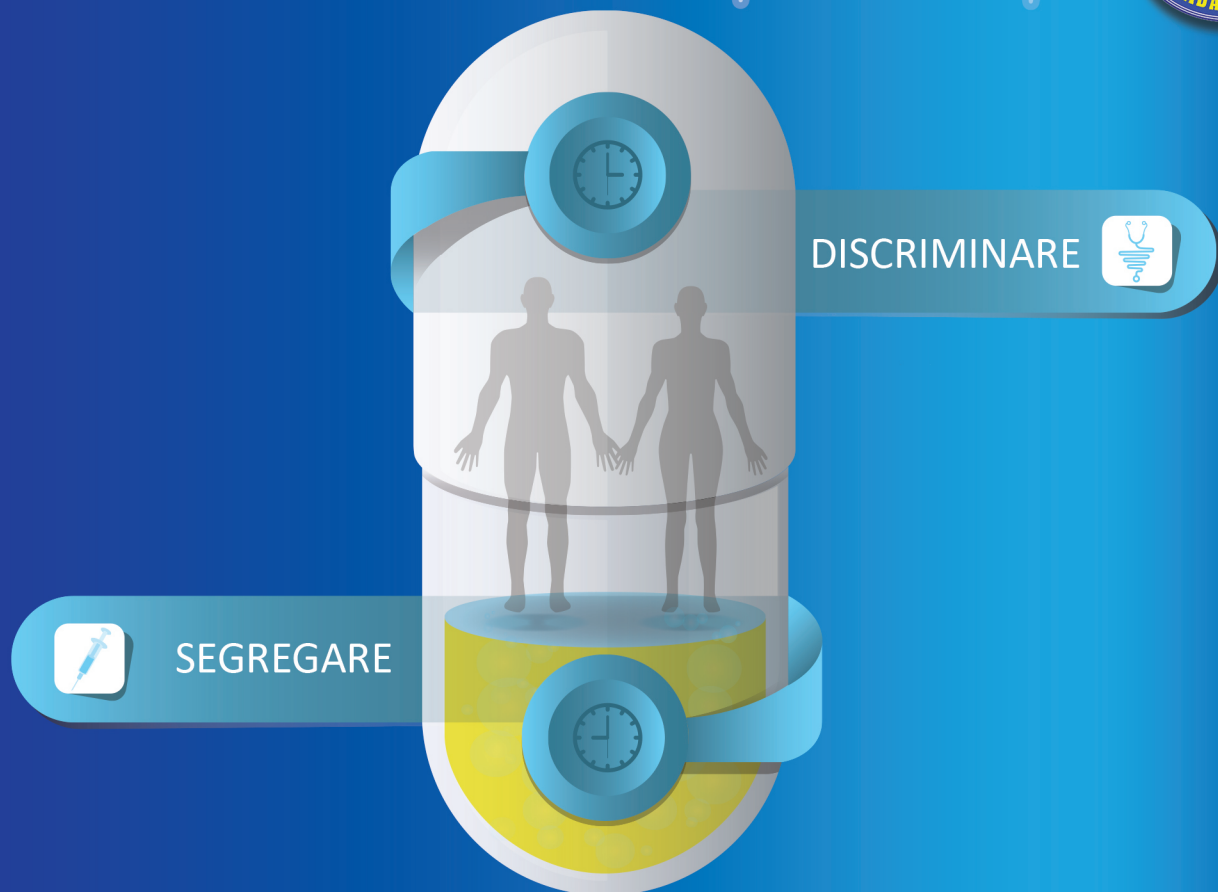


FEDERAȚIA  
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"  
DIN ROMANIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013.

INVESTEȘTE ÎN OAMENI!

CERCETĂRILE AU FOST ORIENTATE ÎN SPECIAL CĂTRE EXPLORAREA  
PERCEPȚIEI SALARIAȚILOR DIN SĂNĂTATE ASUPRA UNOR TEME  
RELEVANTE PE TEMA EGALITĂȚII DE ȘANSE ȘI DE GEN,



## ANALIZA DIFERENȚELOR PRIVIND PROFESIILE, CARIERA, VENITURILE ȘI A SEGREGĂRII DE GEN ÎN SECTORUL SANITAR DIN REGIUNEA SUD-EST

SURVEY ON THE GENDER GAPS PERTAINING TO PROFESSIONS, CAREER,  
IN-COMES AND ON THE GENDER SEGREGATION IN THE HEALTH SECTOR  
ACROSS THE SOUTH-EASTERN REGION



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale  
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI  
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI,  
PROTECȚIEI SOCIALE ȘI  
PERSOANELOR VĂRȘTICE  
Organismul Intermediar Regional  
POSDRU REGIUNEA Sud-Est



FEDERAȚIA  
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"  
DIN ROMÂNIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

**Investește în oameni!**



**Colecția**

***CERCETĂRI SOCIALE***

**Collection**

***SOCIAL RESEARCH***

**EDITURA SODALITAS**

**2015**





UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale  
2007-2013



GUVERNUL ROMÂNIEI  
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI,  
PROTECȚIEI SOCIALE ȘI  
PERSOANELOR VÂRSTICE  
Organismul Intermediar Regional  
POSDRU REGIUNEA Sud-Est



FEDERAȚIA  
"SOLIDARITATEA SANITARĂ"  
DIN ROMÂNIA

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

**Investește în oameni!**

**Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”  
(“Solidarity” Research and Social Development Centre)**

***Analiza diferențelor de gen privind profesiile, cariera, veniturile și a  
segregării de gen în sectorul sanitar din Regiunea Sud-Est***

***Survey on the gender gaps pertaining to professions, career, in-  
comes and on the gender segregation in the health sector across the  
South-Eastern Region***

Autor:

Rotilă Viorel

Asistent cercetare:

Ciobanu Georgiana

**SODALITAS**

**2015**



**Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”**

**Str. Col. Nicolae Holban, nr. 10bis, corp C1, Galați**

**Telefon: 0336/106.365**

**Fax:0336/109.281**

**e-mail: [contact@cercetare-sociala.ro](mailto:contact@cercetare-sociala.ro)**

**[www.cercetare-sociala.ro](http://www.cercetare-sociala.ro)**

Acest studiu a fost elaborat în cadrul proiectului „Egalitate de gen și acces (EGAS) – Formare, cercetare și conștientizare pentru dezvoltarea și promovarea principiului egalității de șanse și de gen în sectorul sanitar din Regiunea Sud – Est”, Contract nr. POSDRU/146/6.3/G/128685; **COD SMIS 50936**

ISBN 978-606-93790-3-5

**Copyright © 2015**

**Toate drepturile sunt rezervate Editurii Sodalitas**

Printed in Romania

## CUPRINS

Introducere.....	7
Preamble .....	9
CERCETAREA PE TEMA: <i>SITUAȚIA DIFERENȚELOR DE GEN ÎN CEEA CE PRIVEȘTE PROFESIILE, CARIERA ȘI VENITURILE ÎN SECTORUL SANITAR DIN REGIUNEA SUD-EST</i> .....	11
Aspecte introductive .....	13
Obiectivele cercetării .....	14
Precizări metodologice .....	15
Eșantionul .....	16
ANALIZA DATELOR .....	17
Discriminarea în situații concrete ale activității profesionale .....	20
Frecvența gesturilor de discriminare pe criterii.....	24
Raporturile ierarhice .....	25
Discriminare salarială .....	28
„Cultura discriminării” .....	30
Mecanismele de prevenție și apărare împotriva discriminării .....	32
Echilibrul dintre viața profesională și viața de familie/personală.....	33
Distribuția veniturilor .....	38
Date factuale.....	40
Cercetarea calitativă .....	44
Discriminarea salarială. Delimitări conceptuale .....	44
Concluziile cercetării privind discriminarea de gen .....	53
Conclusions of the gender discrimination research .....	58
CERCETAREA PRIVIND <i>SEGREGAREA DE GEN ȘI HĂRȚUIREA SEXUALĂ ÎN UNITĂȚILE SANITARE DIN REGIUNEA SUD-EST</i> .....	63
Câteva aspecte introductive .....	65
Metodologie .....	65
Instrumentele de cercetare .....	65
Analiza datelor.....	67
Nivelul segregării.....	67
Evaluarea discriminării raportat la segregare.....	69
Venituri suplimentare .....	82
Migrație .....	82
Hărțuirea sexuală.....	84

Armonizarea vieții profesionale cu viața de familie.....	87
Date factuale.....	89
Cercetarea calitativă .....	92
Concluziile cercetării privind segregarea de gen și hărțuirea sexuală .....	106
Conclusions of the research on gender segregation and sexual harassment .....	112
Concluzii generale.....	119
General conclusions.....	122
Bibliografie .....	125
ANEXE.....	126
Anexa nr. 1 - Chestionarul primei cercetări.....	126
Anexa nr. 2 Ghidul focus grup – prima cercetare.....	133
Anexa nr. 3 – Chestionarul celei de-a doua cercetări .....	134
Anexa nr. 4 – Ghid focus grup a doua cercetare .....	142
Anexa nr. 5 – Ghid de interviu - a doua cercetare .....	143

## Introducere

Sănătatea este cel mai feminizat sector de activitate, la nivel național ponderea persoanelor de gen feminin fiind în anul 2014, conform datelor Institutului Național de Statistică (în continuare INS) de 83.8%. Regiunea Sud-Est, în cadrul căreia au fost desfășurate cercetările, nu face excepție din această perspectivă, feminizarea activităților din domeniul sănătății fiind chiar mai accentuată decât la nivel național (ponderea persoanelor de gen feminin din totalul personalului fiind de 86%). Cercetările care fac obiectul prezentului studiu au ținut cont de această particularitate, investigând problemele existente în funcție de acest context. Ele au fost orientate în special către explorarea percepției salariaților din Sănătate asupra unor teme relevante pe tema egalității de șanse și de gen.

În condițiile în care sectorul sanitar este caracterizat de ponderea foarte crescută a persoanelor de gen feminin putem în mod îndreptățit prezuma faptul că problemele acestuia tind să se repercuteze într-un mod semnificativ asupra acestei categorii de personal. În acest context, continuăm într-o oarecare măsură seria de abordări ale problemelor de gen deschisă în contextul crizei economice, ce tratează problemele sectoarelor feminizate ca fiind, implicit, probleme de gen, identificând câteva teme specifice. Alături de discriminările salariale sistemice am luat în considerare și faptul că unele variabile derivate din mentalitatea tradiționalistă tind să amplifice efectele, cea mai evidentă situație fiind în cazul repartiției sarcinilor în gospodărie raportat la timpul de lucru. Cu alte cuvinte, dintr-o perspectivă generală situația tinde să afecteze profund echilibrul dintre viața profesională și viața de familie mai ales în cazul persoanelor de gen feminin.

Considerăm că importanța cercetărilor desfășurate trebuie privită și din perspectiva unui interes social mai amplu, pornind de la ipoteza: în condițiile în care vorbim de o problemă semnificativă a discriminării salariatelor/salariaților ea semnifică un grad ridicat de toleranță față de discriminare, respectiv o cultură a discriminării, ce se poate repercuta și asupra pacienților. Deși cercetările noastre nu s-au centrat pe problema discriminării pacienților, în cadrul lor am inclus, cu caracter explorator, evaluarea câtorva dintre variabilele care au oferit unele informații în acest sens.

Studiul nu-și propune să răspundă la întrebări devenite clasice în literatura de specialitate, cum ar fi „De anumite specializări sunt considerate potrivite femeilor (cum ar fi asistentă medicală, infirmieră etc.) în timp ce altele sunt mai potrivite bărbaților (ex. chirurg, brancardier etc.)?”, rezumându-se la investigarea situației și la prezentarea datelor din această perspectivă. Credem că unele dintre aceste abordări tind către exagerări, considerând diferențele ca fiind determinate exclusiv de factori culturali și ideologici, fiind raportare la idealuri ce suportă o investigație atentă (uneori având, la rândul-le, un caracter ideologic).

Preferăm, astfel, să ne raportăm la nivelul de respectare a prevederilor legale și a conceptelor fundamentale pentru egalitatea de șanse.

Chiar dacă în cadrul cercetărilor a fost evidențiat un grad de segregare pe criterii de gen în ocuparea funcțiilor de conducere, în favoarea persoanelor de gen masculin într-un sector feminizat, ne-am abținut de la tradiționale explicații ale literaturii de specialitate din două motive: pe de-o parte aceste abordări sunt frecvente, doritorii putând apela la ele în calitate de explicații posibile, iar pe de altă parte am introdus ipoteza intervenției numirilor politice ca explicație posibilă pentru această segregare. Cu alte cuvinte, fără a nega relevanța ipotezelor consacrate, am introdus o altă ipoteză explicativă, încercând astfel să sugerăm necesitatea diversificării perspectivelor de abordare.

Cercetările analizate în cadrul studiului au indicat faptul că discriminările salariale, în sensul tradițional al termenului în cadrul studiilor de gen, nu constituie o problemă importantă a sectorului sanitar. În același timp însă, în sensul afectării sistemice a unui număr foarte mare de salariați, *discriminările salariale* constituie o problemă gravă a sistemului, ele devenind relevante din perspectiva egalității de gen și de șanse datorită ponderii foarte mari a persoanelor de gen feminin în sectorul sanitar. Putem considera chiar că acest al doilea sens al discriminărilor salariale este de fapt unul consacrat în rândul salariatelor, tinzând să-l acopere pe primul. Ținând cont de această situație, în completarea prezentului studiu am elaborat un articol pe tema acestor discriminări salariale, ce este publicat într-un volum colectiv ce-și propune promovarea câtorva soluții la problemele sesizate în cadrul cercetărilor.

Considerând că analiza și prezentarea datelor rezultate din cercetări, în urma prelucrării lor, oferă în sine un bun suport cognitiv privind temele abordate, nu vom abuza de concluzii, lăsând posibilitatea celor interesați la propriile concluzii având ca suport informațiile prezentate. Credem că este vorba de-o abordare prudentă a acestui domeniu, sensibil atât la abordări de factură ideologică cât și la cele tradiționaliste.

Studiul este desfășurat în cadrul proiectului *Egalitate de gen și acces în sănătate (EGAS) - Formare, cercetare și conștientizare pentru dezvoltarea și promovarea principiului egalității de șanse și de gen în sectorul sanitar din Regiunea Sud-Est*, Contract nr. POSDRU/146/6.3/G/128685; COD SMIS 50936, având ca beneficiar Federația „Solidaritatea Sanitară” din România, și este elaborat în cadrul Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”.

## Preamble

Health care is the most feminized labour field, as the share of females at the national scale reached 83.8% in 2014, according to the evidence of the National Statistics Institute (hereinafter referred to as INS). The South-Eastern Region, where the survey has been performed, is no exception to that perspective, as the feminization of the health care activities being even greatly emphasized than at the nation-wide level (the share of the females out of the total no. of employees being of 86%). The research subject to this survey took this particularity into account, looking into the existing problems in terms of this context. Research has been especially directed towards exploring the health care employees' perception on several relevant topics on gender and opportunity equalities.

Given that the health sector is being characterized by the massive share of female labourers, we can rightfully presume that the problems thereof trend to reflect upon this personnel category. In these terms, we continue to some extent the approaches on gender issues opened in the context of the economic crisis, treating the issues of the feminized sectors as being, implicitly, gender issues, thus identifying several specific topics. Together with systemic wage discrimination, we also took into account the fact that some variables deriving from the traditionalist mentality incline to amplify the effects, the most obvious situation being in the case of task allocation within home economics in terms of working time. In other words, from a more general perspective, the situation trends to thoroughly impair the evenness between professional and family life especially with female subjects.

We find that the importance of the surveys carried out should be also considered from the perspective of a more extensive social interest, starting from the hypothesis: when we discuss a major issue of female/male employees, we are actually facing a high degree of tolerance towards discrimination, i.e. a discrimination culture, which might also inflict upon the patients. Although our researches were not focused on the patient discrimination issue, we included therein, for exploration purposes, the evaluation of some of the variables that offered certain information to that effect.

This survey does not intend to answer some already "classic" questions from the specialty literature, such as "Why certain specializations (such as nurses and ward maids) are deemed fit for women, whilst others (surgeon, stretcher-bearer etc.) are best fit for men?", confining to the investigation of the situation and to presentation of data from this perspective. We believe that some of these approaches trend to immoderacy, as they deem the differences as being exclusively caused by cultural and ideological factors, being considered in terms of ideals tolerating a careful investigation (sometimes having, in turn, an ideological character). We'd thereby consider the degree of compliance with legal provisions and basic concepts on the equality of opportunities.

Even though during our research there has been highlighted a certain degree of gender-based segregation in holding the management positions, in favour of male gender persons in a feminized field of activity, we refrained from the traditional explanation of the specialty literature for two reasons: on one hand, these approaches are quite frequent, the solicited having the occasion to refer to them as to possible explanations, and on the other hand we introduced the hypothesis of politically-based appointments as a virtual explanation for this segregation. In other words, without denying the relevance of the acknowledged hypothesis, we introduced another explanatory hypothesis, thus trying to suggest the need of approach perspective diversification.

Research analysed during the survey indicated that wage discrimination, in the traditional sense of the term within the gender studies, is not an important issue within the health care sector. Yet, in respect of systemic impairment of a great number of female employees, *wage discrimination* represents a serious question of the system, the same becoming relevant from the gender and opportunity equality point of view due to the great share of female labourers within the health sector. We might even say that this second acceptance of wage discrimination is in fact a well-known one with the female employees, trending to conceal the former. Given this situation, in addition to the survey hereto we wrote an article on wage discrimination, which was published in a cooperative volume aiming at the furtherance of several solutions addressing the issues noticed during research.

Deeming that, following processing, the analysis and exposition of the data resulting from the research render an intrinsic cognitive frame with respect to the approached topics, we shall not abuse conclusions, thus leaving the opportunity for those concerned to draw their own conclusions based on the exposed information. We think this is a discreet approach of this domain, equally sensitive to ideological and traditionalist approaches.

The survey has been carried out within the project *Equal treatment and access to healthcare for men and women (EGAS) – Training, research and awareness for the development and promotion of the equality principle in terms of opportunity and gender within the healthcare sector of the South-Eastern Region*, Contract no. POSDRU/146/6.3/G/128685; COD SMIS 50936, having as Beneficiary Federația „Solidaritatea Sanitară” din România, and it has been elaborated by “Solidaritatea” Research and Social Development Centre.

**CERCETAREA PE TEMA: *SITUAȚIA DIFERENȚELOR DE GEN ÎN CEEA CE PRIVEȘTE PROFESIILE, CARIERA ȘI VENITURILE ÎN SECTORUL SANITAR DIN REGIUNEA SUD-EST***





## Aspecte introductive

Conform statisticilor oficiale, în termenii limbajului specific egalității de șanse, Sănătatea este cel mai feminizat sector de activitate, ponderea persoanelor de gen feminin fiind de cca. 84% din totalul salariaților. Întrebarea fundamentală este: În ce măsură sunt necesare intervenții pentru echilibrarea ponderii pe sexe a salariaților? Cu alte cuvinte, în ce măsură această segregare antrenează cu ea și discriminare? Premise de la care pornim este că segregarea ocupațională nu conduce automat la discriminare.

Nu ne propunem să dăm răspunsuri definitive la această întrebare, ci doar să observăm dacă această realitate macro nu suportă cumva perturbări semnificative din perspectiva egalității de șanse. Totuși, este evident că în măsura în care există situații de distorsiune a activității de lucru normale, prin însăși această pondere le cad victime în special persoanele de gen feminin. În ce măsură distorsiunile sistemice intră sub incidența egalității de șanse necesită o abordare specială. Este certă însă relevanța unor politici centrate pe armonizarea vieții profesionale cu viața de familie.

Nu ne putem pronunța asupra măsurii în care există o corelație între feminizarea sectorului sanitar și nivelul de salarizare mai redus față de alte sectoare deoarece nu există informații relevante în acest sens. De altfel, alocările bugetare pe fondul de salarizare din acest sector suferă o puternică influență negativă generată în special de distribuția pe capitole bugetare a Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, înregistrându-se o evidentă scădere a procentului alocat spitalelor (deci și salariilor, ponderea acestora în bugetul spitalelor fiind situată în intervalul 70-80%). Această diminuare a ponderii salariilor din bugetul alocat sănătății ține mai curând de alte cauze decât cele ce intră în sfera egalității de șanse.

Distribuția salariilor/veniturilor nu constituie unicul criteriu pe care-l luăm în considerare atunci când desfășurăm o analiză prealabilă a segregării ocupaționale de gen<sup>1</sup>, diferențele de gen fiind analizate în raport cu un număr mult mai mare de factori care determină calitatea vieții profesionale, așa cum au fost aceștia identificați în cadrul cercetărilor anterioare. Din această perspectivă, calitatea vieții profesionale considerăm că constituie în final cel mai important criteriu de comparare a diferențelor dintre femei și bărbați în cadrul aceluiași ocupații sectoriale.

---

<sup>1</sup> Analiza finală se desfășoară în a doua parte a cercetării, unul din obiectivele centrale ale acesteia constituindu-l identificarea segregării de gen.

În cadrul cercetării operăm cu cele două concepte esențiale: *discriminare directă*<sup>2</sup> (tratament diferit/nefavorabil) și *discriminare indirectă* (tratarea mai puțin favorabil a unei persoane decât a alteia; acces inegal la anumite beneficii). Putem vorbi de discriminare indirectă în situația în care o prevedere, un criteriu sau o practică, care sunt în aparență neutre și fără potențial discriminatoriu, dezavantajează anumite persoane prin comparație cu alte persoane, având un impact negativ disproporționat asupra unui grup.

### Obiectivele cercetării

Obiectivul general al acestei cercetări îl reprezintă analiza diferențelor de gen în ceea ce privește profesiile, cariera și veniturile în sectorul sanitar din regiune din perspectiva percepției pe care o au salariații/salariatele din unitățile sanitare ale Regiunii Sud-Est.

#### *Obiectivele specifice ale cercetării:*

- Identificarea diferențelor de gen în ceea ce privește participarea echitabilă la procesul decizional la locul de muncă, accesul echitabil la promovare, la programe de perfecționare și la beneficii materiale;
- Măsurarea diferențelor de gen referitoare la status-rolurile familiale;
- Identificarea stereotipurilor de gen despre viața de familie și viața profesională; (impactul deficitului de personal asupra armonizării vieții profesionale cu viața de familie);
- Evaluarea intensității conflictului între status-rolurile familiale și cele profesionale;
- Evaluarea frecvenței de apariție a stereotipurilor de gen la avansare;
- Măsurarea diferențelor de gen referitoare la capitalurile individuale: educațional, profesional, cultural, social, economic;
- Dependența mentalității/comportamentului de:
  - Mediul de rezidență (rural-urban);
  - Nivelul de educație;
  - Veniturile familiei (siguranța materială îndeamnă la o atitudine mai demnă?);
  - Identificarea practicilor de discriminare
  - Impactul vieții de familie asupra vieții profesionale
  - Identificarea incidenței discriminării multiple: femei în vârstă, cu nivel mai redus de pregătire (cazul asistentelor medicale absolvente de liceu)

De asemenea, problematica prezentei cercetări ridică următoarele întrebări ca obiective specifice pentru analiză:

- În ce măsură putem vorbi de discriminarea pe criteriu de vârstă?
- Există discriminarea în accesul la formarea profesională continuă?<sup>3</sup>
- Există discriminarea legată de maternitate?

---

<sup>2</sup> Discriminări directe sunt situațiile în care este aplicat tratament diferit unor persoane, grupuri sau comunități diferite, aflate însă în situații similare sau comparabile, tratament care are un impact negativ asupra unora dintre ele, dezavantajându-le.

<sup>3</sup> Poate fi explorată discriminarea economică, indusă de organismele profesionale: cursurile au costuri egale pentru toți profesioniștii, deși nivelul veniturilor este diferențiat. Cu alte cuvinte, impactul economic este mult mai mare în cazul salariaților/salariațelor cu venituri mici.

- Care este nivelul de înțelegere a situațiilor de discriminare?!
- Investigarea rolurilor de gen (seturi de așteptări care oferă prescripții comportamentale pentru fete și băieți, pentru femei și bărbați). Sunt rolurilor de gen (familie, școală, muncă) învățate?
- Femeile înregistrează câștiguri mai mici decât bărbații?
- Care este nivelul de aplicare a principiului egalității de șanse în privința câștigurilor salariale?
- Care este relația dintre stereotipuri și practicile pe piața muncii în sectorul sanitar?
- Putem vorbi de existența unor „locuri de muncă masculinizate” în sectorul sanitar?

### **Precizări metodologice**

Cercetarea de față a fost desfășurată prin intermediul a două metode de cercetare:

- *Chestionarul* – chestionare administrate de echipa de cercetare și/sau auto-administrate online;

- *Focus-grupul* – desfășurat pe baza unui ghid semi-structurat.

Chestionarul destinat angajaților cuprinde 42 de întrebări ce acoperă tematica diferențelor de gen în ceea ce privește profesiile, cariera și veniturile în sectorul sanitar din regiunea Sud-Est, fiind utilizate următoarele tipuri de întrebări:

- *factuale* (concretizate prin *întrebări de identificare* plasate la sfârșitul chestionarului: domiciliul, vârsta, unitatea în care lucrează);

- *închise* cu răspunsuri precodificate cu privire la tema centrală;

- *întrebări de tip scală*, ierarhizând răspunsurile proprii;

- *întrebări semi-deschise* care au în alcătuirea lor răspunsuri codificate, dar se lasă și posibilitatea de a adăuga răspunsuri libere.

Având în vedere metodologia desfășurării cercetării și grupul țintă (salariații din sectorul sanitar al Regiunii Sud-Est), rezultatele acesteia nu pot fi generalizate la nivelul întregului sector sanitar. Cu toate acestea, combinarea cercetării cantitative cu cea calitativă oferă un grad de încredere în rezultate privind modul în care respondentele percep situația existentă la locul de muncă, putând fi identificate unele tendințe.

Recursul la perspectivele personale ale respondentelor oferă o descriere a situației pe baza experiențelor personale raportate la nivelul așteptărilor (la rândul lui ponderat printr-un nivel de informare privind cadrul legal și modelele dezirabile, generate prin intermediul unei campanii de conștientizare pe această temă desfășurată în cadrul proiectului).<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Eliminarea riscului de a obține răspunsuri dezirabile social mai curând decât cele care reflectă realitatea a fost ponderat de concentrarea campaniei pe latura informativă a conceptelor, acolo unde ea a interferat cu cercetarea.

## Eșantionul

Raportat la informațiile oficiale privind ponderea persoanelor de sex feminin în totalul salariatelor din sectorul sanitar din regiune (cca. 86%), structura finală a eșantionului este marcată de o supra-reprezentare a femeilor (91%) în totalul respondenților.

Populația supusă cercetării a fost alcătuită din totalitatea angajaților din sistemul sanitar din zona de Sud-Est a României, respectiv județele Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Tulcea și Vrancea, totalizând un număr de 32.694 salariați. Repartiția inițială a eșantionului pe județe și pe categorii de personal a fost următoarea:

a) *Repartiția subiecților pe județe:*

JUDEȚ	ANGAJAȚI	PONDERE	CHESTIONARE
Brăila	2905	13.39%	51
Buzău	3618	16.68%	63
Constanța	6291	29.01%	110
Galați	4399	20.28%	77
Tulcea	1907	8.79%	33
Vrancea	2568	11.84%	45
Total chestionare			380

Tabel 1

Având în vedere dificultățile ivite în procesul de aplicare a chestionarelor (unități care ne-au îngreunat accesul, reticențe ale anumitor categorii de personal din unele județe, necesitatea aplicării on-line) nu s-a putut respecta întru totul distribuția stabilită. Astfel că distribuția finală este următoarea:

JUDEȚ	ANGAJAȚI	PONDERE	CHESTIONARE
Brăila	2905	12.73%	49
Buzău	3618	10.91%	42
Constanța	6291	21.3%	82
Galați	4399	41.82%	161
Tulcea	1907	8.57%	33
Vrancea	2568	4.68%	18
Total chestionare			385

Tabel 2

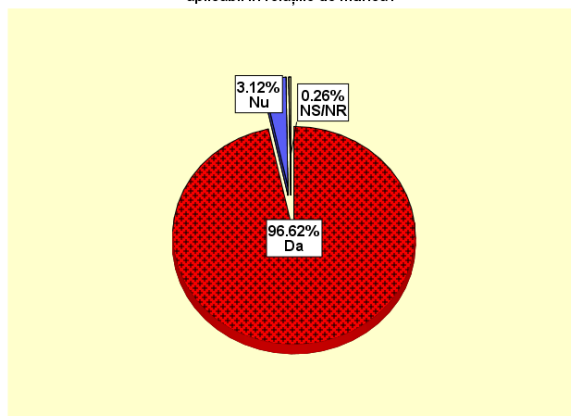
Eșantionul are o marjă de eroare de 4% și un nivel al încrederii de 95%.

Analiza datelor obținute prin intermediul aplicării chestionarelor a fost realizată prin intermediul programului IBM SPSS versiunea 20, fiind realizate atât grafice pentru fiecare întrebare, cât și corelații semnificative între întrebările din cadrul chestionarului.

## ANALIZA DATELOR

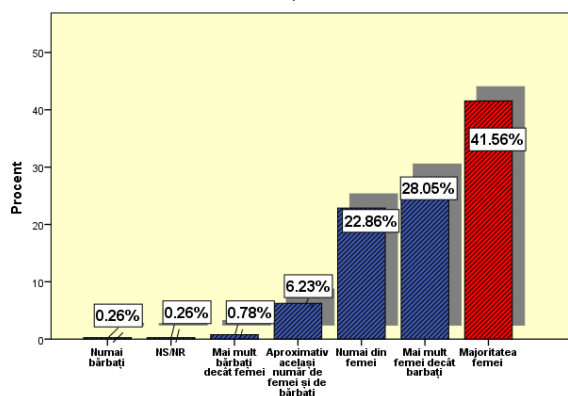
Unul din demersurile importante în analiza problemelor legate de discriminare îl reprezintă nivelul de înțelegere al conceptului și gradul de conștientizare a temelor ce țin de problema discriminării.

Cunoașteți semnificatia termenului „discriminare” și situațiile în care acesta este aplicabil în relațiile de muncă?



Figură 1

La locul dvs. de muncă personalul este format:

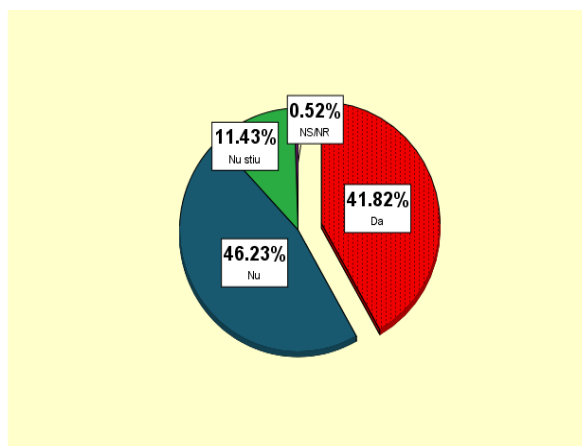


Figură 2

Distribuția răspunsurilor la această întrebare sugerează sentimentul unei bune cunoașteri a termenului discriminare și a situațiilor în care acesta este aplicabil relațiilor de muncă, existent în rândul salariaților. Verificarea realității acestei cunoașteri este parțial furnizată de rezultatele cercetării calitative, care au indicat, per ansamblu, o raportare mai curând la sensul etimologic al conceptului decât la semnificația lui strict legală.

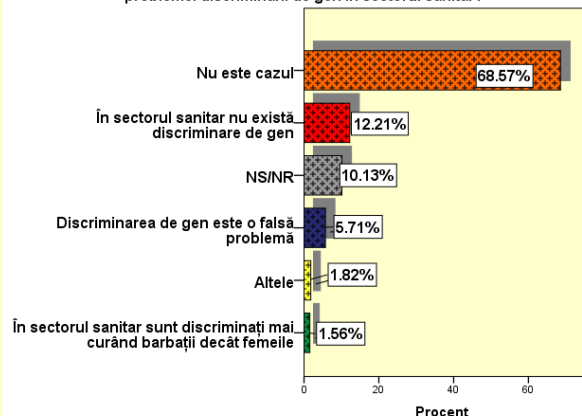
Răspunsurile la întrebarea privind structura personalului sunt coerente cu situația specifică sectorului sanitar, caracterizat de o prevalență a numărului de persoane de gen feminin în totalul angajaților. Structura personalului, respectiv faptul că este vorba de un sector feminizat considerăm că trebuie să determine o atenție sporită asupra investigării aspectelor legate de discriminare, feminizarea riscând camuflarea multora dintre probleme.

Considerați necesară/utilă/relevantă abordarea problemei discriminării de gen în sectorul sanitar?



Figură 3

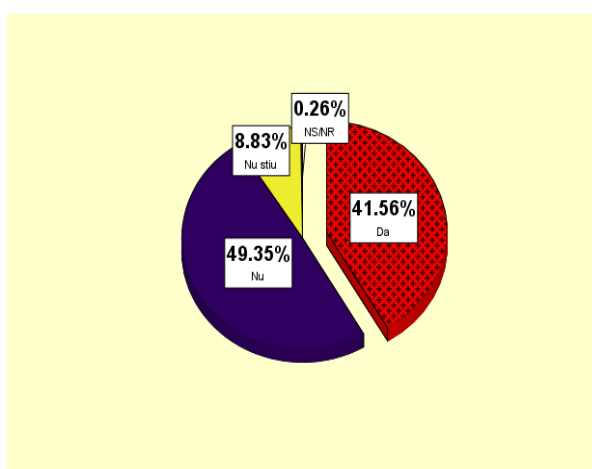
Care sunt motivele pentru care nu este necesară/utilă/relevantă abordarea problemei discriminării de gen în sectorul sanitar?



Figură 4

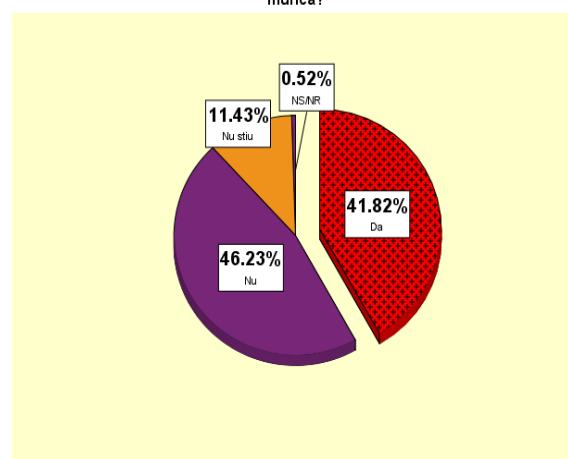
Chiar dacă doar cca. 42% dintre respondenți consideră relevantă abordarea problemei discriminării de gen în sectorul sanitar, faptul că numai 21% dintre subiecții cercetării au motivat irelevanța unei astfel de abordări poate fi considerat un argument în sprijinul necesității unor intervenții pentru corectarea eventualelor probleme. Respondenții care consideră utilă existența unei strategii de combatere a discriminării la nivel de unitate lucrează preponderent în spitale județene (47.3%) din județul Galați (39.6%) sau Constanța (23.8%), de gen feminin (89.4%) din mediul urban. Astfel, putem sublinia necesitatea abordării problematicei discriminării, aceasta fiind semnalată indirect de către femei prin corelațiile realizate la aceasta întrebare.

Dvs. ați asistat la o situație în care o persoană era discriminată direct la locul de muncă?



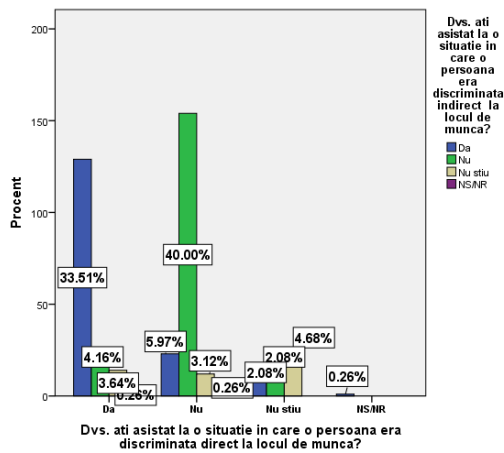
Figură 5

Dvs. ați asistat la o situație în care o persoană era discriminată indirect la locul de muncă?

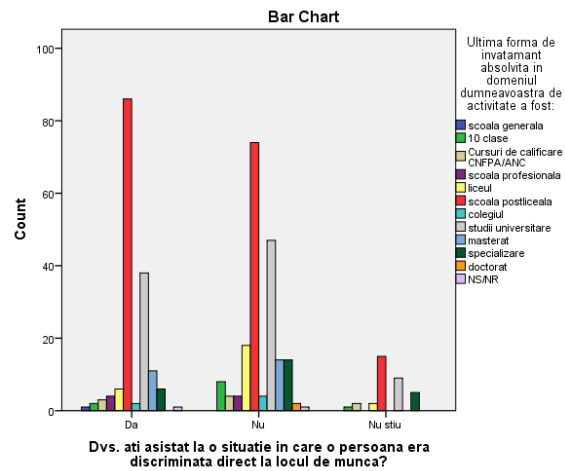


Figură 6

Procentul respondenților care au asistat la o situație de discriminare (directă sau indirectă) este același cu cel al respondenților care consideră relevantă problema discriminării în sectorul sanitar (49.8% din cei care au asistat la o situație de discriminare directă și 52% la discriminare indirectă). În măsura în care aceleași persoane au răspuns „Da” la cele două întrebări putem lua în considerare corelația dintre prezența unor astfel de probleme la locul de muncă și preocuparea față de problematica discriminării; continuând argumentul în această direcție, absența popularizării unor astfel de situații ar putea corela cu indiferența față de această temă. Procentul celor care au răspuns „Nu” la această categorie de întrebări tinde să fie mai redus în cazul discriminării indirecte (chiar dacă diferențele sunt în marja de eroare), fapt care ar putea indica fie o diferență reală fie dificultăți în înțelegerea semnificației *discriminării indirecte*.

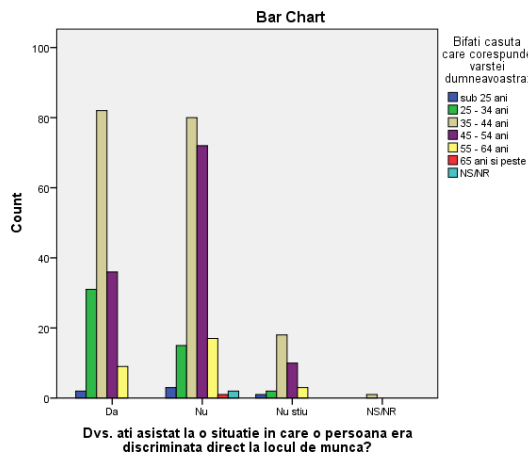


Figură 7

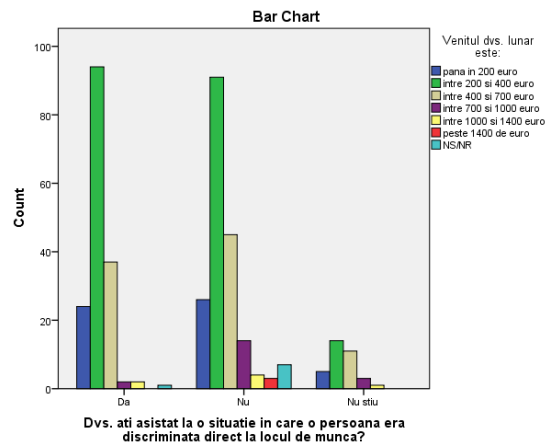


Figură 8

Analiza corelațiilor evidențiază tendința generală de creștere a situațiilor de discriminare indicate direct cu proporțional cu nivelul de studii. Excepția de la această regulă o constituie absolventele de postliceală, majoritatea indicând faptul că au asistat la o situație de discriminare. Operăm cu două ipoteze explicative, pe care încercăm să le lămurim pe traseu: a) sentimentul discriminării ar putea fi generat de problema echivalării; b) este posibil ca acesta să fie categoria profesională cea mai discriminată.



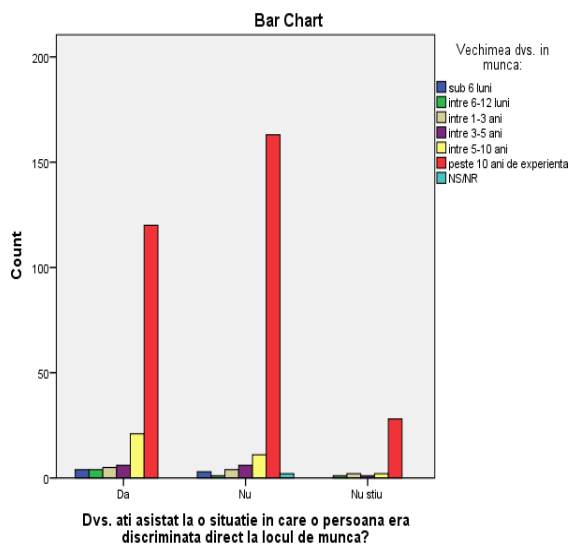
Figură 9



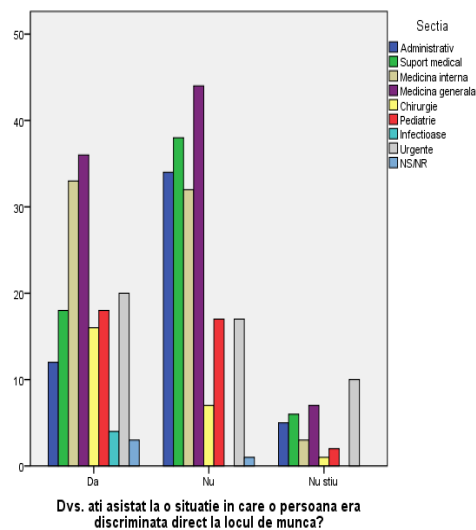
Figură 10

Vârsta și vechimea în muncă corelează invers proporțional cu nivelul de indicare al discriminării. Două explicații considerăm că sunt posibil: a) discriminarea vizează preponderent persoanele tinere; b) persoanele tinere sunt mai susceptibile să sesizeze situațiile de discriminare. Distribuție comparativă între cele două genuri. Persoanele necăsătorite indică într-o proporție mai mare existența situațiilor de discriminare. Nivelul veniturilor corelează (discret) invers proporțional cu nivelul de indicare al discriminării, sugerând că problema salarizării ocupă un loc important în generarea sentimentului de discriminare. Două categorii de spitale înregistrează un nivel mai mare al situațiilor de discriminare indicate: spitalele județene și cele orășenești.





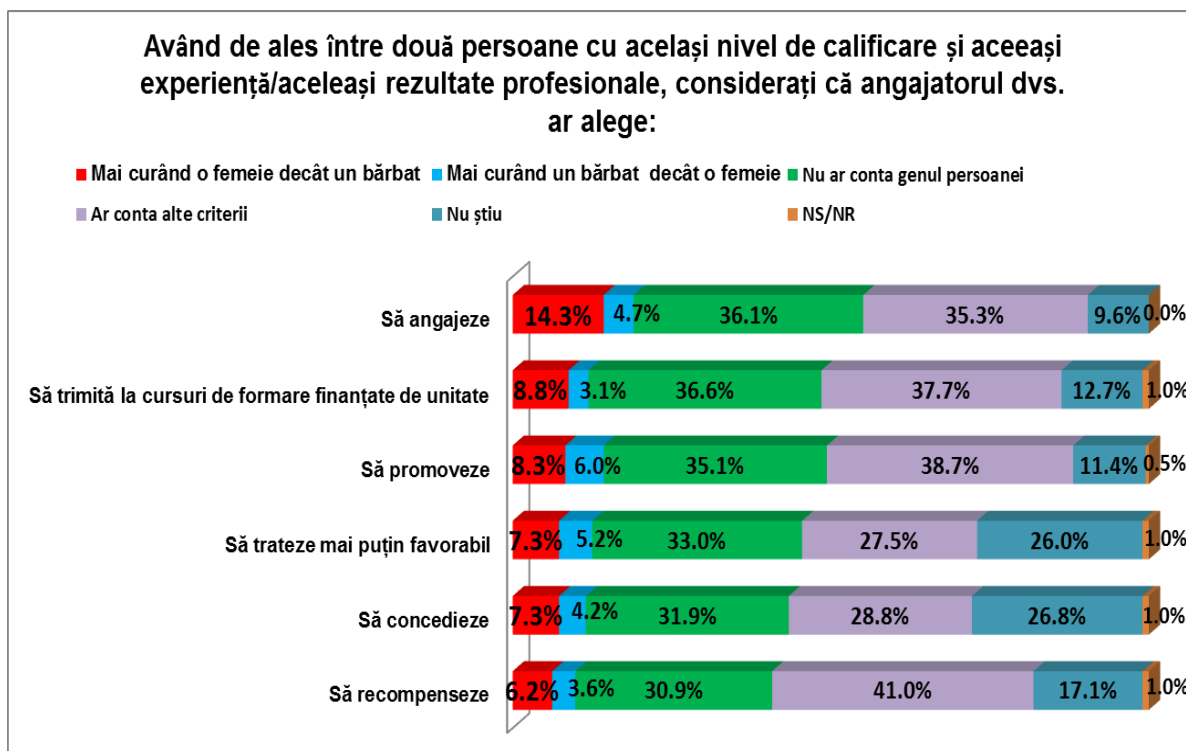
Figură 11



Figură 12

Cel mai ridicat nivel al discriminării este indicat în *Chirurgie, Urgențe și Infecțioase*, urmate de *Medicină internă și Pediatrică*.

### Discriminarea în situații concrete ale activității profesionale



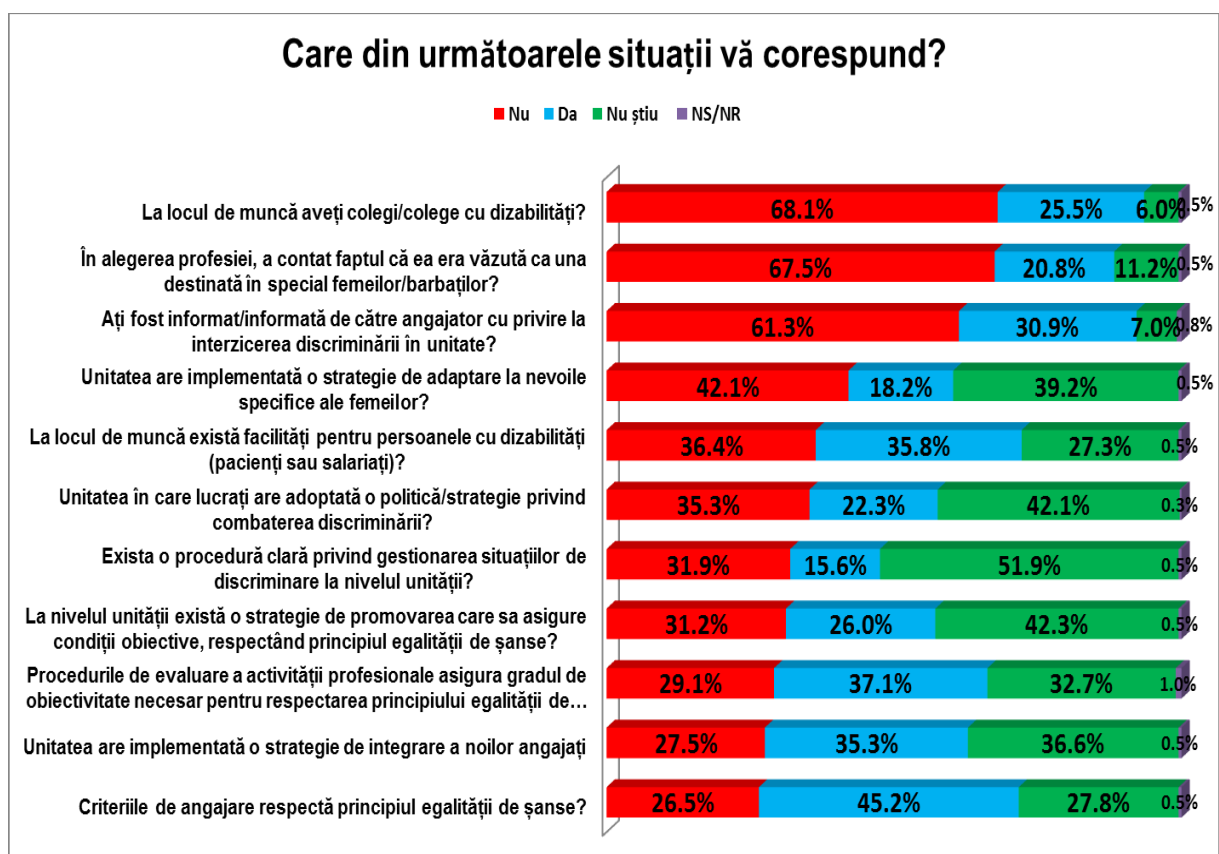
Figură 13

Nu se remarcă „fenomene de masă” în privința discriminării în situațiile analizate la acest set de întrebări. Analiza detaliilor indică următoarele situații:

- Persoanele de gen feminin tind să fie mai avantajate decât bărbații. Dacă avem în vedere structura angajaților pe criterii de gen este evident că ea poate să justifice aceste diferențe. Totuși, variațiile în cazul diferitelor răspunsuri pot sugera existența unor tendințe. În acest sens, ne rețin atenția preferința mai mare pentru angajarea persoanelor de gen feminin și cea pentru promovare a unor persoane de gen masculin. De asemenea, existența, cumulată, preferințelor pentru unul sau altul din cele două genuri, poate fi considerat în sine un aspect problematic în contextul absenței unei strategii de discriminare pozitivă la nivelul sectorului sanitar.

- Ponderea mare a răspunsurilor „Nu știu” tinde să sugereze fie o înțelegere deficitară a conceptului *discriminare* fie absența unei preocupări pentru această problematică.

- În contextul unei diferențe subtile între răspunsul „Nu ar conta genul persoanei” (gândit ca exprimând în mod clar absența discriminării) și „Ar conta alte criterii”, ponderea mare a celui de-al doilea tip de răspuns tinde să sugereze existența și prevalența altor tipuri de discriminare (în accepțiunea – variabilă – pe care respondenții o dau acestui termen).



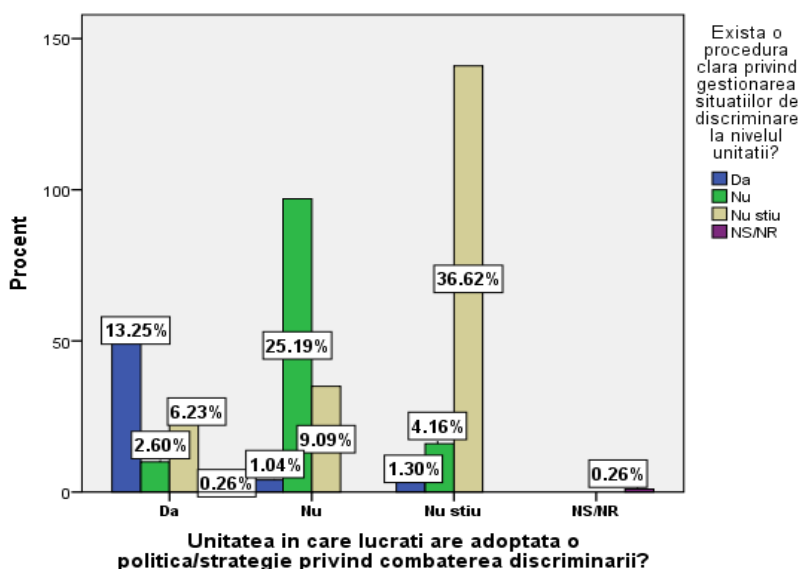
Figură 14

Reținem mai întâi răspunsurile care ilustrează existența unor probleme, sugerând totodată câteva direcții de acțiune:

Cca. 61% dintre respondenți au indicat faptul că nu au fost informați de către angajator cu privire la interzicerea discriminării în unitate. Doar cca. 31% dintre subiecți au indicat existența informării. Distribuția răspunsurilor tinde să indice fie absența unei proceduri privind discriminarea la nivelul unităților, fie absența unei informări în acest sens (sau cel puțin a unei informări eficiente). Dacă avem în vedere faptul că existența unei politici/strategii privind combaterea discriminării a fost indicată doar de 22,3% dintre subiecți, suntem îndreptățiți să considerăm că probabilitatea mai mare este ca aceasta să fie cauza. Interpretarea este confirmată de faptul că numai 15,6% dintre respondenți au indicat existența unei proceduri clare la nivelul unității privind gestionarea situațiilor de discriminare.<sup>5</sup> În acest context, devine evidentă necesitatea unei strategii cadru privind combaterea discriminării (incluzând dimensiunea de comunicare către salariați), ce trebuie implementată la nivelul unităților sanitare.

Deosebit de important este faptul că cca. 27% dintre respondenți consideră că nu este respectat principiul egalității de șanse în cadrul criteriilor de angajare. Una din ipotezele explicative ar putea s-o constituie problema plăților informale la angajare, corupția fiind o importantă sursă de inegalitate.

Unitatea in care lucrați are adoptata o politica/strategie privind combaterea discriminării?-Exista o procedura clara privind gestionarea situatiilor de discriminare la nivelul unitatii?



Figură 15

<sup>5</sup> Faptul că cca. 52% dintre respondenți au răspuns „Nu știu!” la întrebarea privind existența unei proceduri poate fi interpretat fie în sensul că nu au cunoștință de existența unei astfel de proceduri (ce echivalează într-un fel cu absența ei) fie că procedura nu există. Totuși, atragem atenția asupra existenței unei proceduri privind hărțuirea sexuală în cadrul Contractului colectiv de muncă la nivel de sector sanitar pentru anii 2014-2015 (procedura fiind preluată din contractele colective anterioare), care este aplicabilă în majoritatea unităților sanitare, respectiv în cele care au aderat la acest contract colectiv. Din această perspectivă, pentru unitățile în care o astfel de procedură este aplicabilă putem lua în considerare atât deficitul de informare din partea angajatorului cât și din partea organizațiilor sindicale privind existența acestei proceduri. Totodată, putem constata că această procedură nu acoperă întreaga problematică a discriminării, fiind necesară extinderea cadrului ei, eventual, *de lege ferenda*, tot în cadrul contractelor colective de muncă.

Doar cca. 18% dintre respondenți au indicat existența unei strategii privind adaptarea la nevoile specifice ale femeilor. Procentul mare al răspunsurilor „Nu știu” tinde să indice dificultăți în înțelegerea unei astfel de strategii, respectiv ce ar presupune ea. Cu titlul de ipoteză de lucru, putem considera că această dificultate face parte din contextul mai larg al neînțelegerii dimensiunilor unui concept european care ar trebuie implementat în relațiile de muncă: *armonizarea vieții profesionale cu viața de familie/viața personală*.

Existența facilităților pentru persoanele cu dizabilități tinde să constituie o problemă semnificativă a unităților sanitare, în condițiile în care ea a fost semnalată numai de 35,8% dintre respondenți.

Egalitatea de șanse pare să fie pusă în discuție și în cazul promovării personalului, principiile ce ar trebui respectate fiind transpuse într-o mică măsură (dacă ne raportăm la faptul că doar 26% dintre respondenți au răspuns afirmativ) sau conștientizate/comunicate insuficient (dacă vom lua în considerare și faptul că cca. 42% dintre subiecți au răspuns „Nu știu” la întrebarea specifică). Situația este mai bună în cazul procedurilor de evaluare a personalului, 37% dintre respondenți indicând faptul că acestea respectă principiul egalității de șanse. Evident, dacă ne vom raportat la ceea ce ar trebui să constituie normalitatea în domeniul evaluării, respectiv atmosfera de încredere în obiectivitatea acesteia, și dacă luăm în considerare cele cca. 29% răspunsuri negative (la care se adaugă cele cca. 33% de răspunsuri „Nu știu!”), putem observa necesitatea unei intervenții pentru remedierea situației.<sup>6</sup> Situația, în sine gravă, poate suferi o accentuare a consecințelor negative dacă politica de salarizare va implementa (așa cum este estimat) un sistem de salarizare în funcție de performanță.<sup>7</sup>

Respectarea principiului egalității de șanse în cadrul criteriilor de angajare a întrunit ponderea cea mai mare de răspunsuri afirmative, respectiv 45,2%, (și cel mai mic nivel al răspunsurilor negative – 26,5%) sugerând că abordările în domeniu au cel mai mare nivel de reușită. Observăm, totuși, că o astfel de apreciere este pur contextuală, raportarea la normalitate (gândită cel puțin sub forma unei majorități semnificative a aprecierilor pozitive) indicând faptul că și aici există o importantă problemă. Un procent de 47.7% dintre cei care consideră că nu au fost discriminați în procesul de angajare în sistem au o vechime de 3-5 ani la actualul loc de muncă, sunt din județele Galați (45.4%) sau Constanța (23%) și lucrează în spitale județene.

Abordarea acestei perspective asupra discriminării a fost generată de experiența dobândită în cadrul activităților diverse cu salariații din Sănătate, în special de rezultatele cercetărilor anterioare.

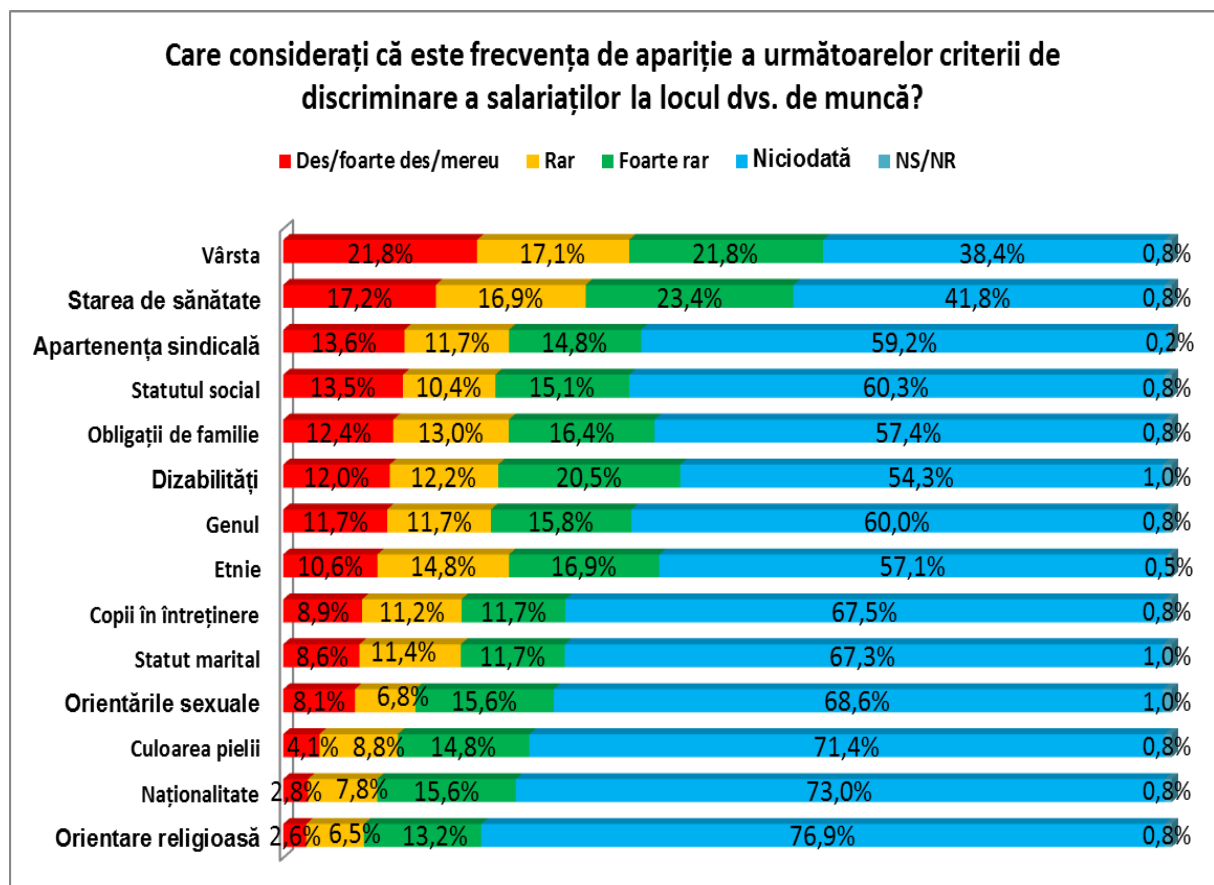
---

<sup>6</sup> În acest sens, considerăm necesară introducerea unei proceduri obiective de evaluare a personalului, care să asigure necesarul grad de încredere. *De lege ferenda*, acest lucru se poate face fie printr-un act normativ fie, de preferat, prin introducerea unei anexe specifice în cadrul contractelor colective de muncă. Recomandăm această din urmă soluție datorită faptului că ea trebuie să fie rezultatul negocierii cu organizațiile care reprezintă salariații și datorită importanței pe care o dețin aceste organizații în generarea încrederii salariaților, inclusiv prin includerea lor în procedurile efective de evaluare a salariaților.

<sup>7</sup> În opinia noastră, este evident că sistemul nu este încă pregătit pentru a institui un asemenea model de salarizare, construcția procedurilor obiective de evaluare trebuind să preceadă normele de salarizare în funcție de performanță.

Analiza încrucișată nu evidențiază corelații semnificative, arătând o distribuție relativ uniformă a respondenților care se consideră discriminați datorită statutului social, fapt care poate fi determinat fie de asocierea cu categoria generală a salariaților din Sănătate (înclinăm către această variantă) fie cu aspecte particulare ce țin de experiențele personale.

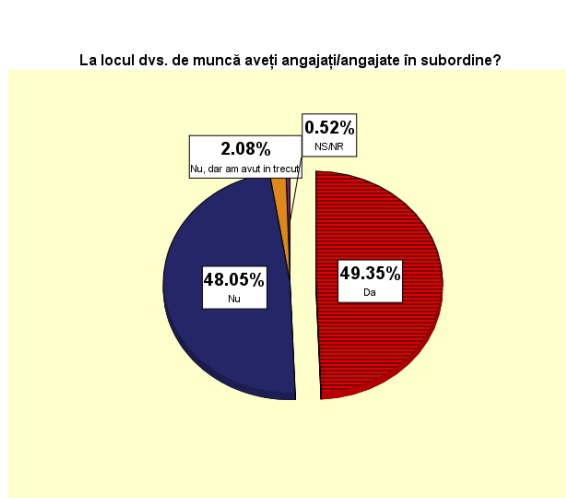
### Frecvența gesturilor de discriminare pe criterii



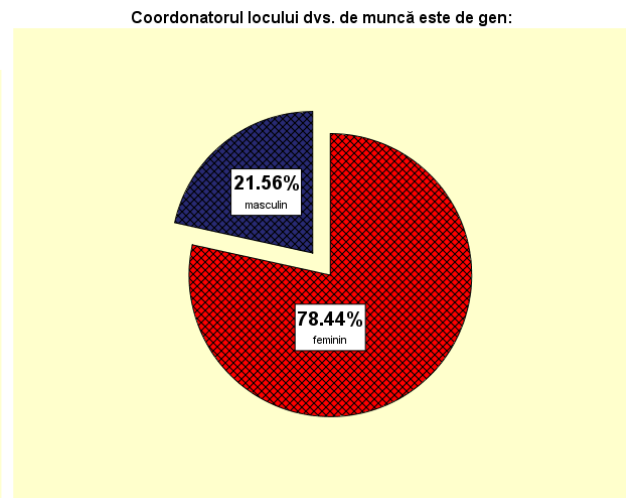
Figură 16

Putem considera că figura de mai sus redă o „ierarhie a criteriilor de discriminare” cărorora le sunt victime respondenții din Sănătate. După cum putem observa, pe primele 3 locuri se situează, în ordine ierarhică, următoarele criterii de discriminare: *vârsta*, *starea de sănătate* și *apartenența sindicală*; pe ultimele 3 locuri sunt situate: *culoarea pielii*, *naționalitatea* și *orientarea religioasă*. Discriminarea pe criterii de gen are o pondere medie, fiind devansată de o serie de alte criterii. Situația ilustrată în această figură deschide abordarea problemelor semnalate prin intermediul unor strategii de intervenții cu caracter corectiv și preventiv (în măsura în care este confirmată de cercetări suplimentare pentru verificarea acestor rezultate).

## Raporturile ierarhice

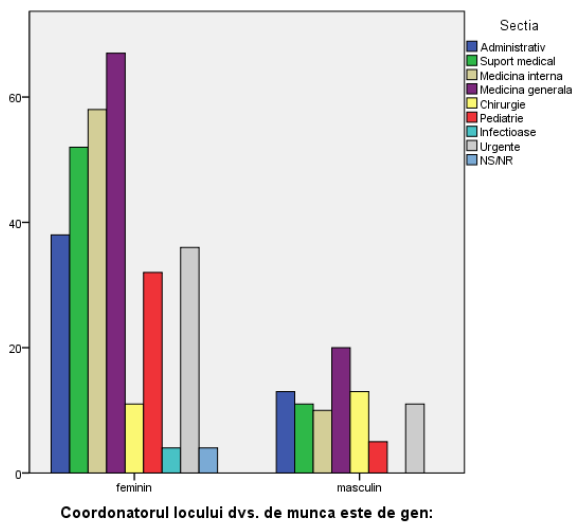


Figură 17

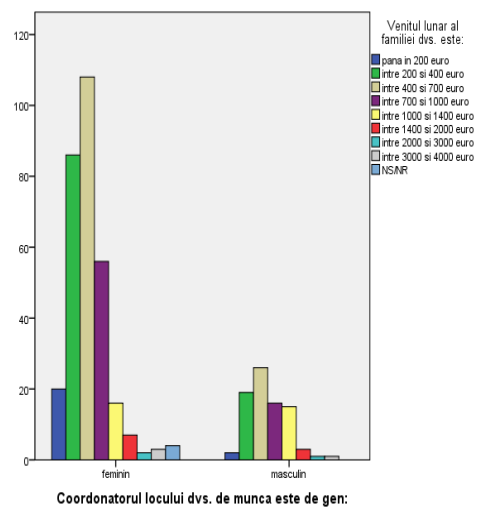


Figură 18

Cca. 50% dintre respondenți au angajați/angajate în subordine; cum era de așteptat raportat la distribuția populației de gen feminin în totalul salariaților, coordonarea majorității locurilor de muncă este asigurată de persoane de gen feminin. Nu se remarcă diferențe de apreciere între cele două genuri. Dacă ne raportăm la ponderea persoanelor de gen masculin în totalul salariaților este evidentă o supra-reprezentare a acestora în funcțiile de conducere.



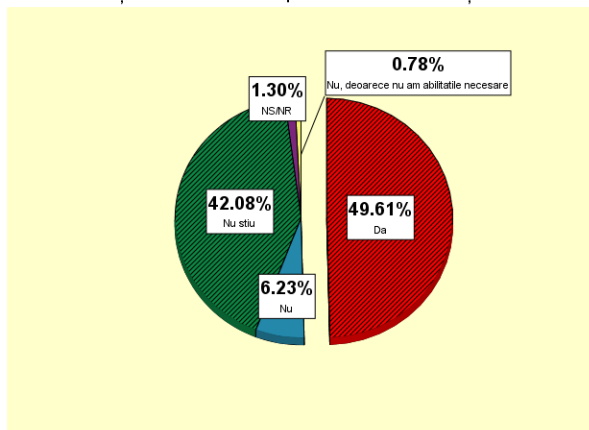
Figură 19



Figură 20

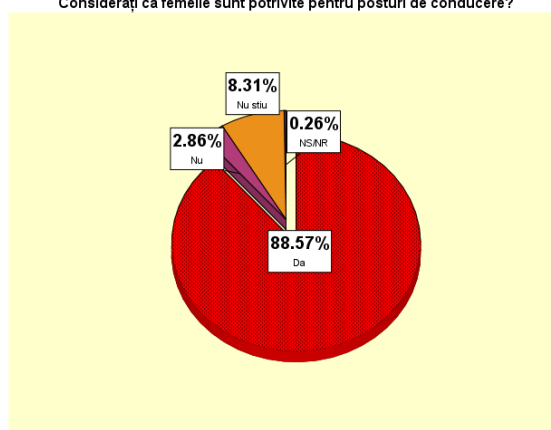
Masculinizarea funcțiilor de conducere poate fi constată în locurile de muncă tip Chirurgie, confirmând datele datelor altor studii. Indicarea funcțiilor de conducere deținute de persoane de gen masculin corelează discret cu salariile mai mari. Corelația considerăm poate fi generată de specificul locurilor de muncă.

Considerați că ați fi un/o bun(ă) conducător/conducătoare dacă vi s-ar oferi șansa de a conduce departamentul în care lucrați?



Figură 21

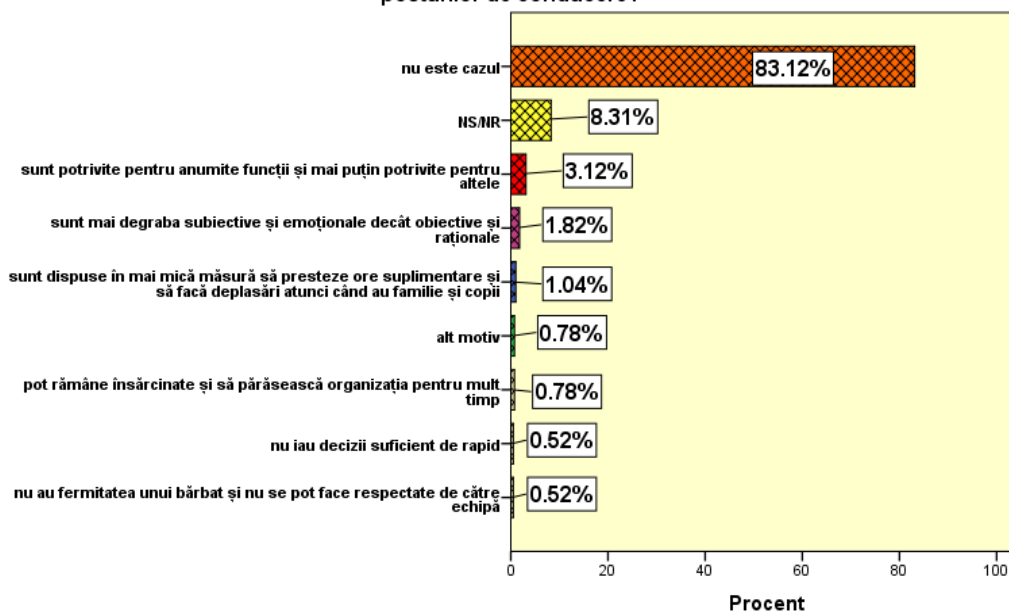
Considerați că femeile sunt potrivite pentru posturi de conducere?



Figură 22

După cum se poate observa, nu se semnaleză o semnificativă atitudine discriminatorie din partea respondenților în privința capacității de conducere a persoanelor de gen feminin, autoevaluarea propriei capacități de conducere furnizând o atitudine mai rezervată (cu mențiunea că autoevaluările negative aparțin doar persoanelor de gen feminin) decât evaluarea capacității de conducere a persoanelor de gen feminin în general. Evident, distribuția răspunsurilor trebuie ponderată cu procentul pe care-l dețin persoanele de gen feminin din totalul respondenților.

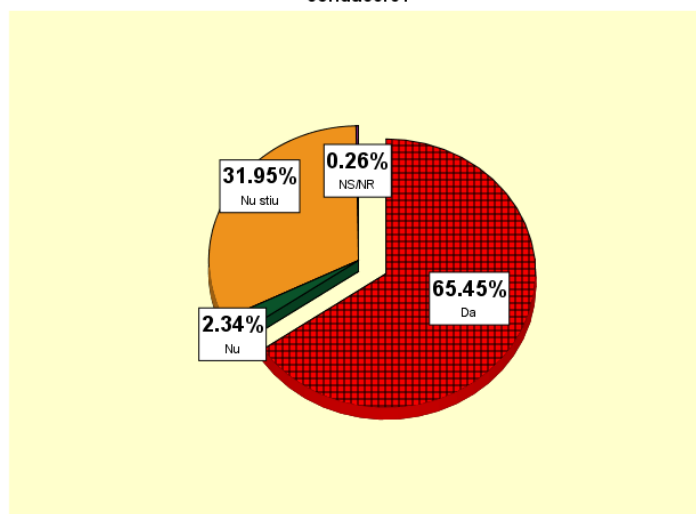
Care considerați că este/sunt motivul/motivete pentru care femeile nu sunt potrivite în ocuparea posturilor de conducere?



Figură 23

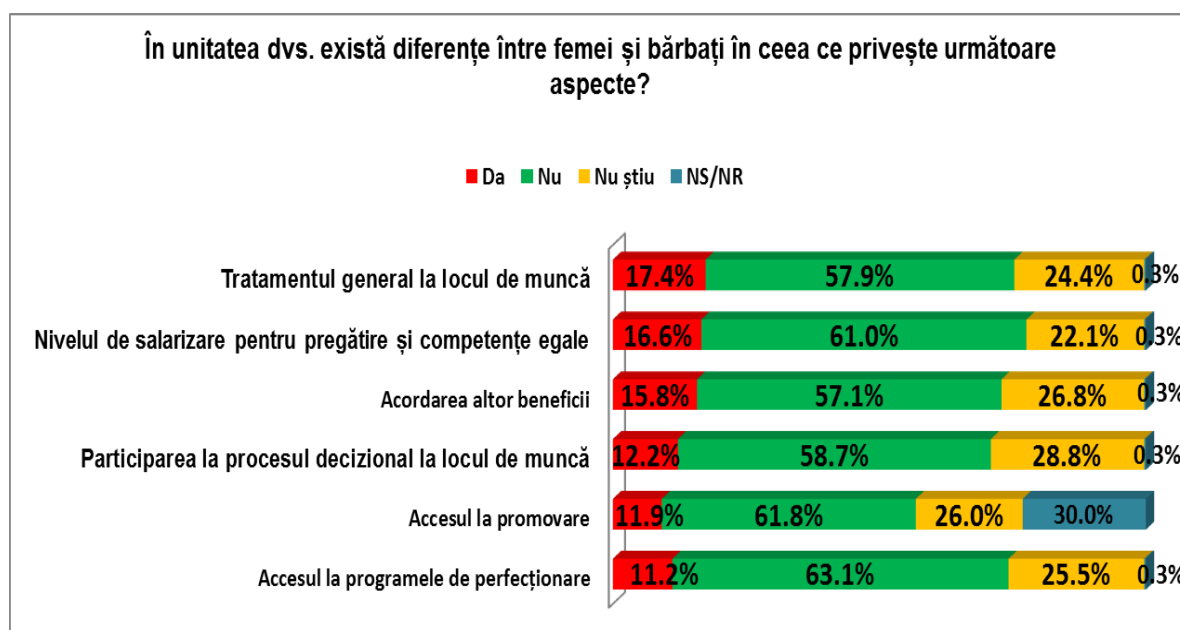
După cum se poate observa în figura de mai sus, cca. 8,5% dintre respondenți au indicat un motiv pentru care femeile nu sunt potrivite în funcții de conducere, fapt care reflectă dimensiunea relativ redusă a unei mentalități propice segregării pe verticală. Indicarea unui motiv corelează cu nivelul redus de studii/postul ocupat, fiind mai frecventă în cazul îngrijitoarelor și infirmierelor și nu înregistrează semnificative diferențe de gen.

Conducerea unității dvs. consideră că femeile sunt potrivite pentru posturi de conducere?



Figură 24

Chiar dacă răspunsurile reflectă opinia respondenților, faptul că cca. 32% dintre aceștia au răspuns „Nu știu!” tinde să indice fie absența unei strategii în domeniul egalității de șanse la nivelul unităților fie absența comunicării și conștientizării salariaților în domeniu.

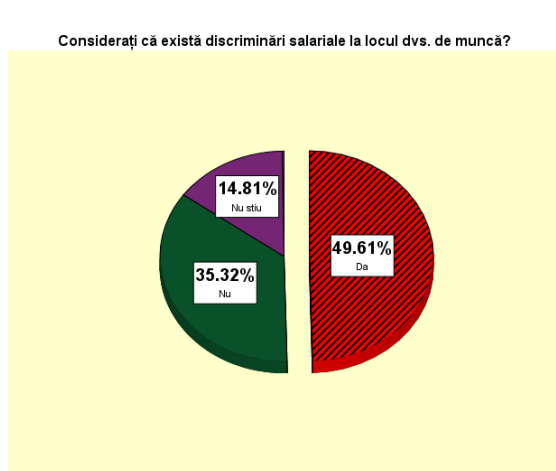


Figură 25

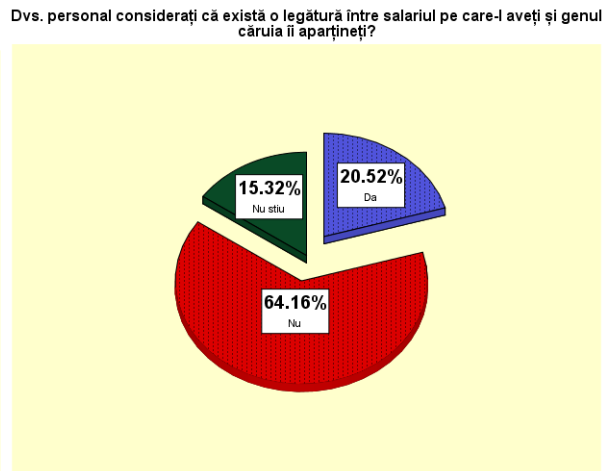
Într-o „ierarhie a inegalităților de gen” raportat la câteva dimensiuni ale activității profesionale, putem observa că pe primele locuri se situează: *tratamentul general la locul de muncă*, *nivelul de salarizare* și *acordarea altor beneficii*. Pondere pe care-o dețin fiecare dintre aceste criterii este semnificativă, însă nu alarmantă. Deoarece accesul la promovare tinde să afecteze majoritatea salariaților, fără diferențieri de gen, el înregistrează ponderea cea mai mare a non-răspunsurilor.



## Discriminare salarială

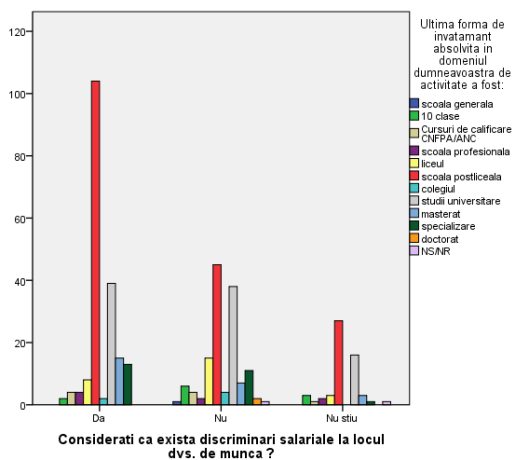


Figură 26

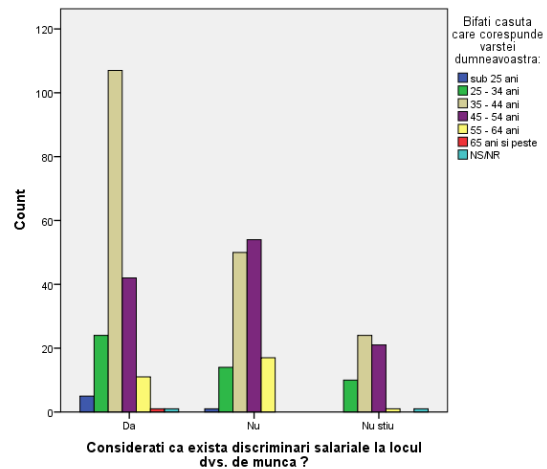


Figură 27

Cca. 50% dintre respondenți indică existența discriminărilor salariale la locul de muncă. Având în vedere faptul că doar cca. 20% dintre respondenți sunt de părere că există o legătură între salariu și gen, discriminările par să țină mai curând de alte criterii decât cele de gen.



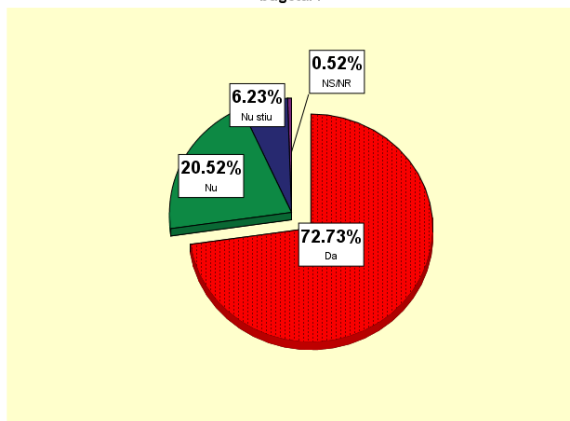
Figură 28



Figură 29

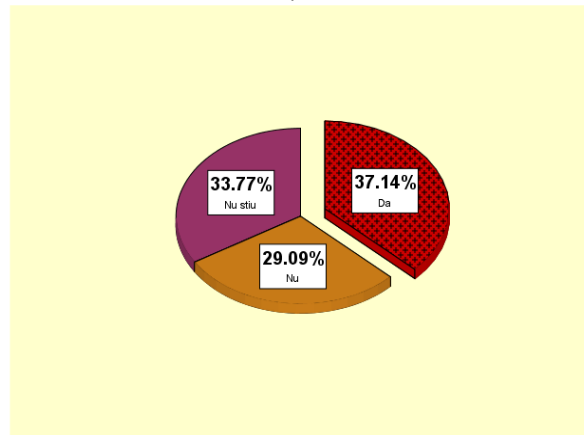
Analiza pe categorii de personal arată faptul că asistentele medicale constituie proporția cea mai mare a respondenților care indică discriminări salariale (raportat la cei care nu le indică), pe primul loc situându-se asistentele medicale absolvente de postliceală (fapt pe care-l interpretăm ca fiind determinat de nerespectarea principiului *la muncă egală salariu egal*). Analiza corelațiilor indică, de asemenea, următoarele: respondenții din mediul urban indică discriminarea într-o măsură mai mare decât cei din mediul rural; discriminarea pare a fi invers proporțională cu vârsta; grupa de vârstă dominantă este 35-44 ani.

Considerați că există o legătură între salariul dvs. și faptul că lucrați în sectorul bugetar?



Figură 30

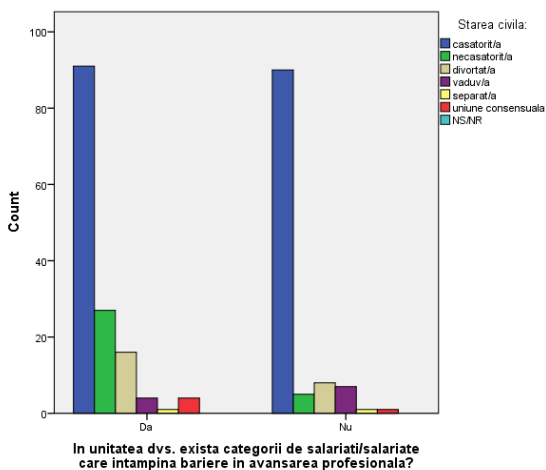
În unitatea dvs. există categorii de salariați/salariațe care întâmpină bariere în avansarea profesională?



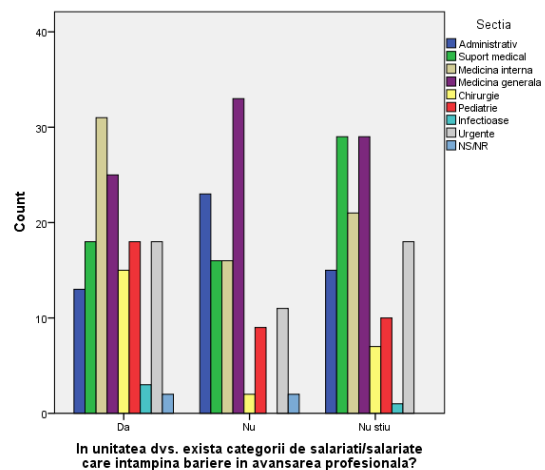
Figură 31

Prin intermediul întrebării privitoare la sectorul bugetar am dorit să evaluăm măsura în care discriminările salariale și apartenența la sectorul bugetar, în special prin contextul în care a fost situată această întrebare. Considerăm însă că forma finală a răspunsurilor ar putea fi influențată de ambiguitatea întrebării.

Având în vedere distribuția răspunsurilor la întrebarea privind barierele profesionale, putem considera că avansarea profesională este departe de a se înscrie în evoluțiile așteptate, doar cca. 30% dintre respondenți indicând faptul că nu resimt bariere în acest sens. Așa cum anticipat, preocuparea pentru avansare este invers proporțional cu vârsta; persoanele de gen feminin indică într-o proporție mai mare existența unor bariere în avansare decât cele de gen masculin; persoanele necăsătorite sau divorțate într-un procent mai mare decât cele căsătorite; respondenții care indică existența discriminărilor salariale indică într-o mai mare măsură și existența barierelor în calea avansării profesionale.



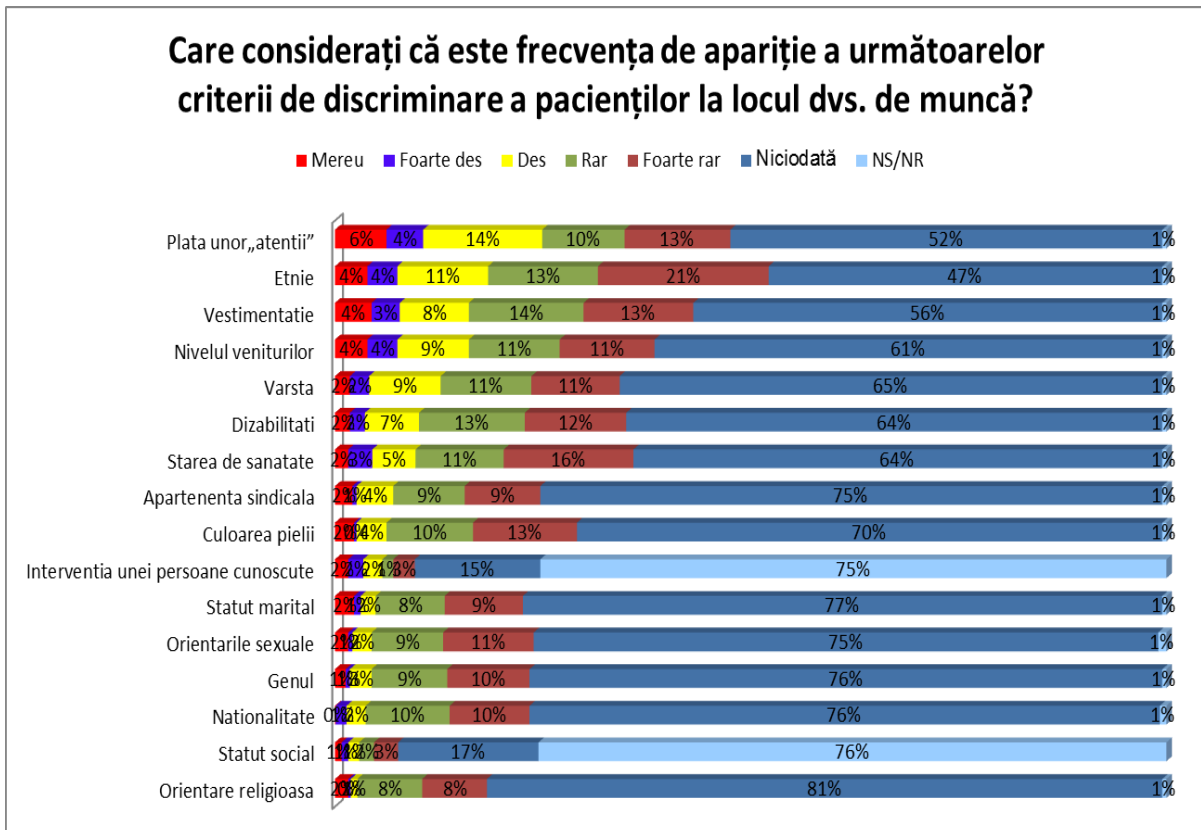
Figură 32



Figură 33

Persoanele necăsătorite și cele divorțate indică într-o măsură mai mare existența unor bariere în calea avansării profesionale. Motivul poate să-l constituie nivelul de preocupare mai ridicat față de traseul de carieră. Secțiile chirurgicale se situează pe primul loc în privința indicării obstacolelor.

### „Cultura discriminării”



Figură 34

Pentru a evalua atmosfera generală de la locul de muncă în ceea ce privește egalitatea de șanse am solicitat respondenților să-și exprime opiniile privind discriminarea pacienților raportat la mai multe criterii. A rezultat o „ierarhie a criteriilor de discriminare a pacienților”, care evidențiază o serie de probleme. O vom aborda în funcție de „locurile” mai importante, respectiv primele și ultimele locuri:

a) Primele locuri ale ierarhiei discriminării pacienților sunt ocupate de:

1. Plățile informale, acestea fiind indicate de cca. 24% dintre respondenți pentru categoriile *Mereu/foarte des/des* și de cca. 47% dacă luăm în considerare toate variantele de frecvență.

2. *Etnia* ocupă locul secundar, cu 19% respectiv 53% dintre respondenți.

3. „*Apartenența socială*” exprimat fie prin intermediul nivelului veniturilor fie prin aspectul vestimentar ocupă cel de-al treilea loc.

4. *Vârsta și dizabilitățile* se situează la un nivel relativ egal.

b) Ultimele locuri ale ierarhiei criteriilor de discriminare a pacienților sunt ocupate, în ordinea inversă frecvenței, de:

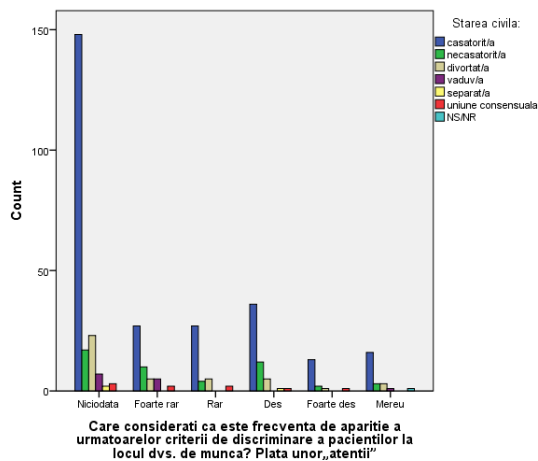
1. *Orientarea religioasă*, înregistrează cel mai scăzut nivel (cca. 20% cumulând toate frecvențele);

2. *Naționalitatea, genul, orientările sexuale și statutul marital* au o pondere relativ egală, ocupând același loc.

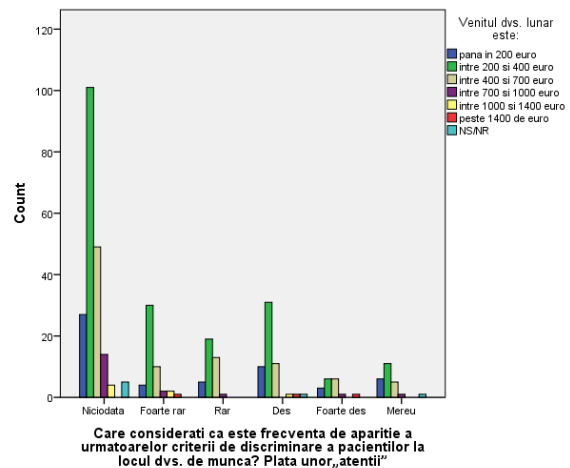
c) Două criterii cunosc o distribuție anormală, căreia vom încerca să-i furnizăm o explicație:

1. *Statutul social* are o pondere anormală de non-răspunsuri. Considerăm că ea este determinată de dificultatea înțelegerii acestui concept, respondenții preferând să nu riște o interpretare eronată. Având în vedere distribuția răspunsurilor la criteriile *vestimentație și nivelul veniturilor* considerăm evident faptul că statutul social poate fi încadrat în categoria criteriilor importante de discriminare a pacienților. Răspunsurile de la această întrebare corelează cu unitatea sanitară a respondenților, astfel încât cei care consideră statutul social ca fiind un criteriu de discriminare des întâlnit (în grade diferite) lucrează predominant în două dintre spitale, fapt ce ar putea sublinia existența unor probleme în ceea ce privește discriminarea pacienților în aceste unități.

2. *Intervenția unei persoane cunoscute* înregistrează de asemenea o pondere anormală de non-răspunsuri. Considerăm că aceasta este determinată de ambiguitatea formulării, ratându-se ceea ce am dorit să investigăm, respectiv traficul de influență.



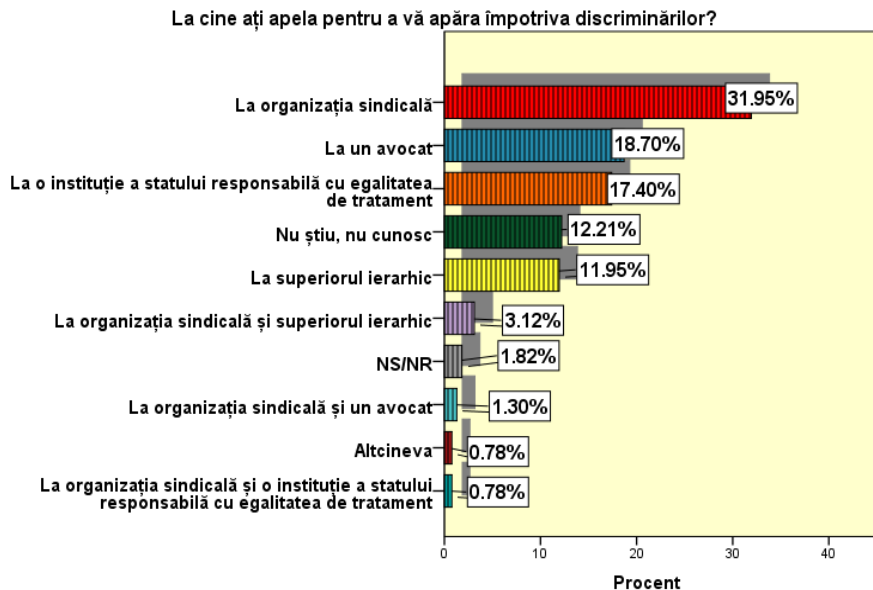
Figură 35



Figură 36

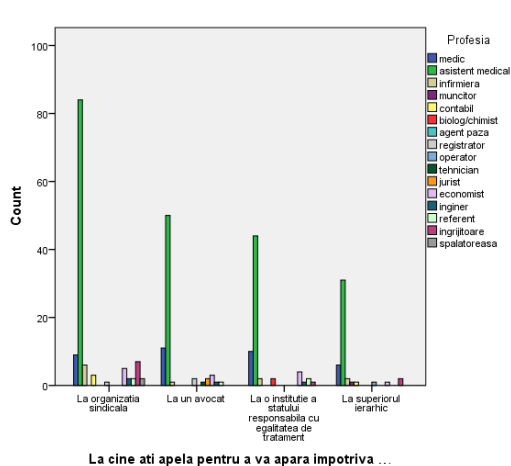
Persoanele divorțate și cele văduve indică în proporții covârșitoare variantele *Niciodata* și *Rar*. Demnă de remarcat este corelația invers proporțională între mărimea venitului și plata atențiilor, care sugerează posibilitatea diminuării plăților informale proporțional cu creșterea veniturilor.

## Mecanismele de prevenție și apărare împotriva discriminării

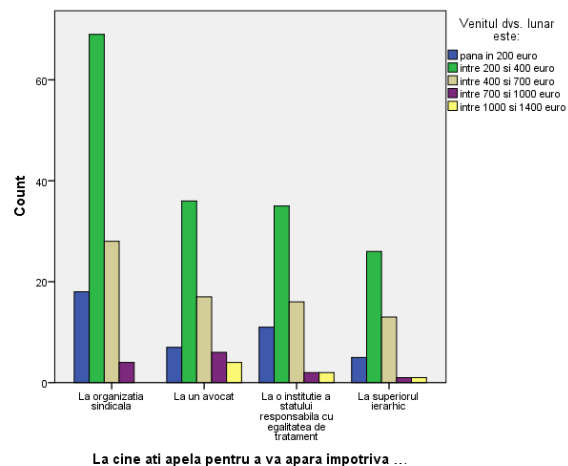


Figură 37

În ordinea încrederii de care se bucură instituțiile ce pot acționa în domeniul egalității de șanse, pe primul loc se situează organizațiile sindicale, care reușesc să întrunească încrederea potențială a cca. 32% (peste 36% cumulat) dintre respondenți. Sindicatele sunt urmate de *avocat* și abia apoi de *o instituție a statului responsabilă cu egalitatea de tratament*. Se remarcă faptul că cca. 14% dintre respondenți nu pot indica un eventual sprijin pentru apărarea împotriva inegalității.



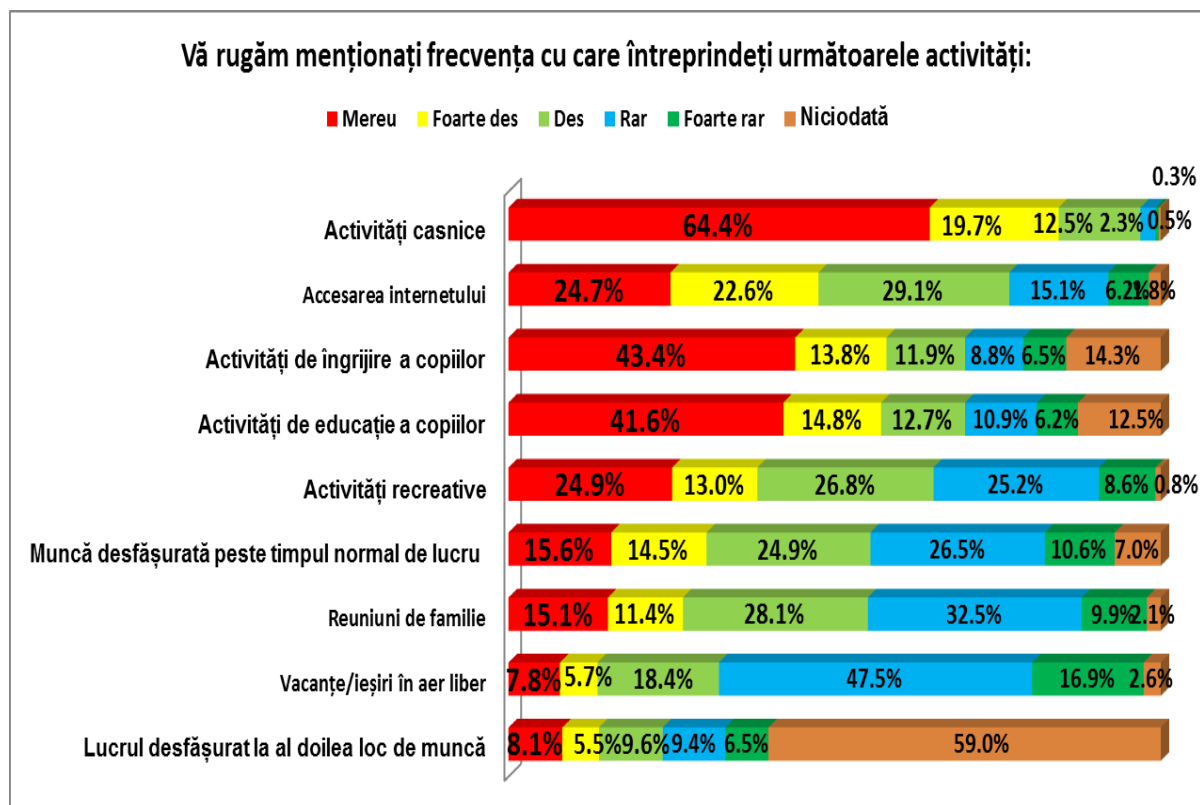
Figură 38



Figură 39

Se remarcă nivelul de încredere mai scăzut al medicilor în organizațiile sindicale comparativ cu restul categoriile profesionale, explicabilă din perspectiva corelației dintre nivelurile scăzute ale veniturilor și preferința pentru sprijinul sindicatelor. Nu corelează cu vârsta.

## Echilibrul dintre viața profesională și viața de familie/personală



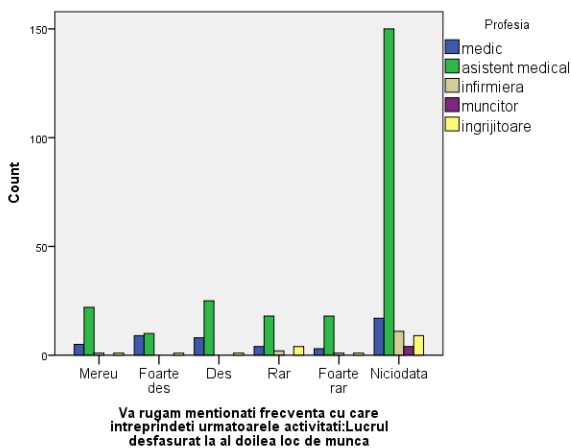
Figură 40

Data fiind ponderea mare a persoanelor de gen feminin din totalul respondenților distribuția răspunsurilor poate fi interpretată din perspectiva aplicabilității în cazul lor.<sup>8</sup> Interpretarea din cele două perspective opuse, respectiv variantele *mereu* cumulat cu *foarte des* și *niciodată* împreună cu *foarte rar* oferă următorul tablou:

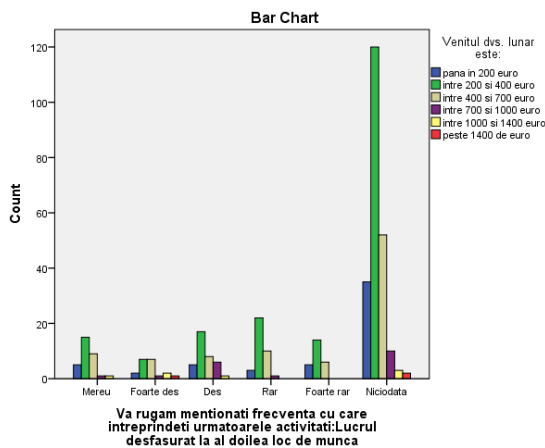
- Activitățile casnice împreună cu cele de îngrijire și de educare a copiilor au frecvențe foarte ridicate, sugerând un nivel foarte mare de ocupare a respondentelor, în acord cu perspectiva tradiționalistă asupra familiei.
- Munca peste timpul normal de lucru este indicată de peste 30% dintre respondente ca având o frecvență foarte mare.
- Cca. 23% dintre respondenți au un al doilea loc de muncă (variantele *mereu*, *foarte des* și *des*), pentru a-și completa veniturile. Doar 60% dintre respondenți nu au indicat existența unui al doilea loc de muncă.

<sup>8</sup> Procedând prin eliminare, constatăm următoarele variații ale distribuției răspunsurilor date de persoanele de gen masculin:

- nivel mediu de implicare în activitățile casnice, activități recreative, munca peste timpul normal de muncă și al doilea loc de muncă;
- nivel redus de implicare în creșterea și educarea copiilor, ieșiri în aer liber;
- nivel ridicat de accesare a internetului.



Figură 41



Figură 42

Reducând analiza datelor la cinci categorii profesionale și considerând că variantele *mereu*, *foarte des* și *des* dau seama de existența unui al doilea de muncă, putem constata următoarele:

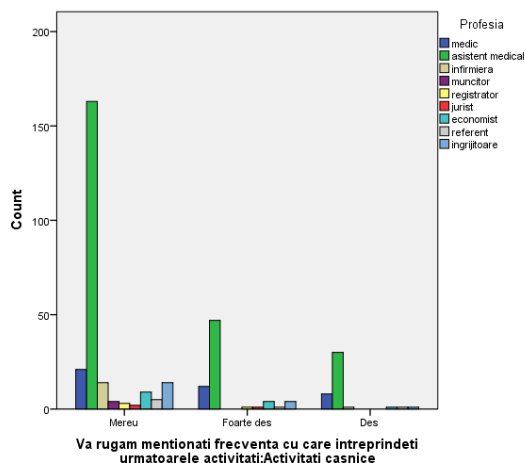
- Cca. 49% dintre medici au un al doilea loc de muncă;
- 23% dintre asistentele medicale au un al doilea loc de muncă;
- *Muncitorii* nu indică existența unui al doilea loc de muncă.

Respondenții din mediul urban indică existența unui al doilea loc de muncă într-o proporție mai mare decât cei din mediul rural. 47% din persoanele de gen masculin indică existența unui al doilea loc de muncă comparativ cu doar 23% din persoanele de gen feminin. Nivelul veniturilor corelează (direct proporțional) cu procentul celor care indică existența unui al doilea loc de muncă. Din această perspectivă, eventualele diferențe de venituri dintre persoanele de gen feminin și cele de gen masculin pot fi explicate de locurile de muncă suplimentare.

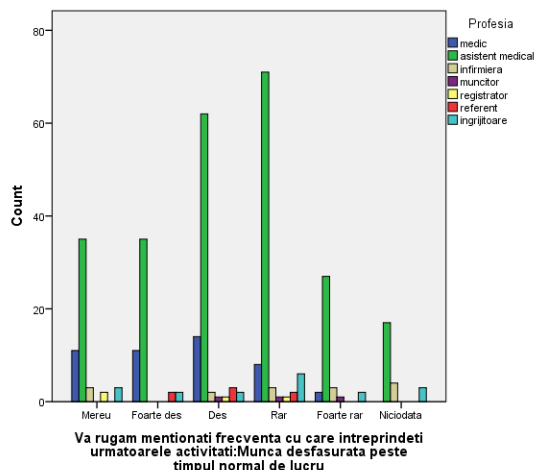
Tabloul general sugerează un nivel foarte ridicat de ocupare, care lasă foarte puțin timp pentru activitățile recreative (doar cca 36% dintre respondenți le-au indicat ca fiind frecvente), pentru vacanțe și ieșiri în aer liber (doar cca. 13% dintre respondenți au indicat că au frecvent parte de ele, în timp ce majoritatea (cca. 64%) a indicat că are parte rar și foarte rar de ele și pentru reuniunile de familie (cca. 26% dintre respondenți au indicat că au o frecvență ridicată).

Este evident că activitățile la locul de muncă, dublate de cele casnice și de al doilea loc de muncă conduc la situația reducerii timpului disponibil pentru viața de familie, fiind în situația unui grav dezechilibru între viața profesională și viața de familie.

Supra-aglomerarea ce caracterizează viața profesională a salariaților împreună cu viața personală este accentuată în cazul asistentelor medicale de ciclurile foarte lungi, redundante, de formare, care accentuează impactul negativ asupra armonizarea vieții profesionale cu viața de familie.

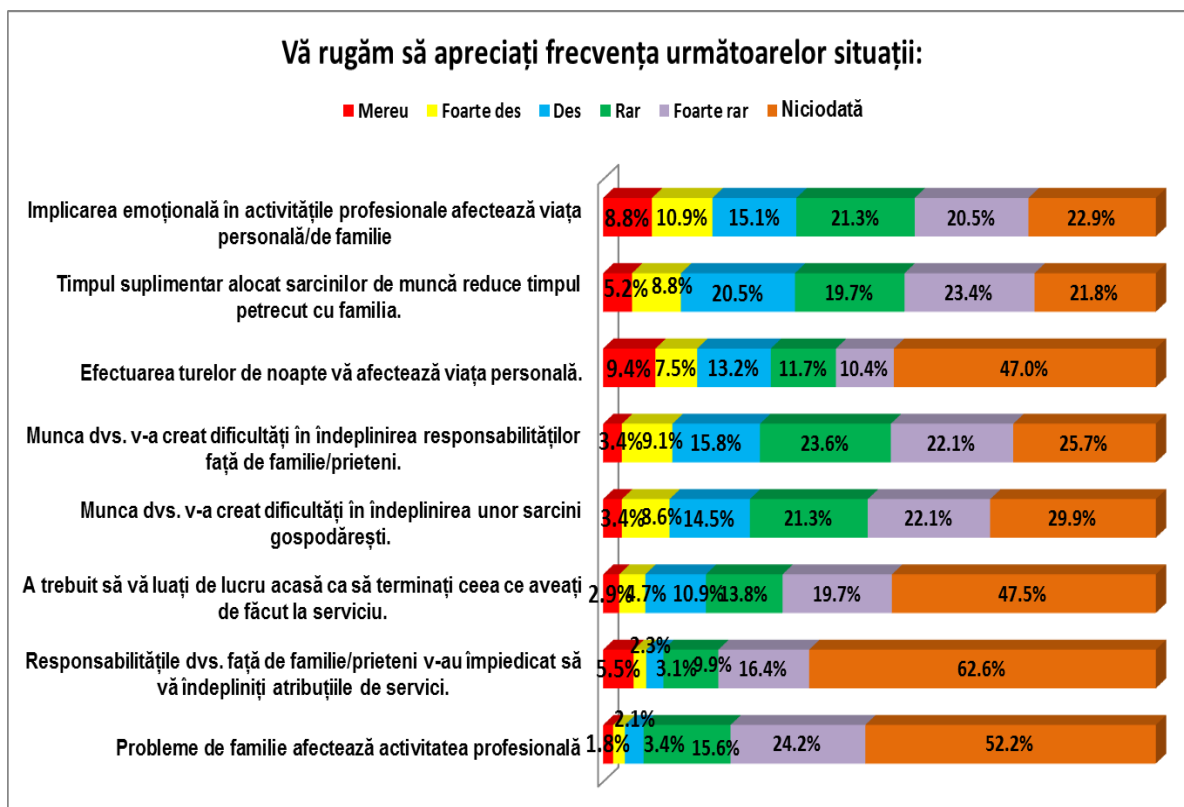


Figură 43



Figură 44

Distribuția activităților casnice pe profesie reflectă tendința de a fi invers proporțională cu locul ocupat în ierarhie profesională. Faptul că distribuția muncii peste programul normal de lucru este direct proporțională cu locul ocupat în ierarhia profesională poate constitui explicația principală pentru distribuția activităților casnice. Principala cauză ar putea să constituie deficitul de personal, urmată de programul de lucru specific medicilor.

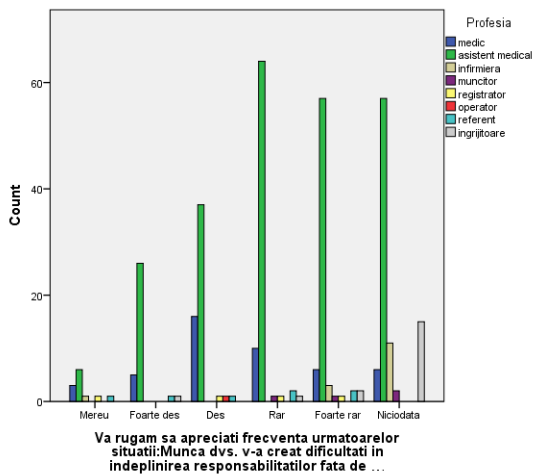


Figură 45

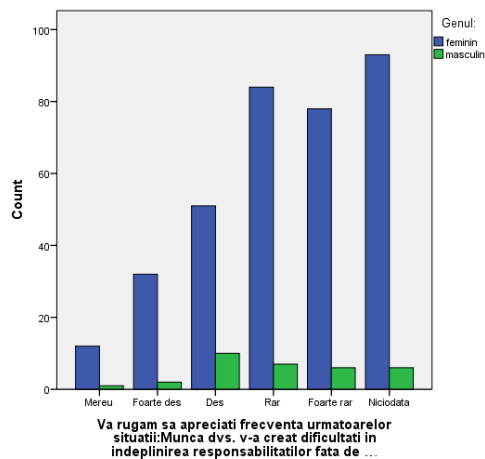
Privirea de ansamblu dezvăluie un impact negativ mediu al vieții profesionale asupra vieții de familie și unul foarte redus al vieții de familie asupra vieții profesionale.



- a) Impactul negativ al vieții profesionale asupra vieții de familie este determinat de:
- Implicarea emoțională în activitățile profesionale (cca. cca. 35% din cazuri);
  - Munca suplimentară determină reducerea timpului petrecut cu familia (cca. 35% dintre respondenți);
  - Efectuarea turelor de noapte (în cca. 30% din cazuri);
- b) Impactul vieții de familie asupra vieții profesionale este semnalat în cca. 11% din cazuri.

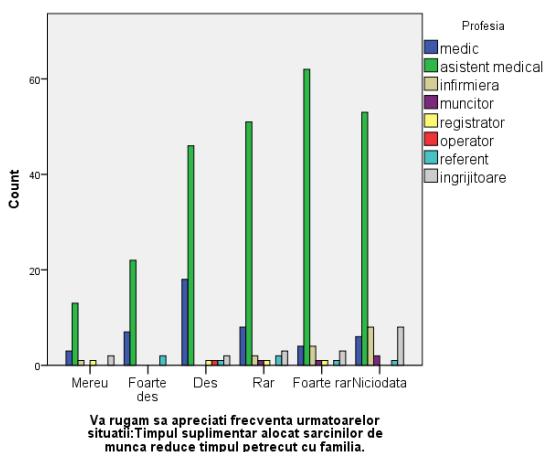


Figură 46

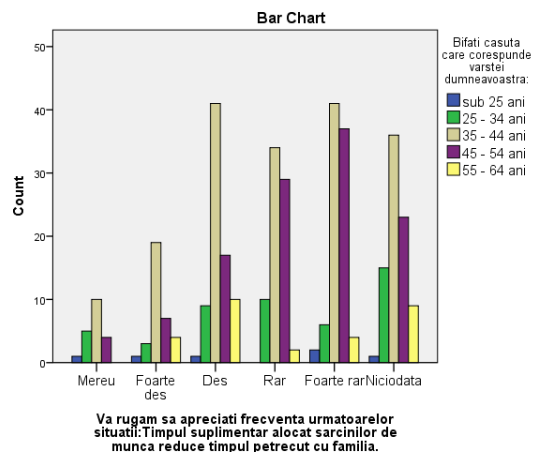


Figură 47

Nivelul cel mai ridicat de afectare a vieții personale de către profesie este indicat în cazul medicilor, urmași de asistentele medicale. Intervalul de vârstă cel mai afectat este 35-44 ani. Persoanele de gen masculin tind să fie mai afectate decât cele de gen feminin.

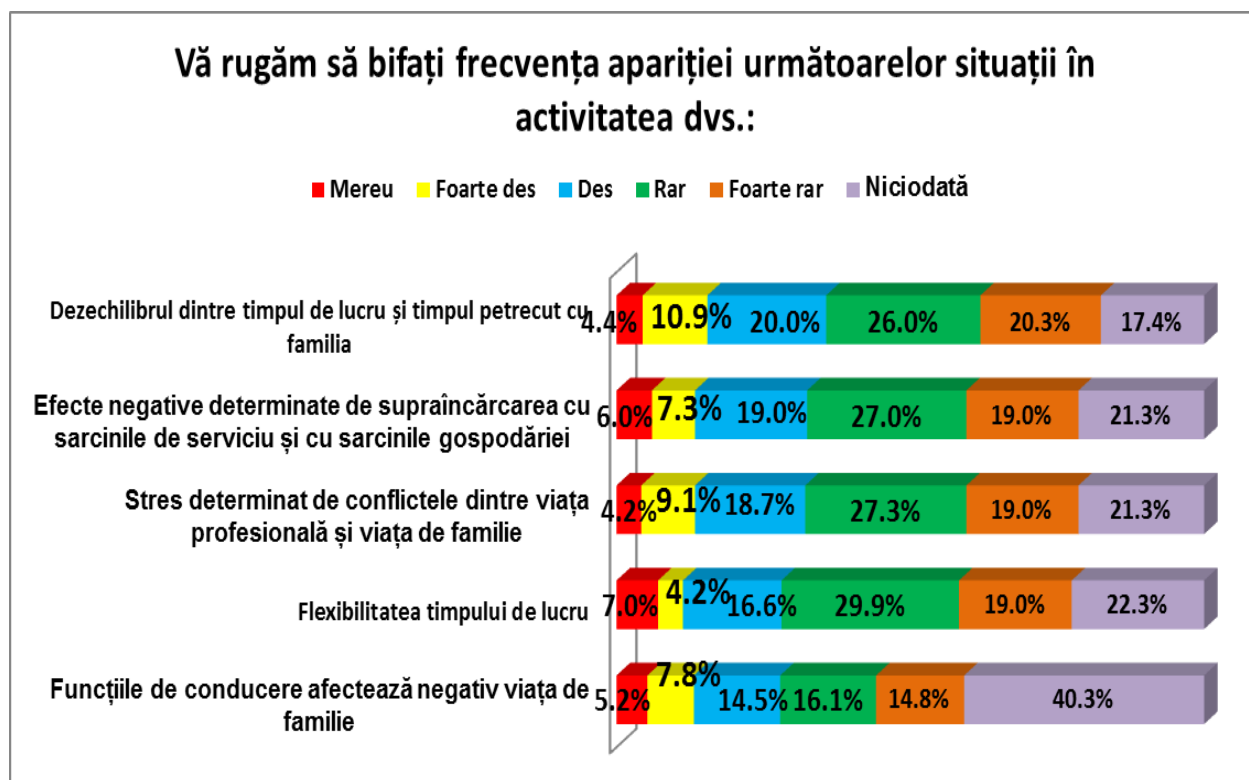


Figură 48



Figură 49

Medicii alocă, per ansamblu, mai mult timp sarcinilor de serviciu decât alte categorii profesionale. Ei sunt urmați de asistentele medicale. Grupa de vârstă 35-44 ani este cea mai expusă.



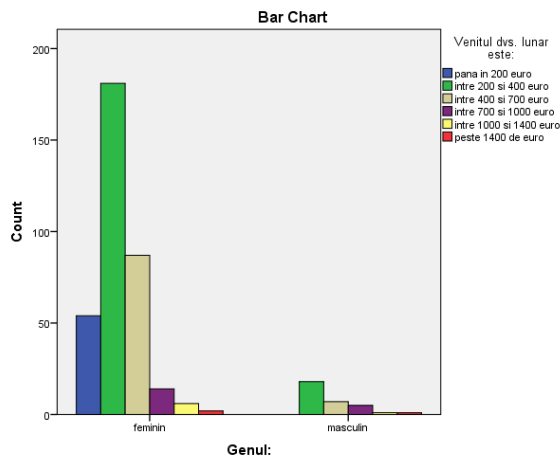
Figură 50

Evaluarea făcută de respondenți asupra câtorva indicatori ai nivelului armonizării vieții profesionale cu viața de familie indică următoarea situație:

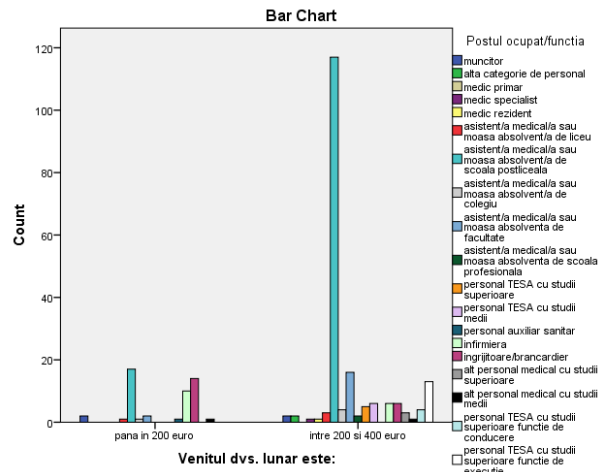
- Cca. 35% dintre respondenți indică un dezechilibru mare între viața profesională și viața de familie, în defavoarea celei din urmă. În cca. 32% dintre cazuri acest conflict constituie o importantă sursă de stres asupra salariaților, afectându-le semnificativ calitatea vieții profesionale.
- În cca. 32% din cazuri cumularea sarcinilor din gospodărie cu supra-încărcarea cu sarcini de serviciu determină semnificative efecte negative asupra calității vieții profesionale.
- Cca. 72% dintre respondenți reclamă lipsa flexibilității timpului de lucru; situația constituie un impediment major asupra armonizării vieții profesionale cu viața de familie.
- Cca. 28% dintre respondenți consideră că funcțiile de conducere accentuează impactul negativ asupra vieții de familie.

## Distribuția veniturilor

Principala perspectivă din care abordăm această temă o constituie identificarea unei eventuale diferențe de gen în privința veniturilor.

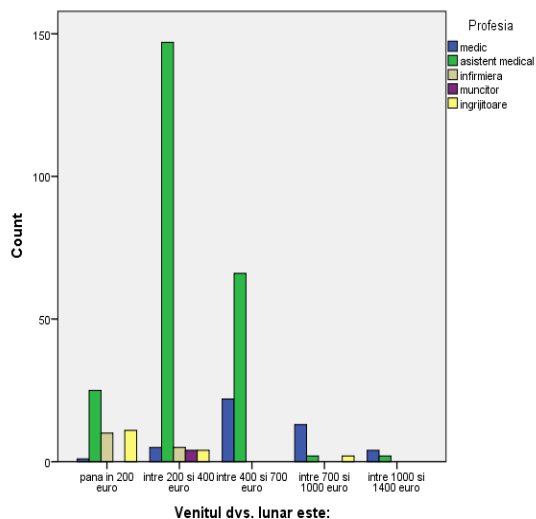


Figură 51

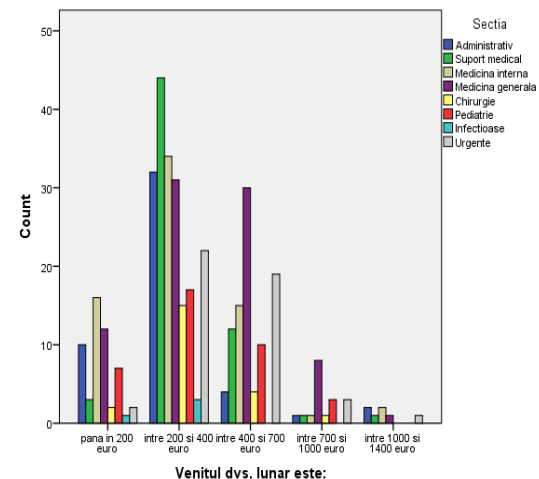


Figură 52

Diferențele de venituri între persoanele de gen feminine și cele de gen masculine se înregistrează doar în ceea ce privește veniturile până în 200 euro, acestea nefiind indicate de a doua categorie. Nivelul cel mai mic al veniturilor este înregistrat, în ordinea ierarhică, de asistentele medicale absolvente de postliceală, de îngrijitoare și de infirmieră.



Figură 53

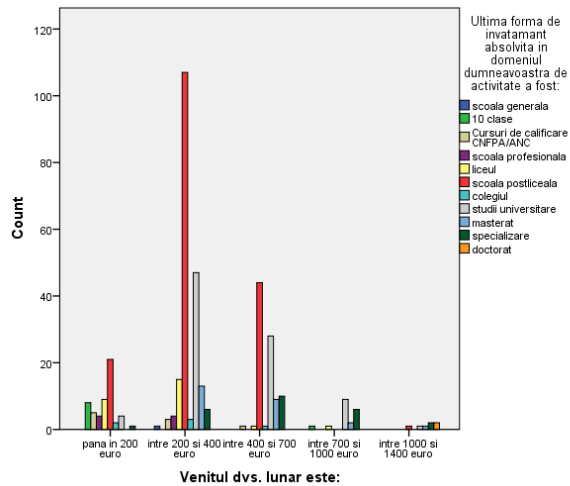


Figură 54

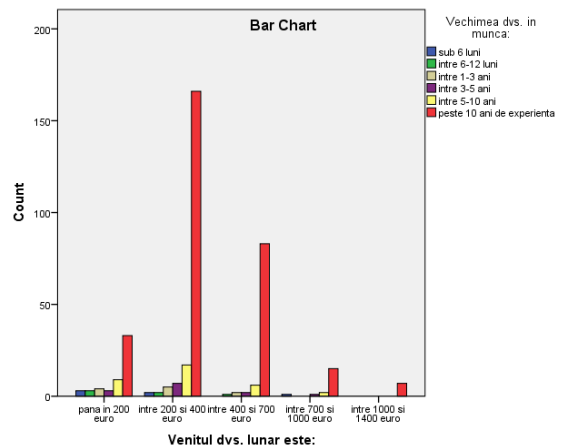
Analiza modului de concentrare a salariilor pe intervale de salarizare reflectă următoarea ordine ierarhică (de la mic la mare): îngrijitoare și infirmieră (până în 200 euro), asis-

tente medicale (200-400 euro) și medici (400-700 euro). Variațiile de venit în cadrul aceleași categorii profesionale sunt determinate în primul rând de caracteristicile locului de muncă, înregistrându-se următoarea ierarhie (în funcție de mediană):

- 200-400 euro: administrativ, suport medical, medicină internă, medicină generală și pediatrie (cu tendința de a trece în următoarea treaptă), chirurgie, infecțioase;
- 400-700 euro: urgențe.



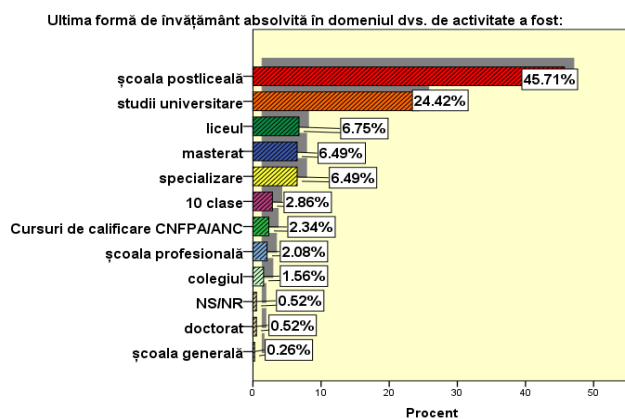
Figură 55



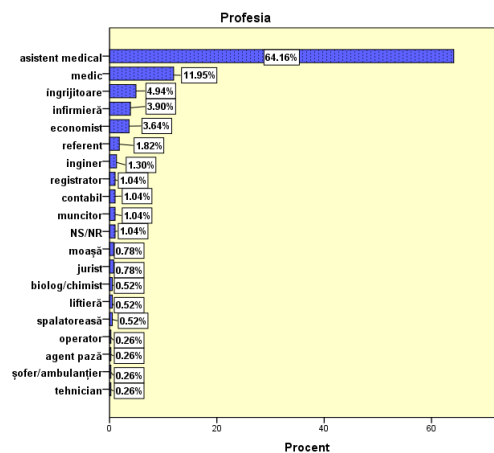
Figură 56

Așa cum era de așteptat, distribuția veniturilor este direct proporțională cu nivelul de studii și cu vechimea în muncă.

## Date factuale

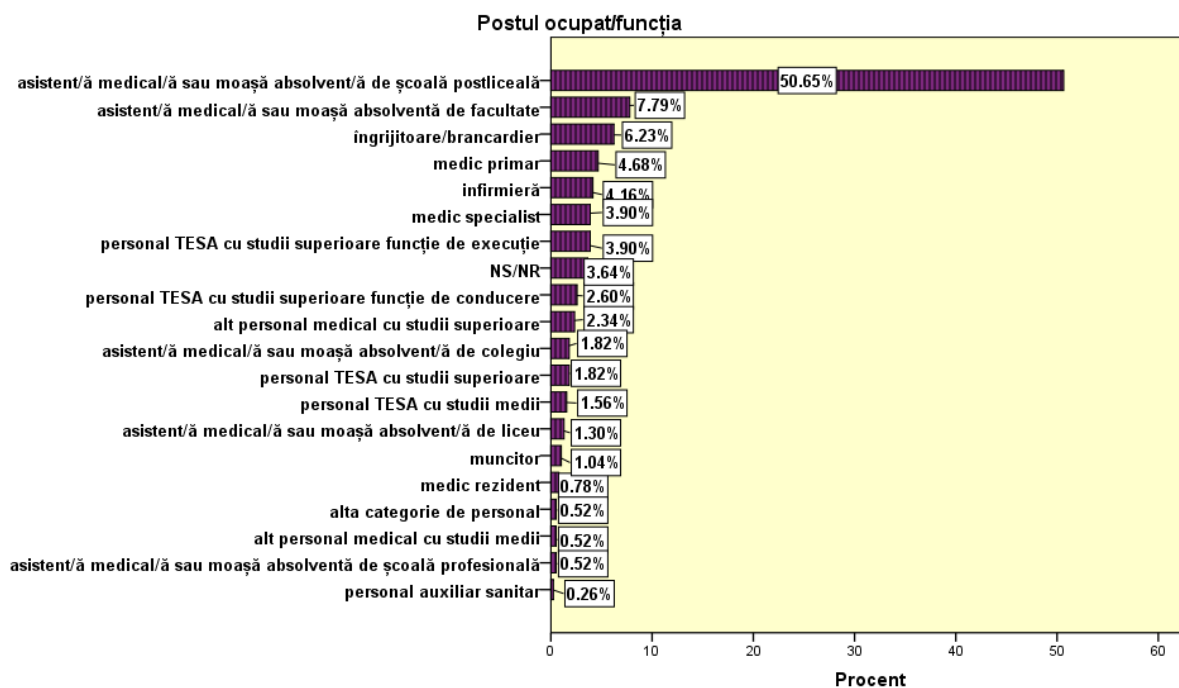


Figură 57



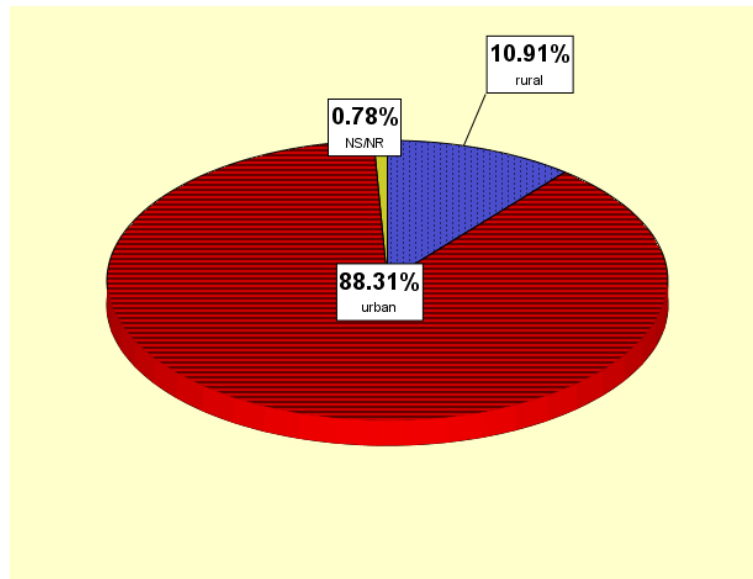
Figură 58

Majoritatea de 64.16% dintre participanții la cercetare sunt de profesie asistenți medicali, urmași de medici cu 11.95%, îngrijitoare 4.94% și infirmieră 3.9%, posturile ocupate fiind de asistent medical cu studii postliceale (50.65%) sau superioare (7.79%) sau îngrijitoare/brancardier (6.23%).



Figură 59

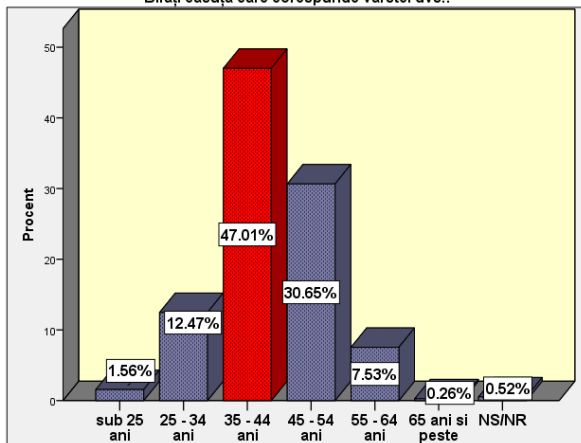
Domiciliul in mediul:



Figură 60

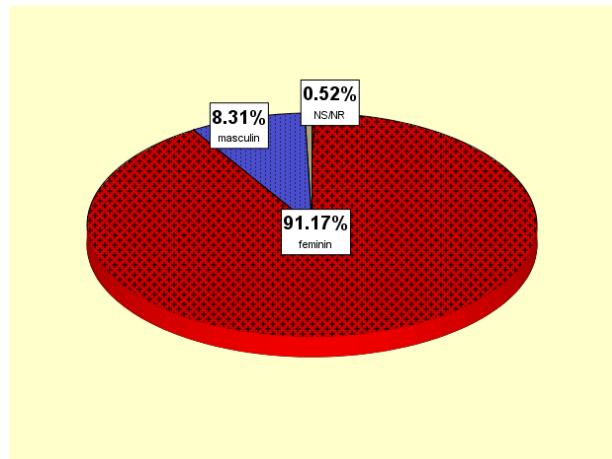
88.31% dintre participanții la cercetare locuiesc în mediul urban și doar 10.91% în cel rural, ca vârstă majoritatea de 47.01% situându-se în intervalul 35-44 ani sau 45-54 ani (30.65%), fiind preponderent femei (91.17%) și 8.31% bărbați, fiind confirmată totodată și feminizarea domeniului sanitar.

Bifați căsuța care corespunde vârstei dvs.:

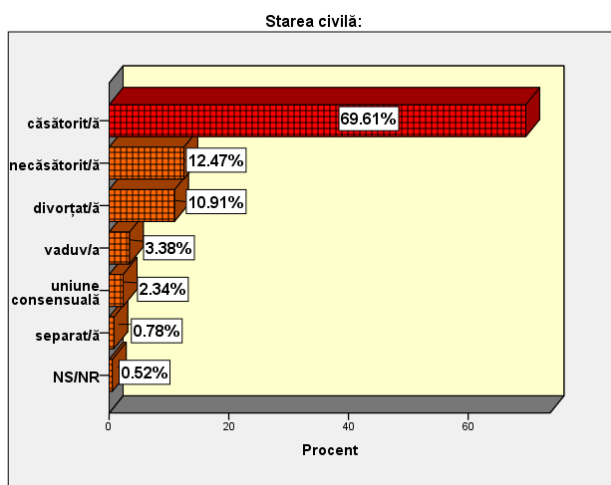


Figură 61

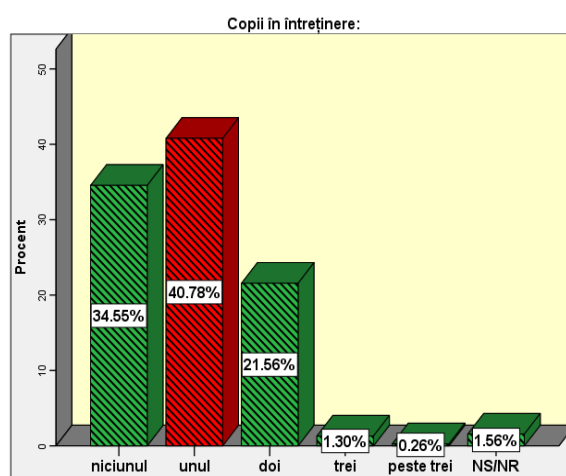
Genul:



Figură 62

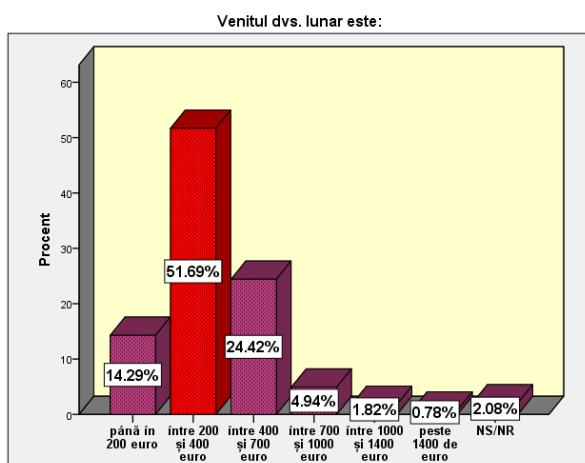


Figură 63

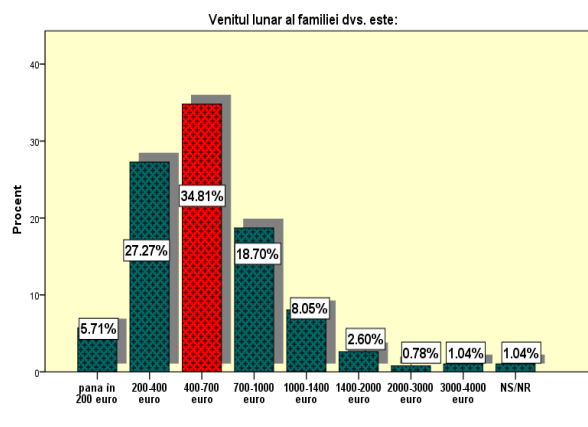


Figură 64

Majoritatea de 69.61% dintre respondenți sunt căsătoriți și au un copil (40.78%).

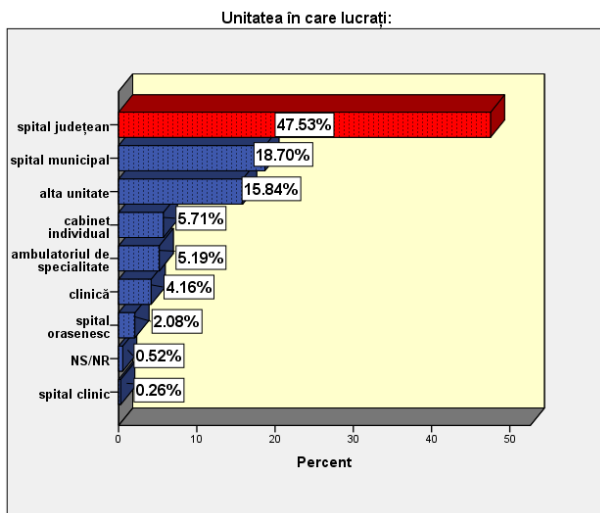


Figură 65

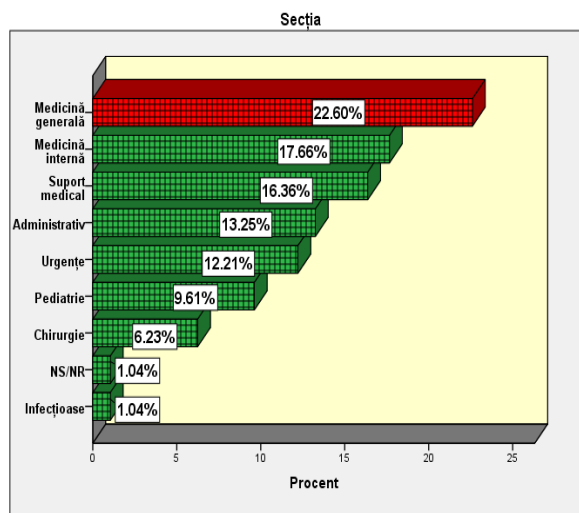


Figură 66

Un procent foarte ridicat de 51.69% dintre angajații respondenți au menționat venituri de 200-400 euro, care se situează la limite salariului minim pe economie, nici veniturile familiei per ansamblu nefiind foarte ridicate pentru un nivel de trai decent (34.81%-400-700 euro).

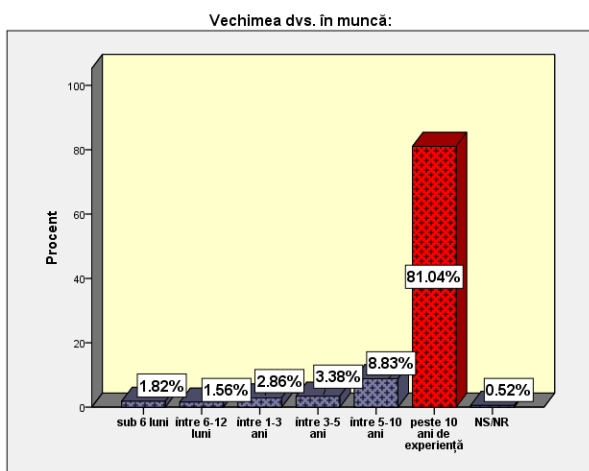


Figură 67

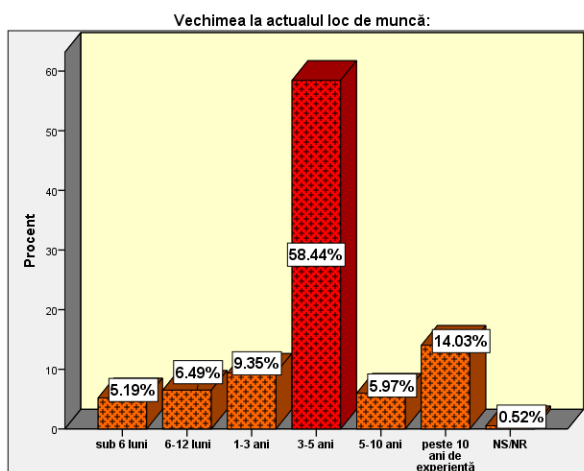


Figură 68

47.53% dintre angajați lucrează în spitale județene sau municipale 18.7%.



Figură 69



Figură 70

Putem observa o instabilitate la nivelul sistemului sanitar și în viața profesională a angajaților, chiar dacă majoritatea de 81.04% menționează că au peste 10 ani de experiență în muncă, 58.44% au doar 3-5 ani vechime la ultimul loc de muncă.



## Cercetarea calitativă

### Discriminarea salarială. Delimitări conceptuale

Pentru a clarifica situația celei mai des invocate forme de discriminare, trebuie să ne lămurim în prealabil în ce măsură este îndreptățită discuția despre existența unor *discriminări salariale* între salariați/salariate, în condițiile în care ele sunt generate de prevederile legale aplicabile salarizării.<sup>9</sup>

#### 1. **Știți ce este discriminarea?**

În ceea ce privește cunoștința semnificației termenului de discriminare, angajatele din sistemul sanitar tind să îl definească prin *I.L.C: Egalitatea între oameni, principiul egalității între oameni și de aici fiecare cu specificul lui*, fiind centrat pe diferențieri *M.I.T: Eu prin discriminare înțeleg faptul că provoci o diferențiere, practic nejustificată*, *U.M.: O diferență între unul și altul. Față de alții pozitivă, față de tine negativă*. Se remarcă invocarea conceptului de *discriminarea pozitivă* de către unele salariate, fapt care poate indica nivele diferite de cunoaștere a conceptelor fundamentale pentru discriminarea. Dacă ipoteza este corectă atunci explicația principală o constituie absența unor canale de comunicare a informațiilor specifice, destinate acestei categorii de salariate.<sup>10</sup>

#### 2. **Cum ați defini-o cu cuvintele dvs.?**

Pentru definirea discriminării, persoanele intervievate au făcut referire tot la diferențieri *G.L.: E chiar mai mult decât o diferențiere, când spui discriminare pare ceva mai mult decât o diferențiere. Depășește anumite limite ale bunului simț.*” sau au oferit exemple precum *O.C.: Să vă dăm un exemplu: noi suntem două colege, pe mine mă iubește șefa, pe doamna nu o iubește și face o discriminare. Eu vreau libere, ei nu îi dă*.

Poate fi constat faptul că respondentele au o înțelegere generală, deseori vagă, a discriminării. În acest context se dovedește util orice demers de informare și conștientizare.

#### 3. **Cunoașteți cazuri de discriminare la locul de muncă?**

Sunt menționate cazuri de discriminare între categoriile profesionale din sistemul sanitar, bazate pe diferențele de statut dintre personal TESA-personal auxiliar-asistente medicale:

- *C.O.: Între asistente și infirmiere, iar între asistente și îngrijitoare se face așa o discriminare, exact ca într-o văgăună în care, practic asistenta te trimite la mătură cu toate că practic câteodată o dublezi pe asistentă. Adică sunt asistente care nu își fac conștiincios treaba și văzându-l că se bâlbâie sări în ajutorul lui.*

- *O.V.: Mai e o discriminare în ceea ce privește personalul sanitar și cel nesanitar. Cel nesanitar, nu pot să spun că este umilit, dar este tratat cu totală desconsiderare pe motiv că nu ei prestează activitatea principală.*

<sup>9</sup> Mai corect spus, de incoerența prevederilor legale în materie de salarizare.

<sup>10</sup> Evident, explicarea situației include și diferențele de pregătire și de interes dintre respondente.

- *M.M.A.: Există o prăpastie foarte mare între personalul medical și cel TESA, în sensul că cei din TESA sunt priviți, și nu mă refer la asistente, din păcate sunt și cazuri căci comportamentul medicului se răsfrânge și asupra asistentelor și asupra noastră, dar relația medic personal TESA este una de stăpân pe plantație-sclav, fără ei nu am exista, eu îi înțeleg, noi fără ei nu avem ce face, ei fără noi nu ar putea funcționa (...).*

Înțelegerea imprecisă a conceptului conduce uneori la extinderea lui peste cadrul legal, chiar dacă rezonanțele lui pot genera un grad de legitimare a unei astfel de abordări. Se remarcă faptul că discriminarea de gen este deseori depășită de alte inegalități percepute de salariale. Totodată, poate fi observat faptul că profesia/funția deținută este deseori considerată un indicator exclusiv al statutului social în colectiv, remarcându-se adevărate praguri de trecere/rupturi între diferitele categorii de personal. O astfel de observație sugerează necesitatea unei analize a altor tipuri de discriminare percepute de salariale, multe dintre ele determinate de statutul social.

Constituie mijloace de discriminare profesională realizarea graficelor de lucru și distribuția incorectă a zilelor de lucru în weekend:

- *U.M.: Da, sunt. La grafic sunt persoane favorizate.; P.C.C.: Este mai favorizată, la libere sau dacă întârzie la program se trece cu vederea, la concediu nu trebuie să îți mai țină altcineva locul. De aceea am și definit discriminarea așa, că se fac anumite favorizări.*

- *B.G.: Da. Discriminarea se face la nivelul asistentelor, acordarea orelor din sâmbete și duminici nu se face în mod egal. În secția de Chirurgie de exemplu mi se pare corect toată lumea zile la pansamente, zile la veghe, zile de noapte, de după-amiază, ceea ce nu se întâmplă. Deci o rotire a personalului în toate compartimentele.*

Absența unor criterii clare în distribuția sarcinilor de serviciu induce salariatelor un sentiment de tratament preferențial nejustificat în cazul unora dintre colege. Este evidentă absența unei strategii împotriva discriminării la nivelul angajatorilor, care să conducă la introducerea unor proceduri clare, transparente și construite pe principiile egalității de șanse, în aspectele esențiale ale vieții profesionale.

#### **4. Dvs. ați asistat la o situație în care o persoană era discriminată la locul de muncă?**

Dintre situațiile de discriminare la care au asistat participantele la cercetare au fost menționate cele de privarea accesului la formare profesională sau situații conflictuale între colege sau cu șefii.

- *H.G.: Am asistat dar nu știu cum să pun problema. Chiar și legat de cursuri, majoritatea s-au dus la niște cursuri iar una dintre ele a fost refuzată categoric spunându-i-se că se dă un examen, că nu e capabilă, că vârsta, motive ca acestea.*

- *M.M.: Tot ce se întâmplă pornește de sus. S-au certat două colege, s-au jignit până la cuvinte grele. Una este pupată pe frunte și una este lovită cu piciorul în fund, da? Și pe urmă îi spune lu` cea lovită: Dacă mai vorbești, vei avea de-a face cu mine!*

- *P.D.: Nu ai voie să intri la locul unde doamnele infirmiere stau. Și unde doamnele asistente stau nu au ce căuta doamnele infirmiere. Totuși noi suntem la un loc, suntem colege, așa ne numim, dar să știți că nu toate.*

Nerespectarea principiilor egalității de șanse conduce uneori la situații conflictuale. Este evidentă totodată o segregare a personalului, bazată pe statutul profesional, în domeniul relațiilor profesionale, ce conduce atât la aspecte susceptibile de a intra în sfera discriminării cât și la o ruptură semnificativă a spiritului de echipă ce ar trebui să guverneze aceste relații, condiție esențială pentru furnizarea unor servicii medicale de calitate.

***Dacă da:***

- **4.1 Cum au fost ele rezolvate?**

În ceea ce privește soluțiile pentru rezolvarea cazurilor de discriminare, persoanele intervievate au menționat lipsa unor măsuri concrete și teama de acțiune a persoanelor discriminate:

- *M.M.: Nu se va rezolva. Taci din gură, te duci la baie, vorbești cu tine în oglindă și mergi mai departe.*
- *A.L.: Noi suntem mici, ce să facem? Ne aude doamna șef atât ne mai trebuie.*
- *B.M.: Nu, n-au fost rezolvate. Nu aveai curaj să te duci să spui că nu aveai la cine.*
- *C.O.: Am rezolvat-o singură, adică în momentul în care a început să facă așa mi-a spus că dacă mai deschid gura îmi face referat și am spus da, faceți-mi referat pentru că în urma acelei hârtiuțe vin altele și altele și să văd cum dai explicații.*

Perspectiva generală sugerează o stare de teamă a salariaților față de luarea unor măsuri pentru eliminarea situațiilor pe care le consideră discriminatorii. Ea poate fi generată de lipsa unei culturi a dialogului la nivelul unităților sanitare, respectiv de absența unei preocupări pentru calitatea vieții profesionale a acestora. Efectele negative sunt amplificate, tinzând să genereze un sentiment cvasi-general de frustrare a salariaților, în condițiile în care unele dintre situațiile invocate fie țin de o raportare strict subiectivă la anumite aspecte ale activității profesionale (putând fi eliminate prin intermediul explicațiilor adecvate) fie nu constituie situații de discriminare, fiind induse de diferite alte nemulțumiri.

- **4.2 Cine erau autorii discriminării?**

Autorii discriminării sunt fie persoanele care fac parte din diferite categorii profesionale în cadrul aceleiași unități sanitare *P.M.: Uneori spune eu sunt asistentă, tu ești îngrijitoare, eu am studii tu nu ai; P.M.: La noi asistentele. La noi de exemplu fac abuz de 2 fete, cu curățenie, cu absolut tot, fie persoanele superioare din punct de vedere ierarhic, șefii direcții: P.P.: De vină este șeful; O.N., feminin, Galați : Șefii cine altcineva? O.N: Șefii, cei care fac abuz de putere.*

Principala întrebare care se pune credem că este următoarea: Autorii discriminării sunt conștienți de calificarea juridică ce poate fi acordată gesturilor pe care le fac? De răspunsurile la aceste întrebări depind două elemente esențiale pentru orice strategie de intervenție în domeniu:

- Eficiența campaniilor de informare și de conștientizare în remedierea problemelor.
- Respectiv alegerea grupului țintă pentru astfel de demersuri.

Analiza de ansamblu sugerează că ambele direcții de acțiune trebuie accesate, apelând însă la mesaje diferite.

A doua întrebare relevantă este: În condițiile în care legislația muncii are prevederi cu caracter prohibitoriu la adresa discriminării, cum se ajunge la astfel de situații? Explicația la îndemână o constituie distanța mare dintre idealul formulat de actele normative și deficiențele intervenite în realizarea lui. Implementarea instituțională a prevederilor actelor normative în domeniu depinde într-o măsură semnificativă de măsura în care acestea sunt transpuse în procedurile specifice desfășurării activității, acestea din urmă având la rândul lor o pondere semnificativă în structurarea mentalității organizației. Nu credem că unitățile sanitare întrețin o mentalitate a discriminării. Ele au însă, în bună măsură, un grad de indiferență față de majoritatea aspectelor discriminării, efectele negative întâlnite fiind determinate de faptul că strategiile anti-discriminare depind considerabil de intervențiile pro-active în domeniu.

### **5. Vă considerați discriminate la locul de muncă?**

Angajatele sistemului sanitar care se consideră discriminate la locul de muncă (trimitem aici la rezultatele cercetării calitative), menționează situațiile de diferențe realizate între categoriile profesionale, categoriile de personal auxiliar fiind cele care se consideră frecvent discriminate de către asistentele medicale sau superiori:

- *M.M.: Da, de către toți. Vin șefii și apoi vin și asistentele, nu toate, sunt câteva care au așa ceva... Adă pătura! Dar ce eu sunt sclava ta, du-te tu și adu-ți.*
- *I.G.: Da. Eu mă simt condamnată la locul de muncă. Am spus-o și la medici și știți ce ne spun: A, nu vă mai convine, stau la poartă o mulțime.*

De remarcat însă sunt și situațiile în care angajatele au menționat că nu se simt discriminate, fapt ce poate fi pus și pe teama de exprimare sinceră și repercusiuni sau neînțelegerea corectă a termenului și formelor de manifestare a acestuia.

#### **Pentru da:**

##### **• 5.1 În funcție de ce criterii?**

Criteriile în funcție de care este realizată discriminarea sunt fie „simpatia” manifestată față de anumiți angajați, fie procesul incorect de promovare profesională a angajaților la locul de muncă:

- *Z.N.G.: Unele poate care lucrează de 2-3 ani devin infirmiere și noi care muncim de 20 ani tot îngrijitoare suntem.*
- *M.L.: Dacă te agreează mai mult, altceva nu prea am ce să spun.*

##### **• 5.2 De către cine?**

Principalii autori ai discriminărilor realizate în sistemul sanitar sunt șefii direcți, prin repartizarea incorectă a orelor de lucru (*P.D.: Șefii. Cine are puterea în mână, cine are cuțitul; O.M.: De către șefii care fac pontajele vorbesc, sau de sistem.*), dar angajații fac referire chiar și la aspecte legislative care ar fi discriminatorii pentru ei (*L.C.: Legea 95/2009 sau nu știu ce lege este.*).

### **6. Considerați că la locul de muncă ați fost tratată mai puțin favorabil decât alte colegi?**

Majoritatea participantelor la cercetare s-au simțit defavorizate în unele situații, fie că este vorba de existența unor simpatii ale șefilor față de unele colegi, fie de tratamentul

cu superioritate de către șefi sau situația deja menționată a repartiției orelor de lucru în week-end, plătite suplimentar.

- *A.N.: În turele de sâmbătă și duminică sunt favorizați, unele persoane.*
- *O.C.: Care sunt mai tari de gură alea...au succes, sunt mai favorite.*
- *G.A.: Da, dar nu pot să vă zic... e o cotă parte cred din beneficiile pe care le obține.*

### **7. Ați fost informată de către angajator cu privire la interzicerea discriminării în unitate?**

Deși majoritatea celor intervievați au menționat faptul că nu au fost informați direct de către angajator cu privire la procesul de discriminare la locul de muncă și limitările acestuia, există angajate care menționează o informare, dar cu privire la relația angajat-pacient și nu și la cele existente la nivel intercolegial:

- *H.G.: Da, și că tot ce se întâmplă în unitate este confidențial și în momentul în care spui ce se întâmplă în unitate poți fi dat în judecată. Ne spun de tratament egal la pacienți dar de personal nu se zice, nu ai voie să vorbești, să spui, că te dă în judecată că dai din „ca-să” și este soiul acesta de teamă de a vorbi că îți pierzi locul de muncă;*
- *P.D.: Nu, atât timp cât ei fac la ce era să ne spună? Atât timp cât ei fac discriminare, la ce să ne mai prezinte nouă?*

### **8. La cine ați apela pentru a vă apăra împotriva discriminărilor? (Considerați că sindicatul are vreun rol?)**

Dacă ar fi în situația de a se apăra împotriva discriminării, angajatele ar apela în primul rând la șefii direcți sau sindicat, multe fiind însă cele care nu ar ști cui să se adreseze sau ce măsuri să ia, considerându-se lipsite de opțiuni.

- *I.L.C.: La simpla mea putere de a rezolva problemele. Alții nu prea ne ajută, noi am avut un caz care s-a mediatizat cu fractura de claviculă și care am primit de la un for superior niște întrebări care mai mult ne incriminau decât ne ajutau.*
- *O.V.: Ne plângem unii altora, de genul că oricum nu se rezolvă, vorbim și a doua zi o ia de la capăt.*
- *H.G.: Nu știi la cine să apelezi că toți sunt mână în mână, nu ne ascundem după deget acum, mai ales după atâta vechime în sănătate. Trebuie să stai să înduri, asta e România.*

### **9. În alegerea meseriei a contat faptul că ea era văzută ca una destinată femeilor?**

Preponderent angajatele nu au ținut cont de specificul meseriei atunci când s-au angajat în sistemul sanitar, puține afirmații făcând referire la legătura post-gen (B.M. f, Galați: *Da, la noi da, spălătoresele, îngrijitoarele*).

### **10. Considerați că există posturi destinate femeilor și posturi destinate bărbaților?**

În sistemul sanitar posturile masculinizate par a fi cele ce necesită forța fizică, precum brancardierii:

- *O.C.: Brancardierii de exemplu pentru bărbați. Munca într-o secție grea unde se lucrează ci târgi și femeile să își aibă rostul la patul bărbatului. Există și multă muncă robustă care necesită totuși și bărbați.*
- *S.S.: Doar în ideea de muncă fizică.*

**11. Ați prefera ca șef o femeie sau un bărbat? De ce? (argumente pentru fiecare variantă expusă)**

Dacă ar fi să aleagă genul șefului direct din unitatea în care lucrează, angajatele sistemului sanitar au păreri împărțite (*P.P.: Cei 7 ani de acasă contează cel mai mult, fie că e femeie sau bărbat.*), deși preponderent ar alege un șef bărbat, motivând mai buna capacitate de înțelegere, răbdare și putere de coordonare.

- *E.M.: Poate să fie și bărbat și femeie, dar aș prefera bărbatul, este mai chibzuit, te poți înțelege, discuți mult mai bine cu un bărbat.*
- *B.I.: Un bărbat. Am avut și șefă și am văzut comportamentul. Era cu dârdâit de uși, cu jigniri și cu din astea. Și acum avem bărbat și se vede diferența. Bărbatul este înțelegător poți să vorbești cu el, să te înțelegi, de exemplu azi sunt de gardă și sunt plecată de la muncă și a înțeles.*
- *Z.N.G.: Femeile uneori discriminează mai mult.*

**12. Considerați că femeile sunt potrivite pentru posturi de conducere?**

Deși persoanele intervievate consideră că femeile pot ocupa cu succes funcțiile de conducere, există situații în care angajatele sunt nemulțumite de atitudinea șefelor proprii și contestă calitățile de bun conducător ale acestora:

- *B.N.: Am dat un telefon și am întrebat cum să procedez într-un caz, răspuns: Cum te descurci așa îți iei banii! Sau după cum bate vântul, în dreapta sau în stânga, un răspuns de asistentă șefă, atunci nu te mai sun, fac după cum mă duce capul, ești asistentă șefă. În cazul ei cred că are legătură cu faptul că este femeie. De atunci prefer să dau telefoane în alte părți.*
- *P.N.: Dacă nu îți convine sunt alții care așteaptă un loc de muncă, așa ni se dă nouă răspuns și că serviciul nu este obligatoriu.*

**13. Există discriminări salariale la locul dvs. de muncă? Dați exemple!**

Subiectul discriminărilor salariale a născut controverse de-a lungul discuțiilor de focus grup organizate, fiind o problemă cu care majoritatea angajaților se confruntă pe baza legislației pe care o consideră discriminatorie din punct de vedere al diferențelor salariale dintre angajații pe aceeași funcție dar cu ani de angajare diferiți. De asemenea, este semnalată problema favorizării unor colegi în detrimentul celorlalți în ceea ce privește repartiția turelor de noapte sau week-end-urilor muncite, astfel încât diferențele salariale sunt coordonate și de șefii de secție care fac graficele de lucru.

- *O.A.: A... cu noua lege acum există. Nu suntem mulțumiți cu noua grilă de salarizare datorită faptului că nu avem nici salariul minim pe economie. Cei care se angajează acum au*

salariul mai mare ca noi, iar la noi ceilalți nu mai reflectă vechimea noastră și atunci apare o discriminare.

- G.L.: Discriminarea salarială apare în momentul în care la sfârșitul lunii salariul nu este același între 2 asistente care practică aceeași muncă. Diferențierea o face numărul orelor de duminică ce se plătesc dublu și nopțile care chiar dacă faci 4 chiar dacă faci 7 tot atâția bani iei.

#### **14. Care sunt criteriile de discriminare care intervin în aceste cazuri?**

Discriminările salariale existente în sistemul sanitar sunt puse pe seama legilor prost făcute, în dezinteresul angajaților:

- C.E. f, Galați: *Legea unică asta a urmărit, să se ducă toate să fie acolo pe hârtie, unde s-a mai pomenit să se aplice vechime la vechime și acum 100 lei mai explică cuiva din 2009 să mai înțeleagă cineva ceva, nu mai înțelege nimeni.*

#### **15. Care considerați că sunt criteriile de discriminare cele mai frecvente în societatea românească?**

Principalele criterii de discriminare observate de angajații din sistemul sanitar sunt cele bazate pe gen, vârstă, condiție socială sau etnie, criterii care se regăsesc cu ușurință și în activitatea din unitățile în care lucrează cei intervievați:

- B.S.: *Clasa socială. Ești săracă... Nu îl interesează ce cultură ai, câtă școală ai, dacă ești sărac și nu ai reușit să te ridici că nu a avut cine să te ajute ești un neica nimeni, nu te ascultă nimeni.*

- P.D.: *Sau vârsta, dacă aude că ai o anumită vârstă nu te mai angajează. Cunosc pe cineva, chiar o colegă care înainte să vină la noi pe secție a încercat în altă parte și i-a zis că este „expirată”*

- B.S.: *Se ține cont și la etnie, dar și aici care au bani se duc înainte, care nu, deci tot banul...*

##### **15.1 Există cazuri de discriminare față de pacienți?**

Deși sunt și angajate care nu menționează existența discriminării personal-pacient în sistemul sanitar românesc, toți fiind tratați gratuit și fără a se ține cont de statutul social, există cazuri în care situația materială și socială a unui pacient să influențeze tratamentul primit, limbajul personalului fiind adaptat și în funcție de acești factori.

- M.M.: *Cei care au bani sunt tratați, cei care nu au bani își sparg capul că fac criza pe scaun.*

- M.M.A.: *Da, mai ales pe criterii de vârstă. Și relative în funcție de etnie, mai ales de etnie rromă.*

- O.M.: *Celei cu un statut social mai jos poți să îi vorbești, nu că acceptă dar e obișnuită cu așa ceva și uneia care e mai așa te abții.*

- C.C.: *În general cu pacienții sunt. Spun că ne dau în judecată că l-am tras de picior. Sunt, pentru noi ca infirmieră sunt. Este chiar o discriminare în secție, șefa este șefă, discriminarea este între pacient și noi.*

**16. În unitatea dvs. există categorii de salariați/salariate care întâmpină bariere în avansarea profesională?**

În ceea ce privește procesul de promovare, mulți dintre angajați se simt nedreptățiți prin faptul că pe posturile superioare sunt angajate persoane noi și nu promovate cele deja aflate în unitate, reclamând totodată o rigiditate a sistemului de promovare profesională, gradul principal fiind ultima promovare de care pot beneficia asistentele în general.

- C.O.: *Da, de exemplu de ceva vreme se spune că se fac avansări pe infirmieră. Și de multe ori ne trezim cu persoane noi angajate din exterior.*

- B.S.: *Dar ce se mai face avansare profesională pe merit? Noi avem 5 fete care au terminat postliceala, au venit din afară la greu, iar ele din îngrijitoare nu au trecut examenul, că nu au fost susținute.*

- O.M.: *Ce avansare? Nu mai există, în afară că principalul dă examen, nu văd ce avansări mai sunt. Asistenta șefă se dă prin concurs, dar e în general dinainte stabilit.*

**17. Considerați că unitatea în care lucrați ar trebui să angajeze persoane cu dizabilități? (Pentru NU: Care sunt motivele pentru care nu ar trebui să facă asta?)**

Angajatele intervievate menționează existența de personal cu dizabilități în unitățile sanitare, angajate cu norma întreagă sau pentru voluntariat, încercând să arate compasiune și dorință de integrare pentru cei cu probleme.

- C.L.: *Noi am avut un pitic lucra ca voluntar dar nouă ne-a plăcut așa de el, ne mai ajuta cât de cât, nu putea să ducă el paturile dar ducea căruțurile, analizele, conta mult.*

- S.C.: *Da, de ce nu? De ce să avem discriminare? Fac și ei ce pot.*

- B.S.: *Da, se găsește și pentru ei, la calculator, acum depinde și de pregătire și de secție. Trebuie să îi ajutăm, suntem o țară cu cerșetori și nu ajutăm, trebuie integrați toți.*

Reticența față de angajarea unor astfel de persoane vine din posibilitatea de incapacitate fizică de lucru și nevoia de a prelua din sarcinile acestora de către angajații fără dizabilități:

- D.V.: *Ce să faci cu ei? Îi ducem în spinare?*

- M.A.: *Nu poate să ridice că îl doare spatele, nu poate... Când te-ai angajat nu ai știut la ce te-ai angajat?*

**18. Considerați că vă este utilă strategia de combatere a discriminărilor? Este utilă și altor colege/colegi?**

Utilitatea existenței și diseminării unei strategii anti discriminare din unitățile în care lucrează este confirmată de participantele la discuții, aceasta putând conține definirea concretă a procesului de discriminare și aplicare a acesteia, precum și delimitări în ceea ce privește aspecte de diferențiere salarială realizate între angajații aceleiași unități.



- *M.M.A.: În primul rând ar trebui lărgită aria discriminării... sunt criteriile doar de sex, etnie, religie, e foarte rigid privită dacă vrei să te duci la o comisie.*
- *B.M.: Noi știm și acum ce ar trebui să facem dar câteodată nu ai cum că ești luat de rău dacă spui ce ar trebui să se facă. Nu poți, ai pumnul pus în gură tot timpul, dacă vorbești te amenință că te dă afară.*
- *C.N.: Nu e rea ideea absolut deloc că apar diverse situații chiar dacă nu ne-am confruntat acum cu ele, nu există să nu apară. Prima și cea mai mare durere legată de salarii, că asta îl doare pe om de fapt, știți toate problemele pleacă de la bani și atunci dacă pe celelalte le mai întoarcem și ne mai dăm și noi după ele, asta cam nu prea pică bine nimănui.*

**19. Sunteți nevoită să lucrați peste programul de lucru? Dacă da, cât de frecvent?**

Nu există decât situații de excepție care să necesite lucrul peste program al angajaților sistemului sanitar:

- *C.N.: La modul general s-a discutat dar nu s-a întâmplat până acum, dacă se întâmplă ceva atunci rămânem și de bună voie.*
- *O.V.: Orele suplimentare nu se plătesc în Spitalul Județean, noi stăm peste program pentru că nu ne terminăm treaba dar nu este specificat nicăieri.*

**20. Sunteți plătită pentru orele suplimentare?**

Orele suplimentare realizate de angajați nu sunt plătite ci compensate prin ore libere sau zile libere.

- *B.G.: Nu, doar dacă îți dă liber în altă zi.*
- *B.S.: Nu, ne dă recuperările atât.*

**21. Cum vă afectează activitatea profesională viața personală?**

Datorită volumului mare de lucru, al personalului insuficient din unitățile sanitare, viața personală a angajatelor interviewate este afectată major de cea profesională prin extenuare și lipsa unei stări psihice optime după încheierea orelor de lucru, fapt ce poate duce la scăderea calității vieții personale a angajatelor prin lipsa armonizării dintre viața profesională și cea de familie:

- *O.C.: Păi când plecăm de aici suntem atât de obosite când ajungem acasă nu mai suntem în stare să facem nimic.*
- *I.M.: De exemplu soțul are un serviciu foarte lejer și vrea să vorbească acasă și eu zic „Liniște!”, „Nu mai vorbi!”; deci afectează. Câteodată ești obosită nu mai ai chef de nimic, de multe ori vii nervos și te răzbuni pe copii.*
- *B.M.: Încerci să le armonizezi dar câteodată nu ești înțeleasă acasă, la serviciu nu prea poți, îți faci treaba și îți vezi de viața ta.*
- *M.M.: Nu mai judecăm când ne ducem acasă după tura de noapte. Non stop pe holuri, noi nu avem unde să ne ducem. Iarnă, vară, pe holuri. Toată lumea găsește unde să se ascundă, camere de gardă, numai noi nu, noi lucrăm.*

## Concluziile cercetării privind discriminarea de gen

Precizare prealabilă: ținând cont de feminizarea sistemului sanitar, răspunsurile ce privesc evaluarea discriminării trebuie analizate sub rezerva ponderii semnificative a persoanelor de gen feminin în acest sector, respectiv în rândul respondenților.

Respectarea principiului egalității de șanse în cadrul criteriilor de angajare a întrunit ponderea cea mai mare de răspunsuri afirmative, respectiv 45,2%, (și cel mai mic nivel al răspunsurilor negative – 26,5%) sugerând că abordările în domeniu au cel mai mare nivel de reușită. Însă, raportarea la dezideratele egalității de șanse indică existența unei probleme semnificative, mai ales dacă o privim din perspectiva ponderii răspunsurilor negative.

Putem considera că există o „ierarhie a criteriilor de discriminare” cărora le sunt victime respondenții din Sănătate. Pe primele 3 locuri se situează, în ordine ierarhică (începând cu ponderea cea mai mare), următoarele criterii de discriminare: *vârsta, starea de sănătate și apartenența sindicală*; pe ultimele 3 locuri sunt situate: *culoarea pielii, naționalitatea și orientarea religioasă*. Discriminarea pe criterii de gen are o pondere medie, fiind devansată de o serie de alte criterii.

Nu se semnalează o evidentă atitudine discriminatorie din partea respondenților în privința capacității de conducere a persoanelor de gen feminin. Cca. 8,5% dintre respondenți au indicat un motiv pentru care femeile nu sunt potrivite în funcții de conducere, fapt care reflectă dimensiunea relativ redusă a unei mentalități propice segregării pe verticală. Pentru clarificarea situației reluăm analiza acestei probleme în cea de-a doua cercetare.

Într-o „ierarhie a inegalităților de gen” raportat la câteva dimensiuni ale activității profesionale, putem observa că pe primele locuri se situează: *tratamentul general la locul de muncă, nivelul de salarizare și acordarea altor beneficii*. Ponderea pe care-o dețin fiecare dintre aceste criterii este semnificativă, însă fără a sesiza existența unui fenomen de masă. Deoarece accesul la promovare tinde să afecteze majoritatea salariaților, fără diferențieri de gen, el înregistrează ponderea cea mai mare a non-răspunsurilor.

### **Discriminările salariale**

Cca. 50% dintre respondenți indică existența discriminărilor salariale la locul de muncă. Având în vedere faptul că doar cca. 20% dintre respondenți sunt de părere că există o legătură între salariu și gen, discriminările par să țină mai curând de alte criterii. Analiza pe categorii de personal arată faptul că asistentele medicale constituie proporția cea mai mare a respondenților care indică discriminări salariale (raportat la cei care nu le indică), pe primul loc situându-se asistentele medicale absolvente de postliceală (fapt pe care tindem să-l interpretăm ca fiind determinat de nerespectarea principiului *la muncă egală salariu egal*).

### **Avansarea profesională**

Avansarea profesională este departe de a se înscrie în evoluțiile așteptate, doar cca. 30% dintre respondenți indicând faptul că nu resimt bariere în acest sens. Așa cum anticipat, preocuparea pentru avansare este invers proporțional cu vârsta; persoanele de gen feminin

indică într-o proporție mai mare existența unor bariere în avansare decât cele de gen masculin; persoanele necăsătorite sau divorțate într-un procent mai mare decât cele căsătorite; respondenții care indică existența discriminărilor salariale indică într-o mai mare măsură și existența barierelor în calea avansării profesionale.

În ordinea încrederii de care se bucură instituțiile ce pot acționa în domeniul egalității de șanse, pe primul loc se situează organizațiile sindicale, care reușesc să întrunească încrederea potențială a cca. 32% (peste 36% cumulată) dintre respondenți. Sindicatele sunt urmate de *avocat* și abia apoi de *o instituție a statutului responsabilă cu egalitatea de tratament*. Se remarcă faptul că cca. 14% dintre respondenți nu pot indica un eventual sprijin pentru apărarea împotriva inegalității.

### ***Strategiile privind combaterea discriminării***

Având în vedere că existența unei politici/strategii privind combaterea discriminării a fost indicată doar de 22,3% dintre subiecți, suntem îndreptățiți să considerăm că probabilitatea mai mare este ca aceasta să fie cauza unora dintre problemele identificate. Interpretarea este confirmată de faptul că numai 15,6% dintre respondenți au indicat existența unei proceduri clare la nivelul unității privind gestionarea situațiilor de discriminare. Doar cca. 18% dintre respondenți au indicat existența unei strategii privind adaptarea la nevoile specifice ale femeilor. Cca. 61% dintre respondenți au indicat faptul că nu au fost informați de către angajator cu privire la interzicerea discriminării în unitate; doar cca. 31% dintre subiecți au indicat existența informării. Distribuția răspunsurilor tinde să indice fie absența unei proceduri privind discriminarea la nivelul unităților, fie absența unei informări în acest sens (sau cel puțin a unei informări eficiente). În acest context, devine evidentă necesitatea unei strategii cadru privind combaterea discriminării (incluzând dimensiunea de comunicare către salariați), ce trebuie implementată la nivelul unităților sanitare.

Ca perspectivă de ansamblu putem considera că absența unor reglementări clare și coerente în organizarea activităților profesionale generează un acut sentiment de discriminare în rândul salariaților, generat de raporturile ierarhice ce implică evaluarea personalului, repartiția sarcinilor de muncă și a beneficiilor.

### ***Discriminarea pacienților***

Abordarea discriminării pacienților vizează identificarea, „la distanță”, a unei mentalități a discriminării, ce poate afecta și tratamentul salariaților la locul de muncă. Acest tip de abordare se încadrează în preocuparea noastră pentru stabilirea relației dintre calitatea vieții profesionale și calitatea serviciilor medicale.

Analiza răspunsurilor sugerează existența unei „ierarhii a criteriilor de discriminare a pacienților”, care evidențiază o serie de probleme. O vom aborda în funcție de „locurile” mai importante, respectiv primele și ultimele locuri:

d) Primele locuri ale ierarhiei discriminării pacienților sunt ocupate de:

1. Plățile informale, acestea fiind indicate de cca. 24% dintre respondenți pentru categoriile *Mereu/foarte des/des* și de cca. 47% dacă luăm în considerare toate variantele de frecvență.
  2. *Etnia* ocupă locul secundar, cu 19% respectiv 53% dintre respondenți.
  3. „*Apartenența socială*” exprimat fie prin intermediul nivelului veniturilor fie prin aspectul vestimentar ocupă cel de-al treilea loc.
  4. *Vârsta și dizabilitățile* se situează la un nivel relativ egal.
- e) Ultimele locuri ale ierarhiei criteriilor de discriminare a pacienților sunt ocupate, în ordinea inversă frecvenței, de:
1. *Orientarea religioasă*, înregistrează cel mai scăzut nivel (cca. 20% cumulând toate frecvențele);
  2. *Naționalitatea, genul, orientările sexuale și statutul marital* au o pondere relativ egală, ocupând același loc.
- f) Două criterii cunosc o distribuție anormală, căreia vom încerca să-i furnizăm o explicație:
1. *Statutul social* are o pondere anormală de non-răspunsuri. Considerăm că ea este determinată de dificultatea înțelegerii acestui concept, respondenții preferând să nu riște o interpretare eronată. Având în vedere distribuția răspunsurilor la criteriile *vestimentație și nivelul veniturilor* considerăm evident faptul că statutul social poate fi încadrat în categoria criteriilor importante de discriminare a pacienților
  2. *Intervenția unei persoane cunoscute* înregistrează de asemenea o pondere anormală de non-răspunsuri. Considerăm că aceasta este determinată de ambiguitatea formulării, ratându-se ceea ce am dorit să investigăm, respectiv traficul de influență.

### **Armonizarea vieții profesionale cu viața de familie:**

Activitățile casnice împreună cu cele de îngrijire și de educare a copiilor au frecvențe foarte ridicate, sugerând un nivel foarte mare de ocupare a respondentelor, în acord cu perspectiva tradiționalistă asupra familiei.

Munca peste timpul normal de lucru este indicată de peste 30% dintre respondente ca având o frecvență foarte mare. Cca. 14% dintre respondenți au un al doilea loc de muncă, pentru a-și completa veniturile. Doar 60% dintre respondenți nu au indicat existența unui al doilea loc de muncă.

Tabloul general sugerează un nivel foarte ridicat de ocupare, care lasă foarte puțin timp pentru activitățile recreative (doar cca 36% dintre respondenți le-au indicat ca fiind frecvente), pentru vacanțe și ieșiri în aer liber (doar cca. 13% dintre respondenți au indicat că au frecvent parte de ele, în timp ce majoritatea (cca. 64%) a indicat că are parte rar și foarte rar de ele și pentru reuniunile de familie (cca. 26% dintre respondenți au indicat că au o frecvență ridicată).

Este evident că activitățile la locul de muncă, dublate de cele casnice și de al doilea loc de muncă conduc la situația reducerii timpului disponibil pentru viața de familie, fiind în situația unui grav dezechilibru între viața profesională și viața de familie.

Supra-aglomerarea ce caracterizează viața profesională a salariaților împreună cu viața personală este accentuată în cazul asistentelor medicale de ciclurile foarte lungi, redundante, de formare, care accentuează impactul negativ asupra armonizării vieții profesionale cu viața de familie.

Privirea de ansamblu dezvăluie un impact negativ mediu al vieții profesionale asupra vieții de familie și unul foarte redus al vieții de familie asupra vieții profesionale.

c) Impactul negativ al vieții profesionale asupra vieții de familie este determinat de:

- Implicarea emoțională în activitățile profesionale (cca. cca. 35% din cazuri);
- Munca suplimentară determină reducerea timpului petrecut cu familia (cca. 35% dintre respondenți);
- Efectuarea turelor de noapte (în cca. 30% din cazuri);

d) Impactul vieții de familie asupra vieții profesionale este semnalat în cca. 11% din cazuri.

Distribuția activităților casnice pe profesie reflectă tendința de a fi invers proporțională cu locul ocupat în ierarhie profesională. Faptul că distribuția muncii peste programul normal de lucru este direct proporțională cu locul ocupat în ierarhia profesională poate constitui explicația principală pentru distribuția activităților casnice. Principala cauză ar putea să constituie deficitul de personal, urmată de programul de lucru specific medicilor.

Evaluarea făcută de respondenți asupra câtorva indicatori ai nivelului armonizării vieții profesionale cu viața de familie indică următoarea situație:

- Cca. 35% dintre respondenți indică un dezechilibru mare între viața profesională și viața de familie, în defavoarea celei din urmă. În cca. 32% dintre cazuri acest conflict constituie o importantă sursă de stres asupra salariaților, afectându-le semnificativ calitatea vieții profesionale.
- În cca. 32% din cazuri cumularea sarcinilor din gospodărie cu supra-încărcarea cu sarcini de serviciu determină semnificative efecte negative asupra calității vieții profesionale.
- Cca. 72% dintre respondenți reclamă lipsa flexibilității timpului de lucru; situația constituie un impediment major asupra armonizării vieții profesionale cu viața de familie.
- Cca. 28% dintre respondenți consideră că funcțiile de conducere accentuează impactul negativ asupra vieții de familie.

Nu există canale de informații specializate pe tema discriminării care să se adreseze acestei categorii de salariați, fapt evidențiat de nivelul diferit de cunoaștere a conceptelor fundamentale pentru discriminare.

Profesia/funția deținută este deseori considerată un indicator exclusiv al statutului social în colectiv, remarcându-se adevărate praguri de trecere/rupturi între diferitele catego-

rii de personal. O astfel de observație sugerează necesitatea unei analize a altor tipuri de discriminare percepute de salariați, multe dintre ele determinate de statutul social.

Absența unor criterii clare în distribuirea sarcinilor de serviciu induce salariaților un sentiment de tratament preferențial nejustificat în cazul unora dintre colege. Este evidentă absența unei strategii împotriva discriminării la nivelul angajatorilor, care să conducă la introducerea unor proceduri clare, transparente și construite pe principiile egalității de șanse, în aspectele esențiale ale vieții profesionale.

Nerespectarea principiilor egalității de șanse conduce uneori la situații conflictuale. Este evidentă totodată o segregare a personalului, bazată pe statutul profesional, în domeniul relațiilor profesionale, ce conduce atât la aspecte susceptibile de a intra în sfera discriminării cât și la o ruptură semnificativă a spiritului de echipă ce ar trebui să guverneze aceste relații, condiție esențială pentru furnizarea unor servicii medicale de calitate.

Perspectiva generală sugerează o stare de teamă a salariaților față de luarea unor măsuri pentru eliminarea situațiilor pe care le consideră discriminatorii. Ea poate fi generată de lipsa unei culturi a dialogului la nivelul unităților sanitare, respectiv de absența unei preocupări pentru calitatea vieții profesionale a acestora. Efectele negative sunt amplificate, tinzând să genereze un sentiment cvasi-general de frustrare a salariaților, în condițiile în care unele dintre situațiile invocate fie țin de o raportare strict subiectivă la anumite aspecte ale activității profesionale (putând fi eliminate prin intermediul explicațiilor adecvate) fie nu constituie situații de discriminare, fiind induse de diferite alte nemulțumiri. Principala întrebare care se pune credem că este următoarea: Autorii discriminării sunt conștienți de calificarea juridică ce poate fi acordată gesturilor pe care le fac? De răspunsurile la aceste întrebări depind două elemente esențiale pentru orice strategie de intervenție în domeniu:

- Eficiența campaniilor de informare și de conștientizare în remediarea problemelor.
- Respectiv alegerea grupului țintă pentru astfel de demersuri.

Analiza de ansamblu sugerează că ambele direcții de acțiune trebuie accesate, apelând însă la mesaje diferite.

A doua întrebare relevantă este: În condițiile în care legislația muncii are prevederi cu caracter prohibitiv la adresa discriminării, cum se ajunge la astfel de situații? Explicația la îndemână o constituie distanța mare dintre idealul formulat de actele normative și deficiențele intervenite în realizarea lui. Implementarea instituțională a prevederilor actelor normative în domeniu depinde într-o măsură semnificativă de măsura în care acestea sunt transpuse în procedurile specifice desfășurării activității, acestea din urmă având la rândul lor o pondere semnificativă în structurarea mentalității organizației. Nu credem că unitățile sanitare întrețin o mentalitate a discriminării. Ele au însă, în bună măsură, un grad de indiferență față de majoritatea aspectelor discriminării, efectele negative întâlnite fiind determinate de faptul că strategiile anti-discriminare depind considerabil de intervențiile pro-active în domeniu.

## Conclusions of the gender discrimination research

Observance of the equality of opportunity principle within the employment criteria met the highest share of positive answers, i.e. 45,2%, (and the lowest share of negative answers – 26,5%), suggesting that approaches in this field bear the greatest success. Yet, reference to the equality of opportunity challenges denote the existence of a serious issue, especially if concerned from the negative answers share perspective.

We may deem there is a “hierarchy of the discrimination criteria” to which health care respondents are victim of. The following three discriminatory criteria come first, in terms of hierarchy (starting with the greatest heaviness): *age, health condition and union membership*; the last three positions are taken by: *skin colour, nationality and religious beliefs*. Gender discrimination has an average heaviness, being outrun by several other criteria.

There is not present a discriminatory attitude of the respondents in terms of the management capabilities of female persons. Approx. 8,5% out of the respondents indicated a reason for which women are not fit for management positions, thus resulting a rather low occurrence of a vertical segregation favourable mentality. In order to put things straight, we shall resume the analysis of this topic in the second research.

In a “gender inequality hierarchy” in terms of several dimensions of the professional activity, we can notice that first positions are being taken up by: *general approach at the job, wage levels and awarding of other benefits*. The stake held by each of these criteria is relevant, yet there is not a mass phenomenon. Personnel promotion access scores the greatest non-response weight, due to the fact it tends to affect most of the employees, irrespective of the gender thereof.

### ***Wage discrimination***

Approx. 50% of the respondents indicate the occurrence of wage discrimination at the working place. Considered that only approx. 20% out of the respondents believe there is a relation between wage and gender, discrimination would rather refer to other criteria. An analysis made on personnel classes shows that nurses represent the majority of the respondents indicating wage discrimination (compared to non-indicating ones), the first place being taken up by the nurses who graduated post-high school education (we tend to construe it as being determined by the non-observance of the *same wage for the same work* principle).

### ***Career accession***

Career accession is far from meeting the expected evolution, only approx. 30% out of the respondents indicating that they do not find any hindrance to that effect. As we prefigured, concernment towards career accession is in inverse proportion to age; female employ-

ees report the presence of accession hindrance to a greater extent than the male ones; single or divorced persons do it largely than the married persons; respondent indicating the presence of wage discrimination also infer the presence of career accession hindrance.

In a hierarchy of trusted institutions that may operate within the equality of opportunity field, the first place is take up by the union organizations, who achieve possible trust of approx. 32% (over 36% cumulatively) out of the respondents. Unions are followed by *the solicitor* and only afterwards by *a public institution in charge with treatment equality*. It is noticeable that approx. 14% out of the respondents cannot point to a potential help for fighting inequality.

### ***Strategies on discrimination control***

Taking into account that only 22.3% out of the subjects indicated the presence of a policy / strategy on discrimination control, we are entitled to think there is a high chance this is the cause of some of the identified issues. Our construction is confirmed by the fact that only 15,6% out of the respondents indicated explicit procedures on the discrimination control management at the workplace. Only approx. 18% out of the respondents indicated the presence of a strategy addressing adaptation to the women specific needs. Approx. 61% out of the respondents indicated they were not informed by the employer on the discrimination interdiction at the workplace; only approx. 31% out of the subjects indicated the presence of such information. The answer dispersal would indicate either the lack of a discrimination control procedure at the workplace or the lack of information to that effect (or at least inefficient information). Under these conditions, the need for a frame-strategy on discrimination control (including the communication to the employees component) to be implemented in all healthcare units becomes prominent.

As an overall perspective we may consider that the lack of precise and coherent regulations in setting up professional activities leads to an acute discrimination feeling among the female employees, caused by the hierarchical relationships engaging personnel evaluation, task and benefit distribution at the workplace.

### ***Patient discrimination***

The approach of patient discrimination points to the “distant” identification of a discrimination mentality that might also inflict upon the employees treatment at the workplace. This approach comes into our pursuit in order to define the relationship between the professional life and healthcare services in terms of quality.

The analysis of the answers suggests the presence of some “hierarchy of the patient discrimination criteria”, emphasizing several issues. We shall approach it with respect to the most important “places”, i.e. the first and the last places:

- g) The first places of the patient discrimination hierarchy are being held by:
5. Informal payments, these being indicated by approx. 24% out of the respondents for the categories *Always/As often as not/Often* and by approx. 47% if we take into account all incidence variants.



6. *Ethnicity* holds the second place, with 19% respectively 53% out of the respondents.
  7. „*Class membership*” either expressed by the income amount or by elegance in dress comes in the third place.
  8. *Age* and *Disability* are placed on a rather even level.
- h) The last places of the patient discrimination hierarchy are being taken up, in the reverse order of occurrence, by:
3. *Religious orientation*, having the lowest level (approx. 20% cumulative for all incidence ratios);
  4. *Nationality, gender, sexual orientation and marital status* hold an approximately even share, taking the same position.
- i) Two criteria possess an atypical distribution, and we shall try to provide an explanation:
3. *Social status* has an abnormal share of non-answers. We think this might be determined by the difficulty in understanding this concept, the respondents preferring not to take a chance in misinterpretation. Taking into account the answer distribution for the *clothing* and *income amount*, we consider that social status may be included in the category of major criteria of patient discrimination.
  4. *Interference of a well-known socialite* also has an abnormal weight in terms of non-answers. We think this is caused by ambiguity, yet missing what we expected to investigate, i.e. influence peddling.

#### **Reconciliation of professional and family life:**

Household activities together with those related to the rearing of the children have very high incidence, suggesting a high level of employment of the female respondents, consonant with the traditional perspective on family.

Overtime is indicated by over 30% of the female respondents as having very high incidence. Approx. 14% of the respondents got a second job in order to increase their incomes. Only 60% out of the respondents did not indicate the presence of a second job.

The overall view suggests a very high employment level, which allows for very short periods dedicated to recreational activities (only approx. 36% out of the respondents indicated the same as frequent), for vacations and picnics (only approx. 13% out of the respondents indicated they attended part of those, while the majority (approx. 64%) indicated that they attend those seldom or very seldom) and for the family reunions (approx. 26% out of the respondents indicated a high incidence). It is obvious that job activities, doubled by the household ones and by the second job, lead to the time shrinking when it comes to family life, thus generating a gross imbalance between professional and family life.

Over-concentration characteristic to the professional life of the employees together with the personal life becomes more prominent when talking about nurses due to the very long and redundant training cycles, stressing the negative impact upon the balance between professional and family life.

An overall view reveals an average negative impact of the professional life upon the family life and a very low one of the family life upon professional life.

e) The negative impact of the professional life upon the family life is caused by:

- Emotional investment in the professional activities (approx. 35%);
- Overtime leads to a decrease of time spent with the family (approx. 35%);
- Working in night shifts (approx. 30%);

f) The impact of the family life upon the professional life is recorded for approx. 11% situations.

The distribution of the household activities by profession reflects the inclination to be reverse proportional to the position held in the professional hierarchy. The distribution of household activities may be mainly explained by the fact that labour distribution over the fixed schedule is in direct proportion to the place held in the professional hierarchy. The main cause for that might be the lack of personnel, followed by the MD specific working schedule.

An assessment made by the respondents in respect of some markers of the professional and family life harmonization degree shows the following status:

- Approx. 35% out of the respondents indicate a gross unbalance between professional and family life, at the expense of the latter. In approx. 32% cases, this conflict represents a major source of stress upon the employees, considerably impairing the quality of the professional life.
- In approx. 32% cases, accumulation of household tasks and overload of job tasks determines severe negative effects upon the professional life.
- Approx. 72% of the respondents denounce inflexibility of the work schedule; this situation represents a major inconvenience in the professional and family life harmonization process.
- Approx. 28% of the respondents think that holding management positions exacerbate the negative impact over the family life.

There hasn't been noticed the presence of any discrimination specialized information channels to address this category of employees, as it also results from the different levels of knowledge on discrimination basic concepts.

The profession/position is constantly deemed as an exclusive flag of the social status in the community, being noticed veritable boundaries/ruptures between various personnel

categories. Such observation suggests the need of an analysis of other discrimination types, as perceived by the female employees, most of them being caused by the social status.

The lack of coherent criteria when distributing job tasks causes them a feeling of in-substantially preferential treatment in case of some colleagues. The lack of an employer widespread discrimination control strategy that might lead to the implementation of coherent, transparent procedures based on the equality of opportunity principle is quite obvious, as seen in the main aspects of the professional life.

Non-observance of the equality of opportunity principles often leads to conflictual situations. At the same time, a professional statute-based personnel segregation is obvious in the field of professional relationships, leading both to aspects that might be subject of discrimination and to a severe breach of the team spirit that should govern the aforesaid relationships as an inherent condition for providing quality healthcare services.

The overall perspective suggests a state of fear among the female employees towards enforcing some measures in order to discard the discriminatory rated situations. This might be caused by lack of dialogue culture within healthcare units, respectively by the lack of concern for the professional life thereof. The negative effects are exacerbated, trending to cause a quasi-generalized frustration effect on the female employees, given that some of the alleged situations either refer to a rigidly partial reference to some aspects of the professional activity (as they can be discarded by means of proper explanations), or they are not real discrimination situations, being induced by various other dissatisfactions.

The main question to be asked is: Are the authors of discrimination fully aware of the legal classification their gestures might receive? Two essential elements for any intervention strategy in this field depend on these answers:

- Efficiency of the information and awareness campaigns towards the retrieval of problems.
- Choosing the target group for such intercession.

The overall analysis suggests that both action directions must be addressed, yet using different messages.

The second relevant question is: If the labour law already contains prohibitory provisions against discrimination, how it comes to such situations? The available explanation is represented by the huge gap between the ideal issued by the normative acts and the deficiencies occurred during its implementation. Institutional implementation of the provisions contained in the related normative acts depend in an appreciable degree upon how much thereof is actually transposed into the specific operational procedures, the latter also having a great influence upon the structuration of the organization's mentality. We do not think that healthcare units feed a discrimination mentality. Yet, they mostly display an indifferent attitude towards most of the discrimination issues, the encountered negative effects being caused by the fact that anti-discrimination strategies largely depend on the pro-active interventions in this field actually.

**CERCETAREA PRIVIND SEGREGAREA DE GEN ȘI  
HĂRȚUIREA SEXUALĂ ÎN UNITĂȚILE SANITARE DIN  
REGIUNEA SUD-EST**



### **Câteva aspecte introductive**

Ținând cont de faptul că această cercetare s-a desfășurat în cadrele stabilite pentru prima cercetare, vom limita precizările metodologice doar la cele strict necesare.

Prin intermediul acestei cercetări ne-am propus să identificăm în primul rând percepția salariaților care-și desfășoară activitatea în unitățile sanitare din Regiunea Sud-Est asupra segregării de gen și efectelor acesteia. Alături de segregare, am investigat un aspect adițional discriminării pe criterii de gen, respectiv percepția asupra hărțuirii sexuale, evaluând totodată, în mod implicit, gradul de informare instituțională privitor la aceste aspecte.

În continuare primei cercetări, am explorat câteva aspecte privitoare la diferențele de tratament la locul de muncă. Principala întrebare sub semnul căreia a stat această cercetare vizează măsura în care putem vorbi de segregare sau de inegalitate în ocupare în rândul acestei categorii de salariați.

### **Metodologie**

Într-o prezentare sintetică, cercetarea a avut următoarele obiective:

- Identificarea diferențelor de tratament la locul de muncă între femei și bărbați.
- Evaluarea diferențelor de gen în conducerea secțiilor/compartimentelor din unitățile sanitare.
- Identificarea factorilor de influență ai segregării bazată pe gen în sectorul sanitar.
- Identificarea nivelului de reprezentare pe criterii de gen în structura ocupațiilor din sănătate.
- Evaluarea segregării de gen „pe verticală” în unitățile sanitare din regiune.
- Evaluarea influenței distribuirii rolurilor în familie asupra atitudinii salariaților în ceea ce privește segregarea de gen.
- Evaluarea percepției privind genul în calitate de criteriu de diferențiere la locul de muncă.

### **Instrumentele de cercetare**

Cercetarea de față a fost desfășurată prin intermediul a trei metode de cercetare:

- *Chestionarul* – chestionare administrate de echipa de cercetare și/sau auto-administrate online;
- *Focus-grupul* – desfășurat pe baza unui ghid semi-structurat.
- *Interviul*.

### **Chestionarul**

Chestionarul destinat angajaților cuprinde 47 de întrebări ce acoperă atât tematica segregării de gen cât și cea privitoare la hărțuirea sexuală, fiind utilizate următoarele tipuri de întrebări:

- *factice* (concretizate prin *întrebări de identificare* plasate la sfârșitul chestionarului: domiciliul, vârsta, unitatea în care lucrează);
- *închise* cu răspunsuri precodificate cu privire la tema centrală;

- *întrebări de tip scală*, ierarhizând răspunsurile proprii;
- *întrebări semi-deschise* care au în alcătuirea lor răspunsuri codificate, dar se lasă și posibilitatea de a adăuga răspunsuri libere.

Eșantionul a fost raportat la totalul salariaților din regiune<sup>11</sup> și este distribuit pe următoarele straturi:

<b>Categoria de personal</b>	<b>Procentul</b>
Persoanele de gen feminin	86% <sup>12</sup>
Medici	15%
Asistente medicale	48%
Personal auxiliar	22%

Tabel 3

Populația supusă cercetării a fost alcătuită din totalitatea angajaților din sistemul sanitar din zona de Sud-Est a României, respectiv județele Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Tulcea și Vrancea, totalizând un număr de 32.694 salariați.

În cadrul cercetării am ponderat eșantionul luând în considerare necesitatea adaptării la realitățile în teren, respectiv faptul că datele furnizate de INS iau în considerare și salariații care lucrează în mai multe unități sanitare/cabinete în mod individual, cumulând totalul contractelor.<sup>13</sup>

Analiza datelor obținute prin intermediul aplicării chestionarelor a fost realizată prin intermediul programului IBM SPSS versiunea 20

#### **Cercetarea focus-grup**

S-a desfășurat pe baza unui ghid semi-structurat, participantele fiind selectate dintre membrele grupului țintă ale proiectului. Au fost reprezentate salariate din mai multe categorii profesionale și din mai multe tipuri de unități sanitare.

#### **Interviul**

Intenția inițială a vizat desfășurarea acestuia pe baza unui ghid de interviu semi-structurat. Datorită inhibițiilor constatate în acordarea răspunsurilor la discuțiile *face to face*, am procedat la formatul scris al interviului, desfășurat sub îndrumarea expertului de cercetare.

Pentru a ne asigura de-o minimă înțelegere a conceptelor, interviurile au fost desfășurate după partea introductivă a seminarului privitor la egalitatea de șanse, respectiv după ce persoanelor din grupul li s-a amintit înțelesul conceptului. De asemenea, prin evaluările scrise și observațiile lectorului și ale expertului de cercetare, outputurile seminarului de egalitate de șanse au fost integrate în activitatea de cercetare, contribuind la cunoașterea mai adecvată a opiniilor participanților.

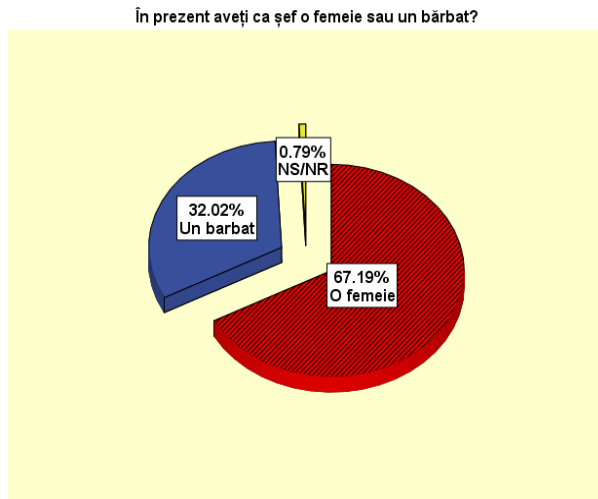
<sup>11</sup> Conform datelor INS pentru anul 2014 în sectorul sanitar din regiune erau 32694 de salariați, din care 28037 persoane de gen feminin.

<sup>12</sup> Ponderea persoanelor de gen feminin din sectorul sanitar al regiunii este mai mare decât cea de la nivel național, ultima fiind de 83,7%.

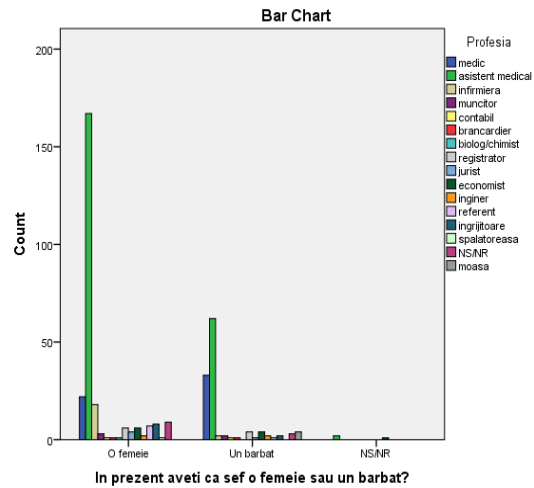
<sup>13</sup> Datele publicate de INS indică un număr total de salariați ai sectorului sanitar de 279.257, în timp ce la solicitarea informațiilor privind numărul total de persoane (excluzând contractele multiple) numărul total de salariați indicat a fost de cca. 225.000 (incluzând și Activitățile Sanitar Veterinare. În final am luat în considerare

## Analiza datelor

### Nivelul segregării



Figură 71



Figură 72

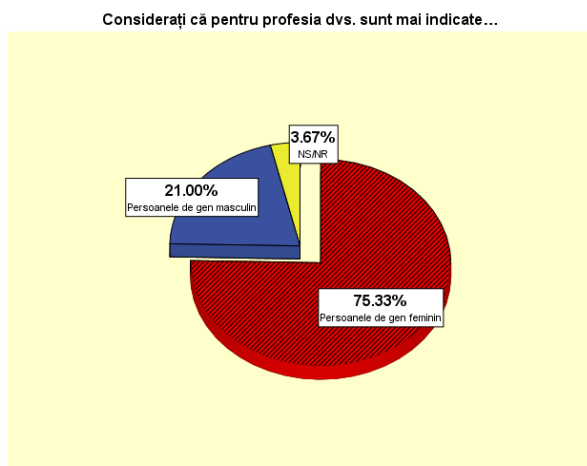
Raportarea la ponderea salariaților pe gen în sectorul sanitar din regiune ne indică faptul că bărbații ocupă funcții de conducere la nivelul dublului procentului pe care-l reprezintă din totalul salariaților. Având însă în vedere faptul că o bună parte din funcțiile de conducere sunt reprezentate de șeful de secție, raportarea pentru acestea nu trebuie făcută la întregul personal, ci la medici, aceștia fiind singurii care pot ocupa astfel de funcții. Din totalul medicilor, 70% sunt de gen feminin.<sup>14</sup> În acest context datele nu sunt concludente. Ținând cont de faptul că funcțiile de șef de secție și de asistentă șefă sunt distribuite în mod egal, dacă vom considera că toate funcțiile de asistentă șefă sunt ocupate de persoane de gen feminin<sup>15</sup> atunci am putea vorbi în mod întemeiat de prevalența bărbaților pe funcțiile de conducere (raportat la procentul lor din totalul salariaților), ceea ce ar deschide posibilitatea discuțiilor privind egalitatea de șanse.

Din perspectiva corelațiilor, medicii, indiferent de nivelul profesional, persoanele de gen masculin, secțiile de chirurgie, compartimentele administrative indică într-un procent semnificativ mai mare faptul că au un șef o persoană de gen masculin. Nu se înregistrează diferențe semnificative în funcție de tipul de unitate, modul de proprietate, etnie sau alte variabile.

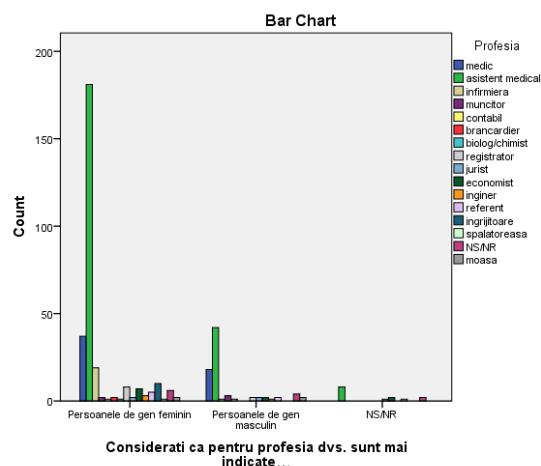
<sup>14</sup> Datele preluate din statistica INS pe anul 2014 arată faptul că la nivelul regiunii numărul total de medici era de 4881, din care 3419 persoane de gen feminin.

<sup>15</sup> Este doar un exercițiu de analiză, cunoscând cazuri de astfel de funcții ocupate de persoane de gen masculin, chiar dacă puține.





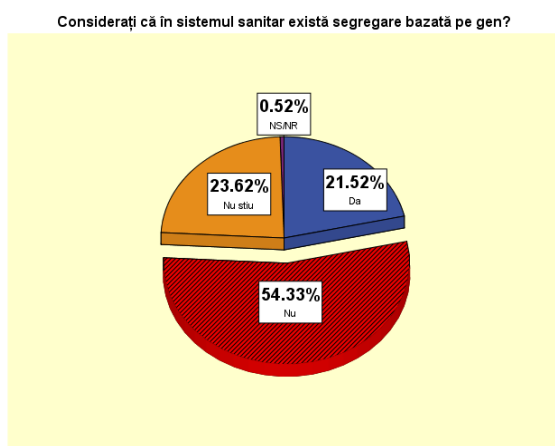
Figură 73



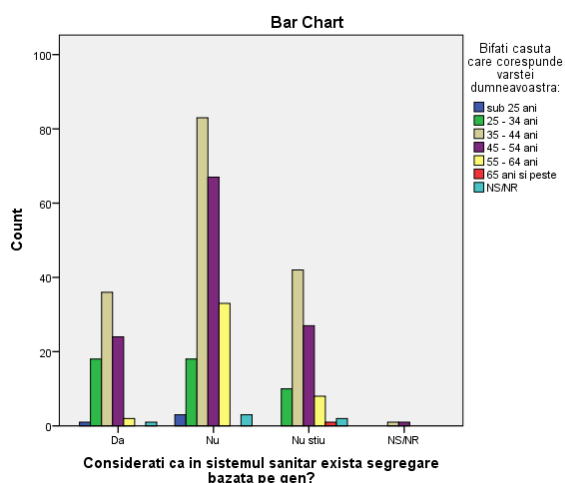
Figură 74

Distribuția răspunsurilor nu reflectă, în principiu, tendința de a prefera bărbații în funcțiile de conducere, procentele fiind relativ apropiate de distribuția salariaților în funcție de gen. Chiar dacă ținem cont de faptul că eșantionul a fost constituit majoritar din respondente, distribuția răspunsurilor indică, totuși, existența unei mentalități ce tinde să favorizeze persoanele de gen feminin în ocuparea majorității locurilor de muncă din sănătate, respectiv segregarea bazată pe gen.

Analiza corelațiilor indică un procent mai mare al medicilor, persoanelor de gen masculin, care consideră că profesia lor este mai potrivită persoanelor de gen masculin; persoanele care au calificarea infirmieră, cele care lucrează în medicina generală au indicat profesia lor ca fiind potrivită persoanelor de gen feminin. Se înregistrează o variație semnificativă în funcție de tipul general de activitate.



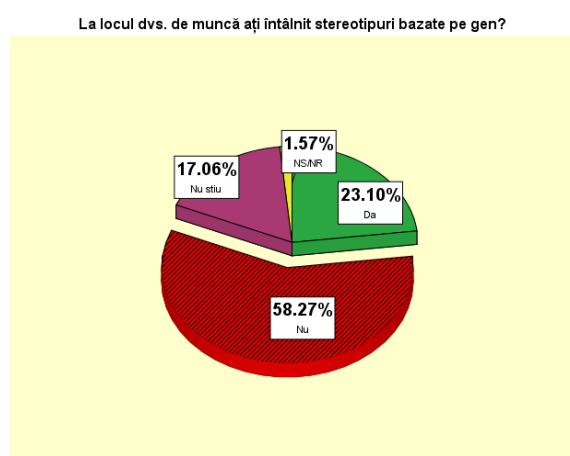
Figură 75



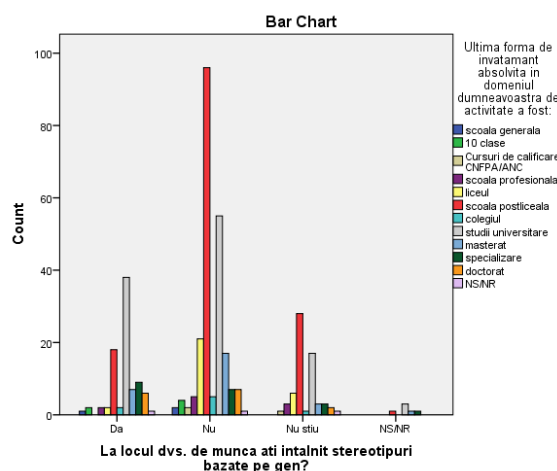
Figură 76

Segregarea bazată pe gen este semnalată de cca. 22% dintre respondenți. Analiza corelațiilor indică relația direct proporțională între nivelul de studii, vârstă, locul ocupat în ierarhia profesională, venituri și segregarea bazată pe gen. Având în vedere faptul că este vorba de un sector feminizat, considerăm că nivelul redus al percepției segregării ar putea fi determinat de asocierea acesteia cu discriminarea, fapt confirmat parțial de răspunsurile următoare, care înregistrează procente destul de apropiate.

### Evaluarea discriminării raportat la segregare



Figură 77

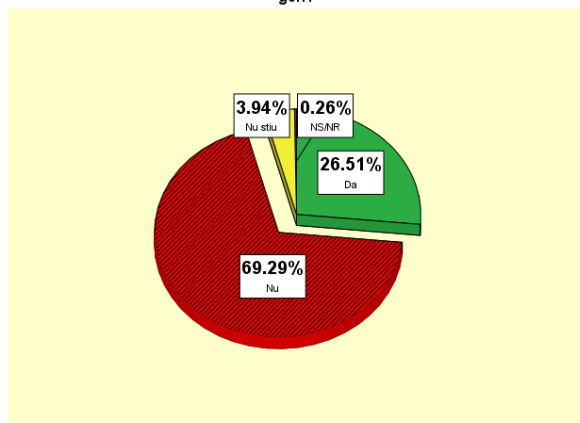


Figură 78

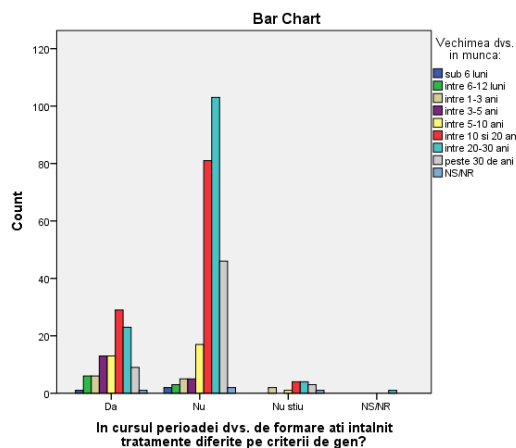
După cum putem constata, existența stereotipurilor bazate pe gen constituie o problemă, fiind sesizată de 23% dintre respondenți. Procentul semnificativ al persoanelor care au răspuns „Nu știu” poate fi generat de neînțelegerea semnificației termenului *stereotip*.

Se remarcă o discretă corelație directă între nivelul de studii și indicarea existenței stereotipurilor de gen, fapt care ar putea sugera o capacitate mai mare de a le sesiza sau o toleranță mai redusă odată cu creșterea nivelului de studii. Situația este identică în cazul veniturilor familiei. De asemenea, corelațiile indică un nivel discret mai redus al indicării existenței stereotipurilor la grupa de vârstă 45-54 de ani. Interesant este faptul că persoanele de gen masculin o indică existența sau absența stereotipurilor într-o pondere egală cu cele de gen feminin.

În cursul perioadei dvs. de formare ați întâlnit tratamente diferite pe criteriile de gen?



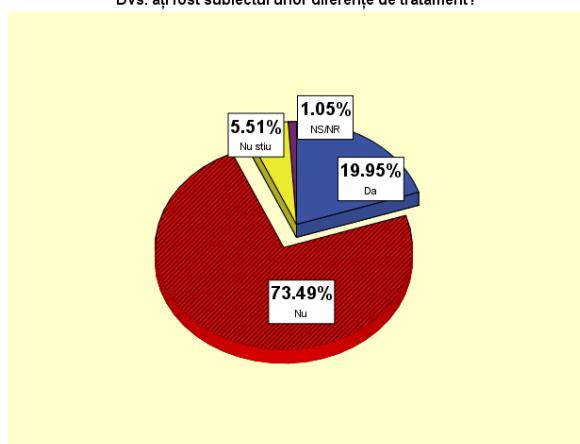
Figură 79



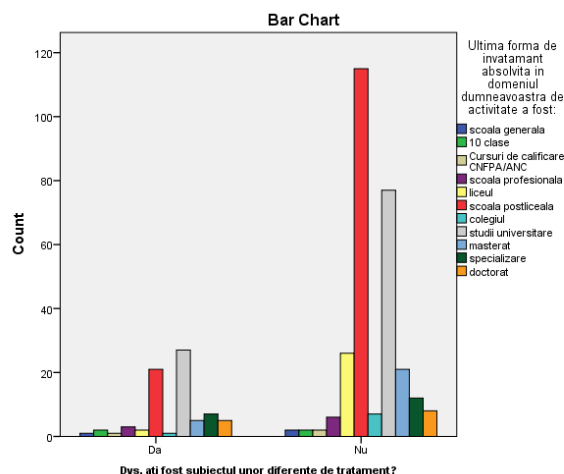
Figură 80

Un procent relativ apropiat (26%) este înregistrat și de tratamentele diferite pe criteriile de gen în cursul perioadei de formare. Corelează cu o incidență mai crescută în cazul grupei de vârstă 15-20 de ani.

Dvs. ați fost subiectul unor diferențe de tratament?



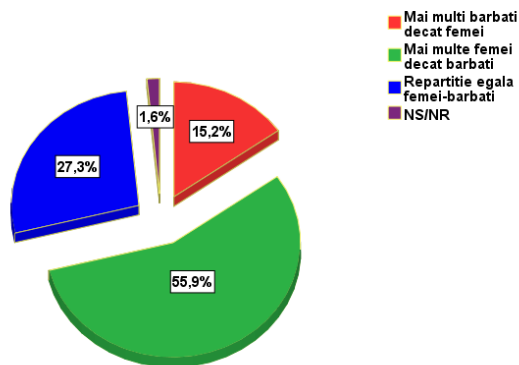
Figură 81



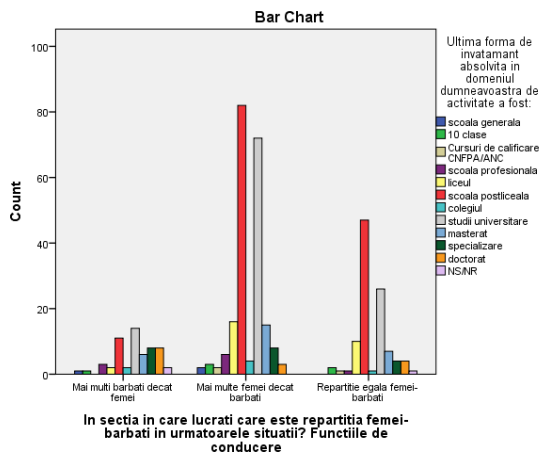
Figură 82

Diferențele de tratament pe criteriile de gen sunt indicate de cca. 20% dintre respondenți, într-o distribuție egală pe cele două genuri (raportat la numărul total al fiecărui gen). Indicarea diferențelor de tratament corelează pozitiv cu nivelul de studii (direct proporțional), înregistrând cel mai mare nivel în cazul medicilor, probabil datorită creșterii nivelului de conștientizare a acestora proporțional cu nivelul de pregătire. Respondenții fără copii, cei care lucrează în chirurgie, medicină generală și suport administrativ tind să indice într-un procent discret mai mare existența diferențelor de tratament.

In sectia in care lucrați care este repartitia femei-barbati in urmatoarele situatii?  
Funcțiile de conducere



Figură 83

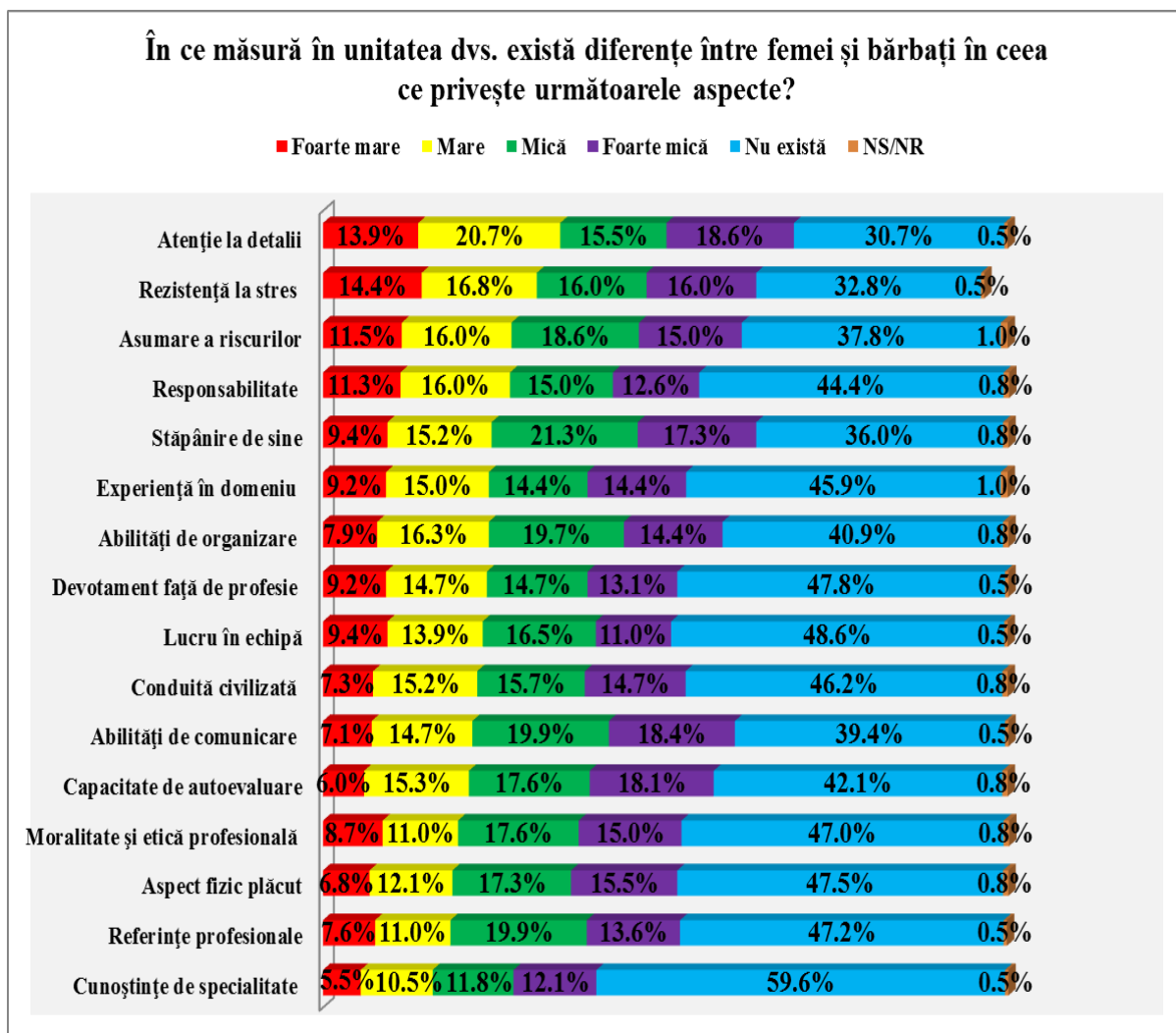


Figură 84

La o privire de ansamblu putem considera că distribuția persoanelor de gen masculin pe funcțiile de conducere coincide cu procentul pe care-l dețin din totalul salariaților. Însă, combinarea cu *repartiția egală a posturilor* generează imaginea unei „segregări inverse”, persoanele de gen masculin ocupând într-o mai mare măsură funcții de conducere decât ponderea pe care o au în totalul personalului.

Analiza comparativă indică o discretă corelație (direct proporțională) între bifarea ocupării funcțiilor de conducere de către persoanele de gen masculin și nivelul de studii, locul ocupat în ierarhia profesională (foarte vizibilă în cazul medicilor), nivelul de venituri. Se înregistrează o distribuție egală pe cele două genuri (raportat la numărul total al fiecărui gen) a răspunsurilor la cele trei variante. Respondenții care lucrează în *chirurgie* au cel mai ridicat procent (raportat la numărul lor total) al răspunsurilor pentru varianta *mai mulți bărbați*, fapt care confirmă ipoteza masculinizării acestor locuri de muncă. Situația este identică în cazul respondenților care au indicat faptul că au suferit diferențe de tratament și a celor care au indicat faptul că persoanele de gen masculin au acces la posibilitățile de promovare profesională mai mult decât persoanele de gen feminin și un nivel de salarizare mai mare.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> În condițiile în care nivelul de salarizare este identic în condiții identice (excepție făcând *discriminările salariale cu caracter sistemic*) putem considera că acest răspuns participă la confirmarea ipotezei unei segregări de gen la nivelul funcțiilor de conducere.



Figură 85

Deoarece instrumentul de cercetare nu a fost proiectat pentru a identifica distribuția pe criterii de gen a aprecierii respondentelor față de aceste aspecte, nu putem indica o repartiție a avantajelor și dezavantajelor. Putem însă observa câteva caracteristici ale mentalității privitoare la raporturile de gen.

Raportarea la un model ideal, caracterizat printr-o egală distribuire trăsăturilor, evidențiază următoarele:

a) Înregistrează valorile cele mai mari din perspectiva absenței diferențelor următoarele variabile:

- *Cunoștințele de specialitate (cca. 60%);*
- *Lucrul în echipă (cca. 49%);*
- *Devotamentul față de profesie (cca. 78%);*
- *Referințele personale (cca. 48%);*
- *Moralitatea și etica profesională (47%);*
- *Experiența profesională (cca. 46%).*

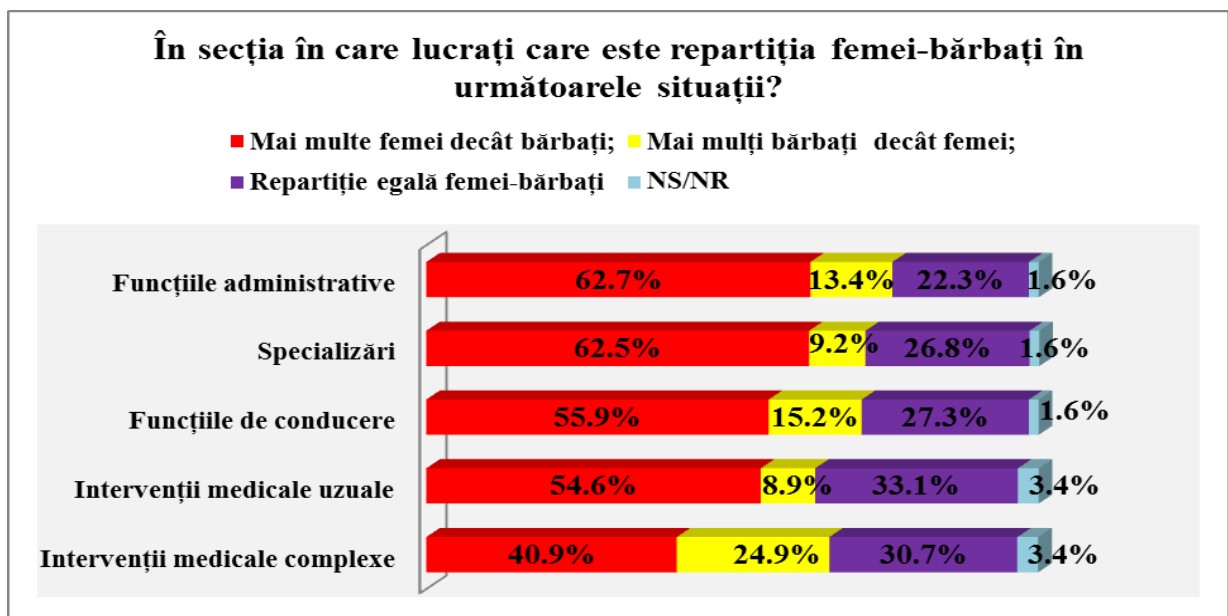
b) Înregistrează valorile cele mai mari din perspectiva prezenței diferențelor următoarele variabile:

b1) În funcție de valoarea cumulată a tuturor aspectelor care indică existența diferențelor:

- *Atenția la detalii (cca. 69%);*
- *Rezistența la stres (cca. 67%);*
- *Stăpânirea de sine (cca. 63%);*
- *Asumarea riscurilor (cca. 61%);*
- *Abilitățile de comunicare (cca. 60%)*

b2) În funcție de valorile *Foarte mare și mare*:

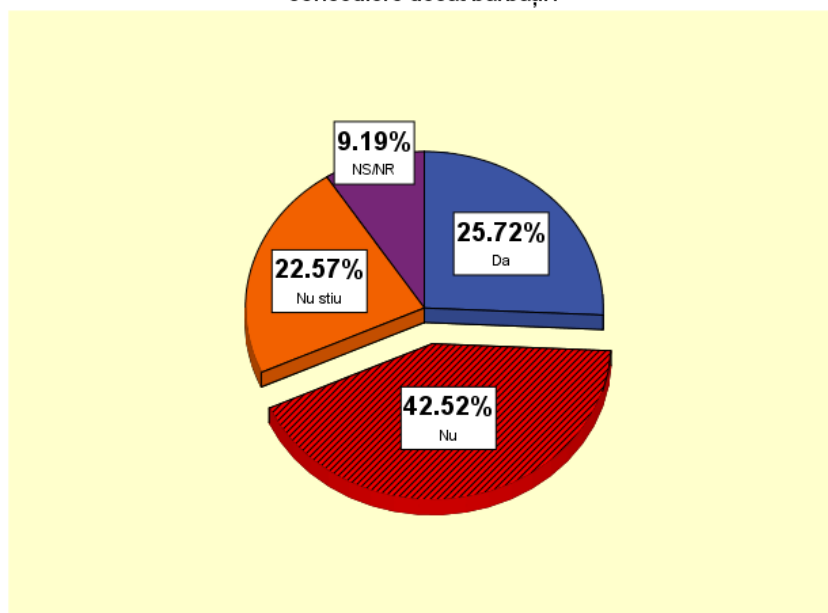
- *Atenția la detalii*
- *Rezistența la stres*
- *Asumarea riscurilor*
- *Responsabilitatea*
- *Stăpânirea de sine*



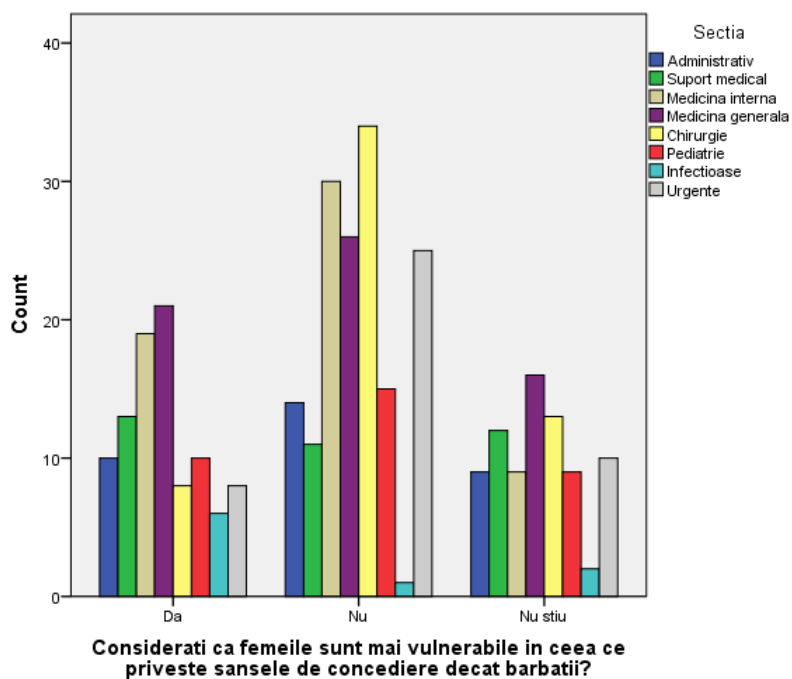
Figură 86

Distribuția răspunsurilor indică în mod clar prezența mai mare a persoanelor de gen masculin în cazul intervențiilor medicale complexe. Dacă ne raportăm la procentul deținut de personalul de gen feminin din totalul salariaților, respectiv 86%, este evident că toate răspunsurile ridică problema unei distribuții inegale din perspectiva locurilor ocupate în funcțiile de conducere. Evaluarea distribuției de gen pe funcțiile de conducere indică faptul că procentul persoanelor de gen masculin care ocupă funcții de conducere este același cu ponderea pe care aceste persoane o au în totalitatea personalului, respectiv în structura eșantionului.

Considerați că femeile sunt mai vulnerabile în ceea ce privește șansele de concediere decât bărbații?



Figură 87

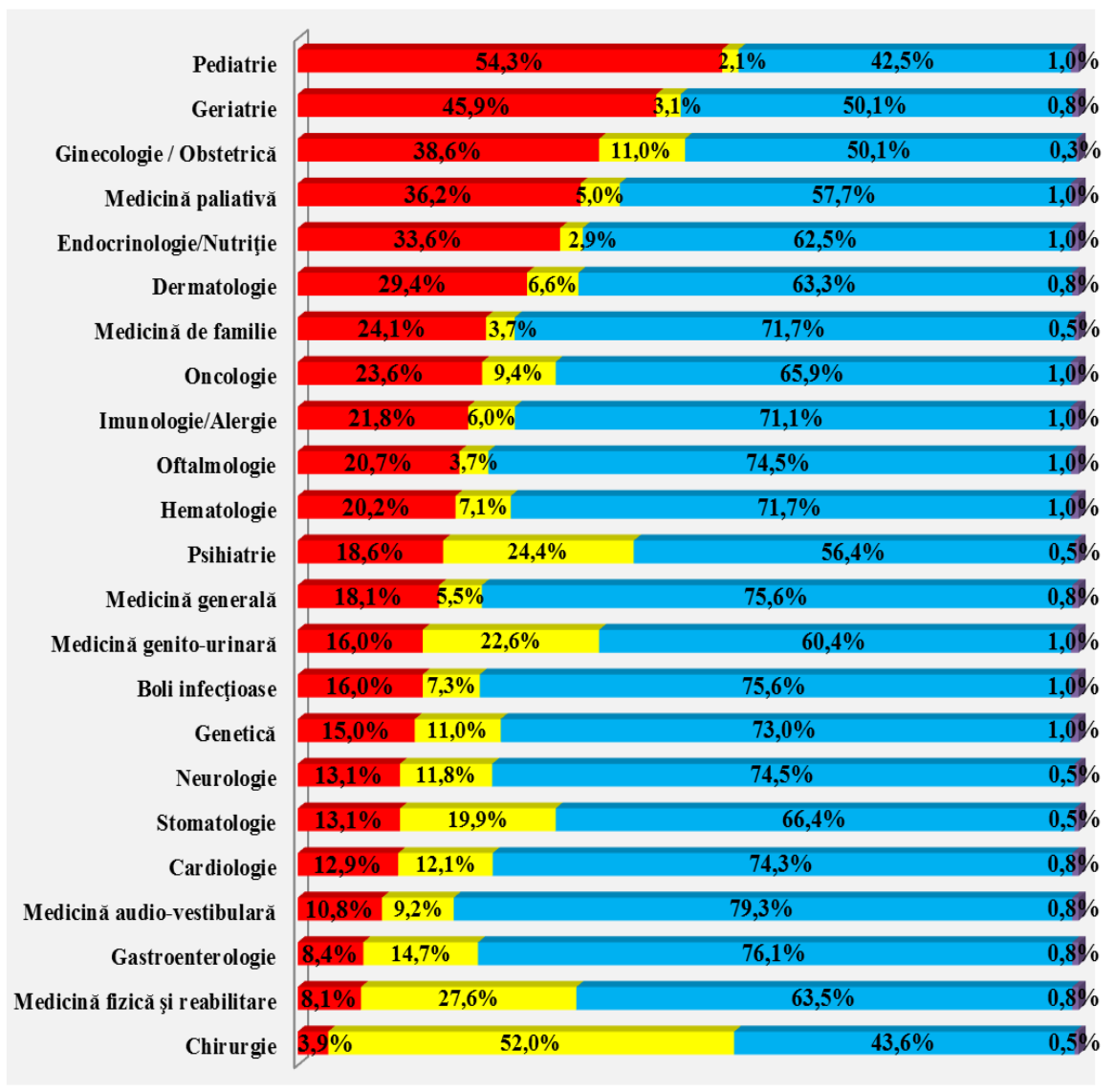


Figură 88

Un procent semnificativ al respondenților (cca. 26%) consideră că femeile sunt mai expuse riscului de concediere decât bărbații. Salariatele din domeniul *Suport medical* se simt mai amenințate decât restul respondenților.

Având în vedere următoarele domenii de specialitate din domeniul sanitar românesc și specificul profesional al fiecăruia în parte, vă rugăm bifați varianta de răspuns care considerați că reflectă opinia dvs.:

■ Femeile sunt mai potrivite pentru a lucra în acest domeniu    ■ Bărbații sunt mai potriviți pentru a lucra în acest domeniu  
 ■ Acest domeniu este potrivit în egală măsură    ■ NS/NR



Figură 89

Din perspectiva posturilor mai potrivite pentru persoanele de gen feminin, raportat la specialitățile indicate, se remarcă:

- Pediatria (cca. 54%)
- Geriatria (cca. 46%)
- Ginecologia (cca. 39%)
- Medicina paliativă (cca. 37%)
- Endocrinologia (cca. 34%)

Din perspectiva posturilor cu cel mai mare nivel al distribuției egale pe criteriile de gen se remarcă următoarele specializări:

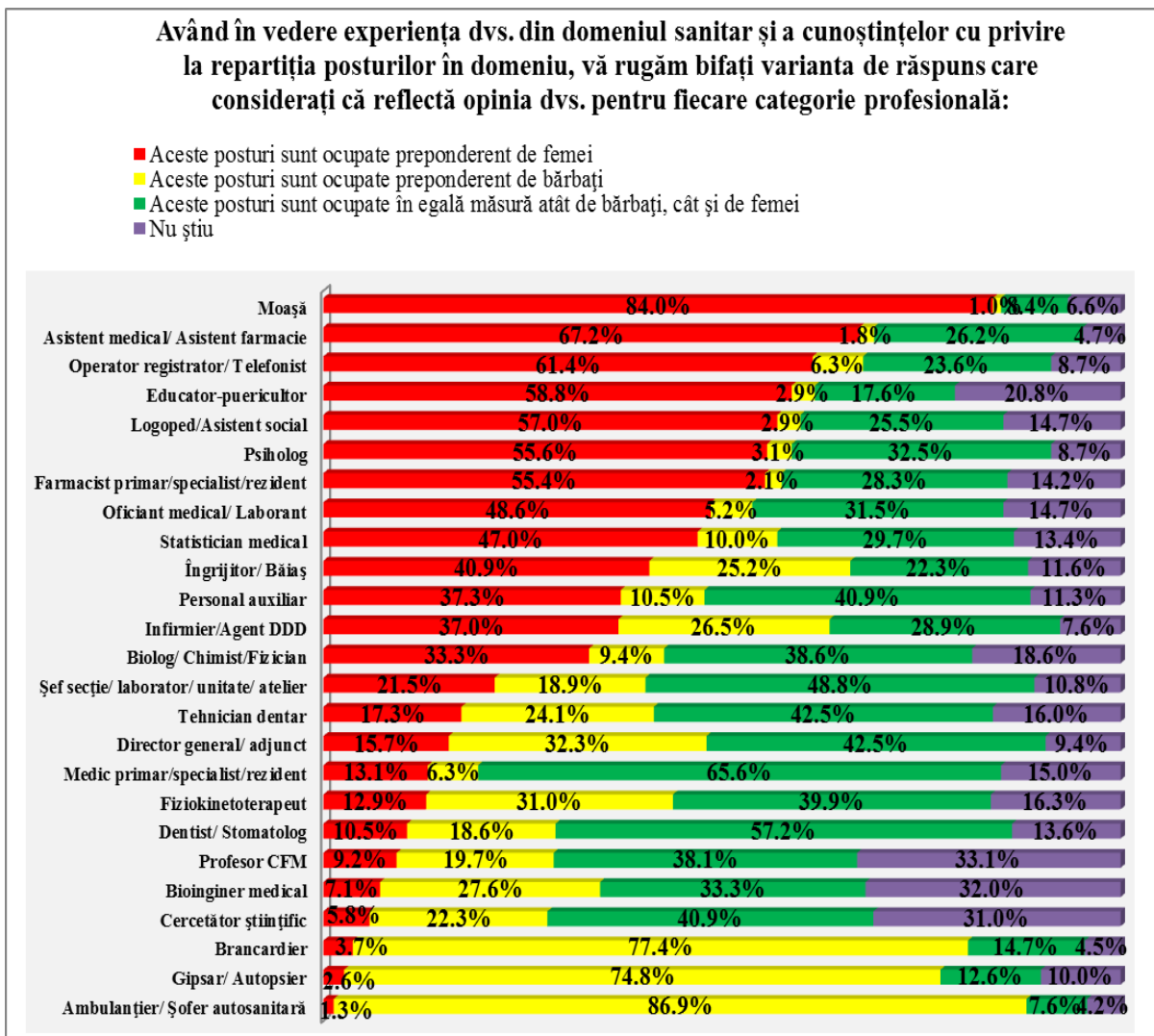


- ORL-ul (cca. 80%)
- Gastroenterologia (76%)
- Medicina generală (cca. 76%)
- Bolile infecțioase (cca. 76%)
- Neurologia (cca. 75%)
- Oftalmologia (cca. 75%)

Din perspectiva specializărilor pentru care respondentele consideră că persoanele de gen masculin sunt mai potrivite se remarcă:

- Chirurgia (52%), aceasta tinzând să fie o specializare în care persoanele de gen masculin sunt majoritare;
- Medicina fizică și reabilitare (cca. 28%)
- Psihiatria (cca. 25%)
- Urologia (cca. 23%)

Data fiind distribuția persoanelor de gen feminin în totalul numărului de salariați probabilitatea ca respondenții să fi asociat specializările cu medicii care ocupă aceste specializări este ridicată, tinzând să reflecte distribuția la nivelul acestei categorii profesionale.



Figură 90

Din perspectiva posturilor mai potrivite pentru persoanele de gen feminin, raportat la categoriile de personal din sistemul sanitar, se remarcă:

- Moașă (84%)
- Asistentă medicală (cca. 67%)
- Registrator (cca. 62%)
- Puericultor (cca. 59%)
- Asistent social (57%)
- Psiholog (cca. 56%)
- Farmacist (cca. 55%)

Locurile de muncă apreciate ca fiind specifice bărbaților sunt următoarele:

- Ambulanțier (cca. 87%)
- Brancardier (77,5%)
- Gipsar și autopsier (cca. 75%).

Putem remarca faptul că aceste posturi presupun un nivel ridicat al efortului fizic.

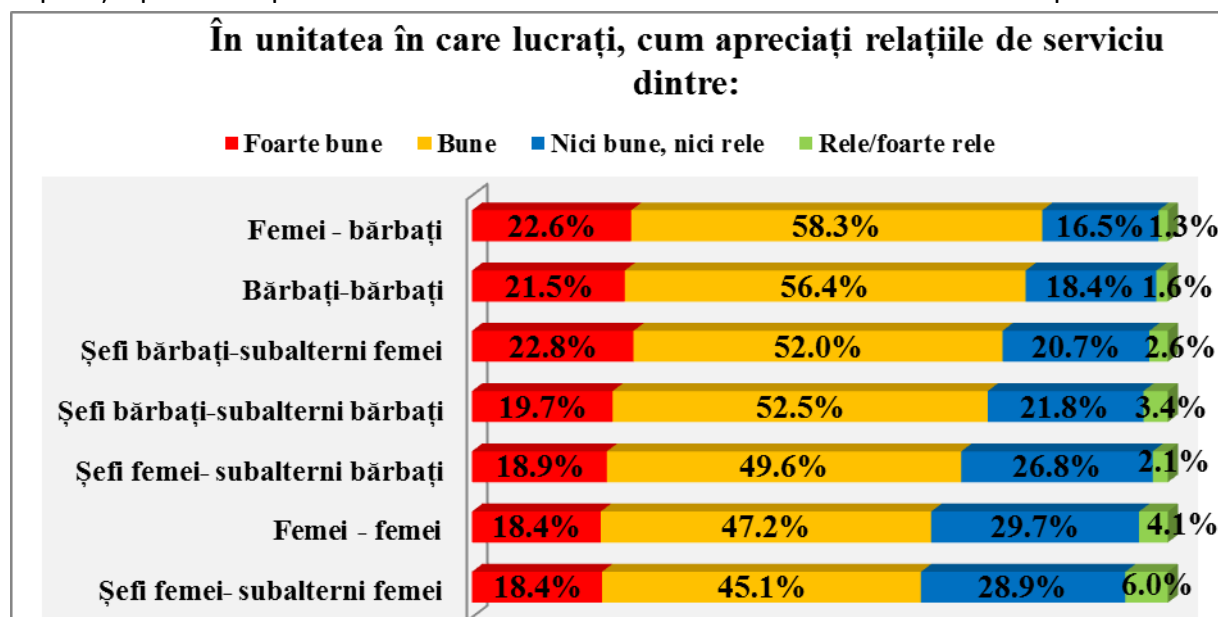
În privința posturilor cu o distribuție egală pe criteriile de gen pot fi observate:

- Medicii (cca. 66%)
- Dentiștii (cca. 57%)
- Șefii de secție (cca. 49%)
- Directorii (42,5%)
- Tehnicienii dentari (42,5%)
- Cercetătorii științifici (cca. 41%)
- Personalul auxiliar (cca. 41%)

Nivelul cel mai mare al indeciziei este înregistrat de următoarele profesii:

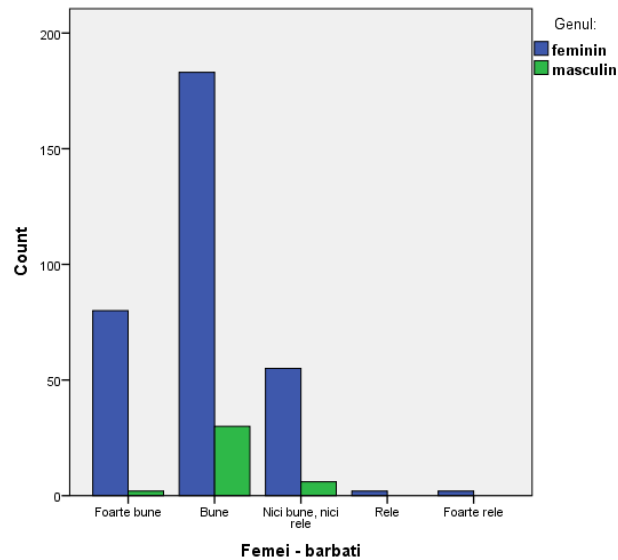
- Profesor CFM (33%)
- Bioinginer medical (32%)
- Cercetător științific (31%).

Explicația probabilă pentru acest nivel al indeciziei o constituie raritatea acestor profesii.



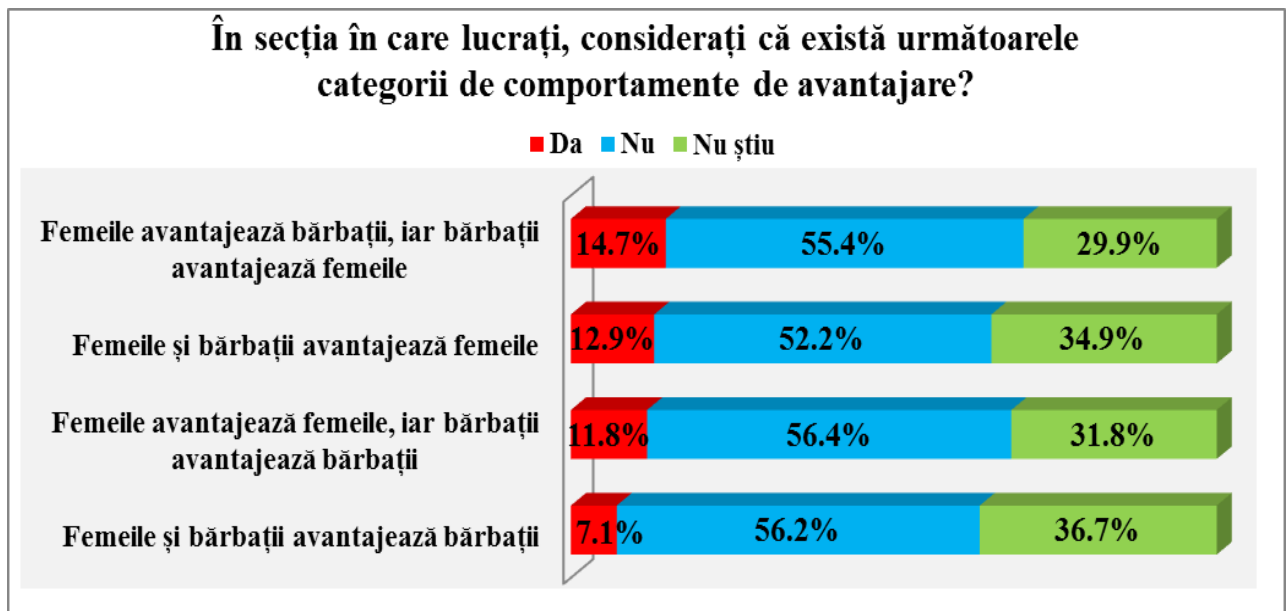
Figură 91

Nivelul cel mai ridicat al relațiilor rele îl înregistrează varianta *șefi femei – subalterni femei*, urmată de *femei-femei*. Relațiile apreciate ca fiind foarte bune și bune sunt pentru variantele *femei-bărbați* și *bărbați-bărbați*. Reamintim că este vorba în exclusivitate de respondente.



Figură 92

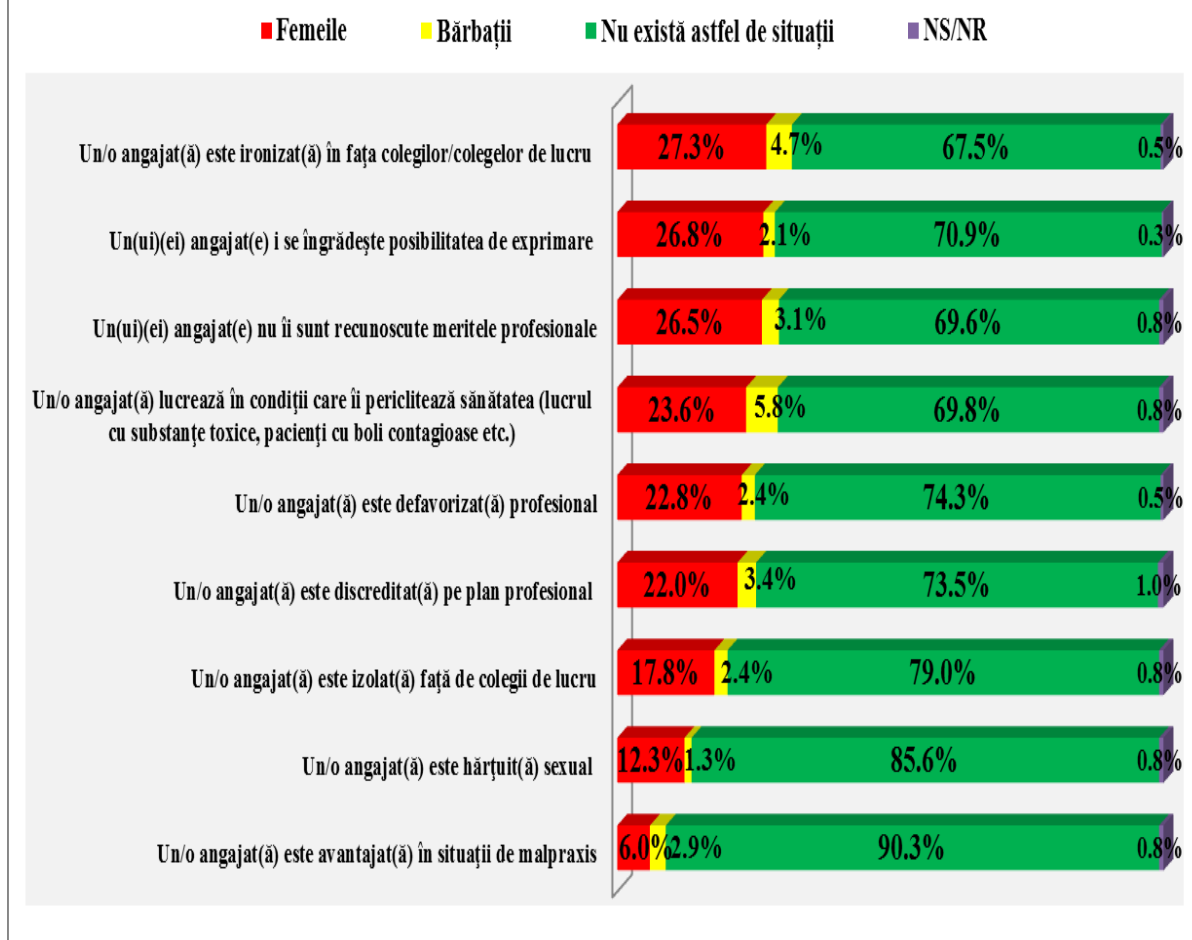
Persoanele de gen feminine tind într-un procent mai mare către aprecierea pozitivă a relațiilor dintre genuri; în același timp, tot ele indică și relații *rele* și *foarte rele*.



Figură 93

Se poate constata existența unor comportamente de avantajare, remarcându-se o pondere discret mai ridicată a cazurilor de avantajare a persoanelor de gen feminin.

### Dacă există următoarele situații la locul dvs. de muncă ele afectează mai mult:



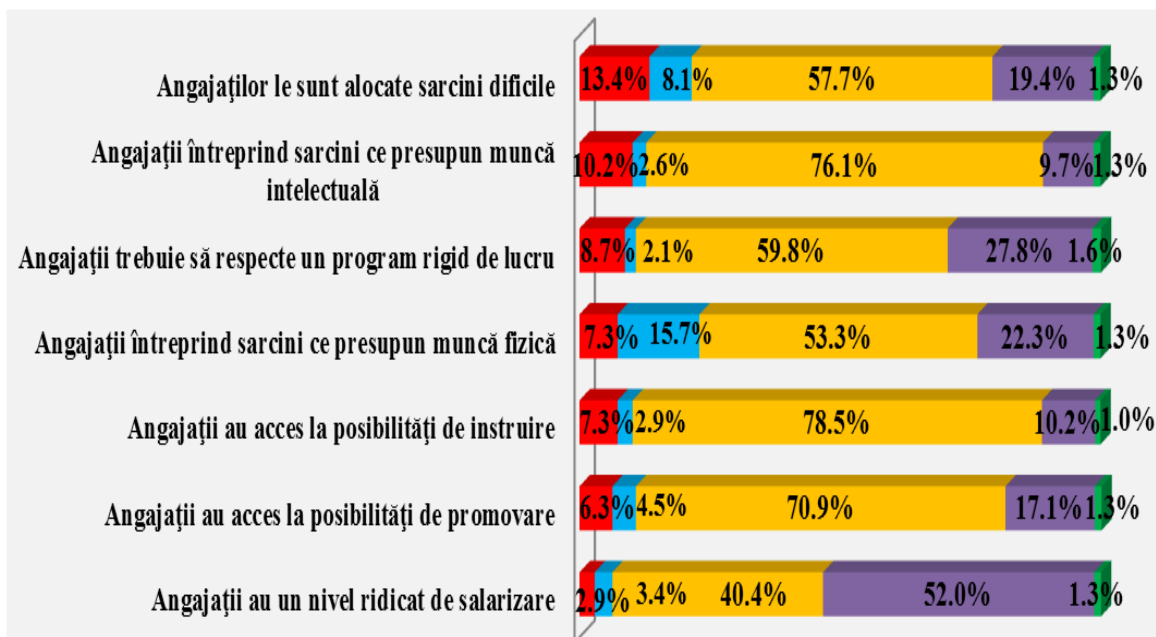
Figură 94

Ținând cont de ponderea persoanelor de gen feminin, putem constata faptul că femeile sunt mai dezavantajate decât bărbații la toate criteriile menționate, pe primele locuri situându-se *ironizarea* (27,3%), *îngreșirea posibilităților de exprimare* (26,8%) și *nerecunoașterea meritelor profesionale* (26,5%). Două întrebări de control indică necesitatea abordării cu prudență a răspunsurilor:

- Lucrul în condiții ce reprezintă un pericol pentru sănătate cunosc de fapt o distribuție proporțională cu cea de gen. Răspunsurile tind să indice faptul că trebuie să luăm în considerare influența percepției subiective asupra răspunsurilor ce vizează distribuția pe categorii de gen.
- Persoanele de gen feminin sunt mai avantajate în situațiile de malpraxis.

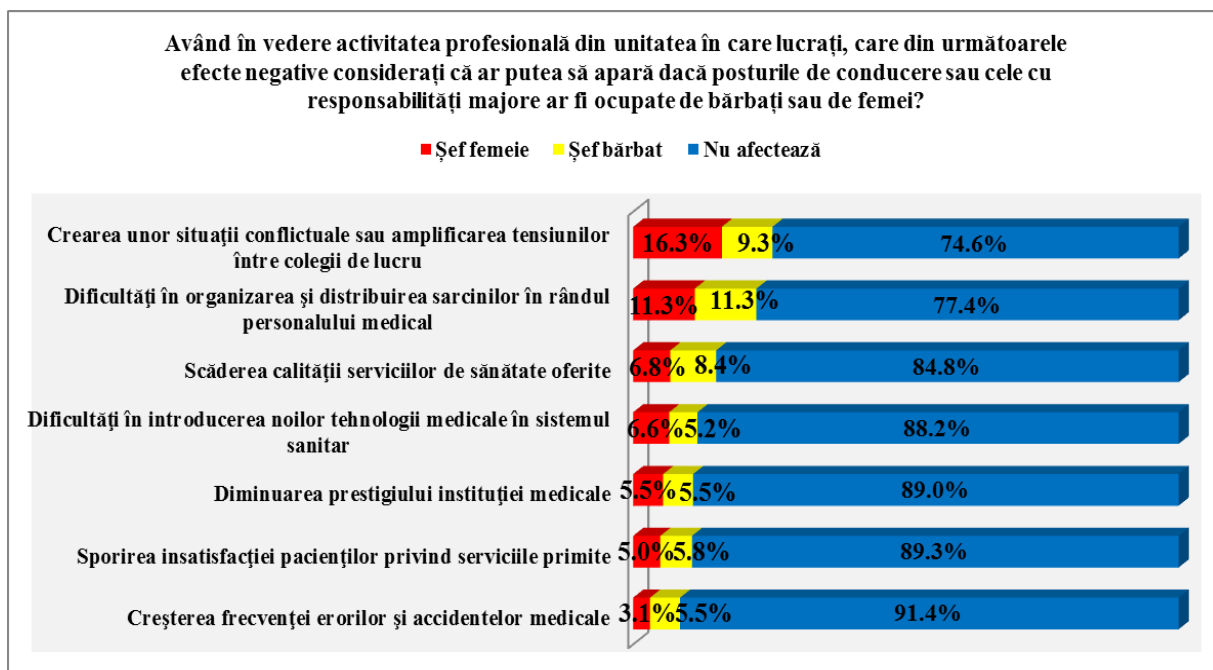
**Raportat la condițiile de lucru din unitatea în care sunteți angajat(ă), vă rugăm bifați varianta de răspuns care corespunde cel mai bine femeilor sau bărbaților:**

- Corespunde mai degrabă angajaților femei
- Corespunde mai degrabă angajaților bărbați
- Corespunde în egală măsură atât angajaților bărbați, cât și femei
- Nu corespunde nici angajaților bărbați, nici angajatei femei
- NS/NR



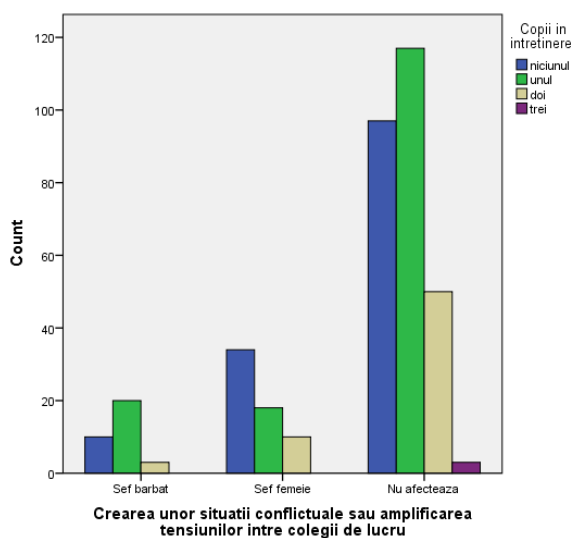
Figură 95

Se remarcă o discretă diferență (indicată de cca. 18% dintre respondenți) între persoanele de gen feminin și cele de gen masculin în alocarea sarcinilor de serviciu, primei categorii alocându-i-se mai curând sarcini dificile și cele care presupun muncă intelectuală, în timp ce a doua categorie are parte mai des de sarcini fizice și, într-o mai mică măsură, de sarcini intelectuale. Egalitatea se constată doar în privința nivelului de salarizare, însă dominantă evidentă o constituie faptul că nici una dintre cele două categorii nu are un nivel ridicat de salarizare (o egalizare „în jos”). Persoanele de gen feminin au posibilități de promovare și de instruire mai mari decât cele de gen masculin. Dacă interpretăm implicit faptul că programul rigid de muncă nu corespunde nici uneia dintre categorii atunci putem presupune existența unui program flexibil de muncă în cca. 28% dintre cazuri.

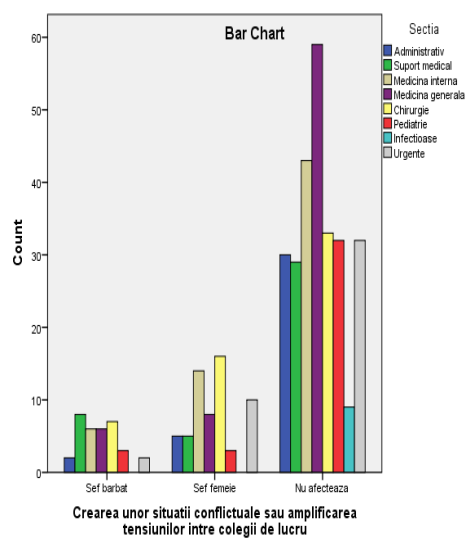


Figură 96

Distribuția răspunsurilor sugerează faptul că absența unei mentalități a egalității de șanse a fost indicată de cca. 25% dintre respondente, acestea tinzând către afirmarea unor diferențe în cazul uneia sau alteia dintre variante. Având în vedere că întrebarea evalua impactul negativ al ocupării funcțiilor de conducere de către cele două genuri, reținem percepția respondenților privind primele trei domenii care ar suferi un astfel de impact, respectiv *crearea unor situații conflictuale, dificultățile în organizarea muncii și, cea mai importantă, scăderea calității serviciilor medicale oferite.*



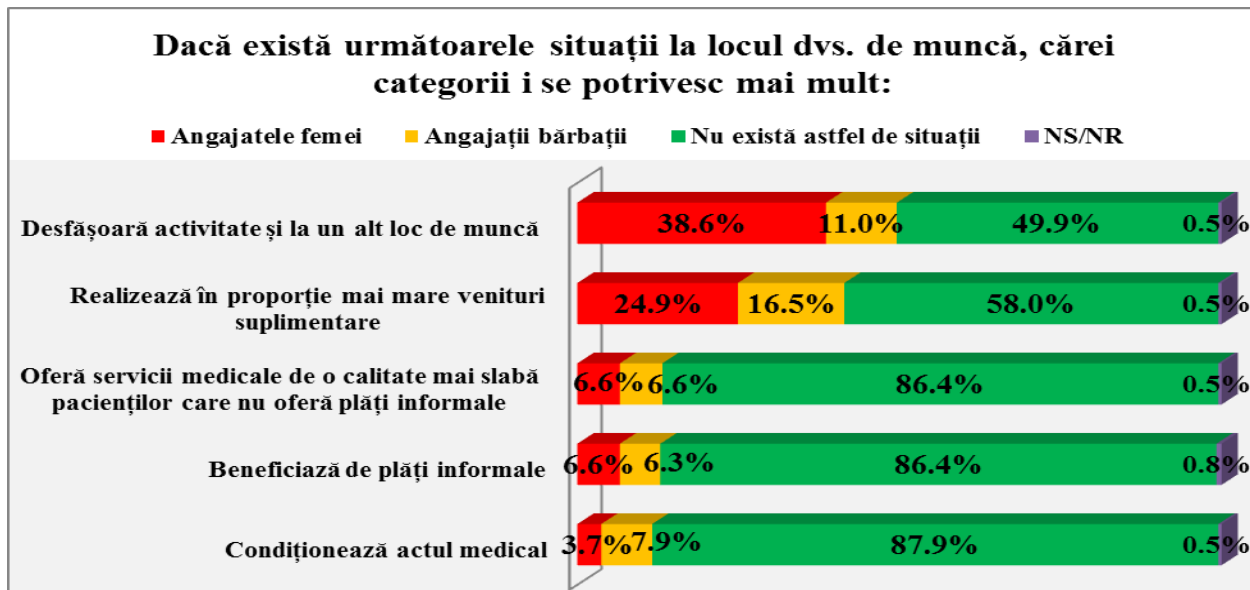
Figură 97



Figură 98

Respondentele care au un copil tind să aprecieze discret mai negativ relațiile cu șef de gen masculin decât restul. Situația este identică în cazul respondenților care lucrează în domeniul *suport medical*.

## Venituri suplimentare



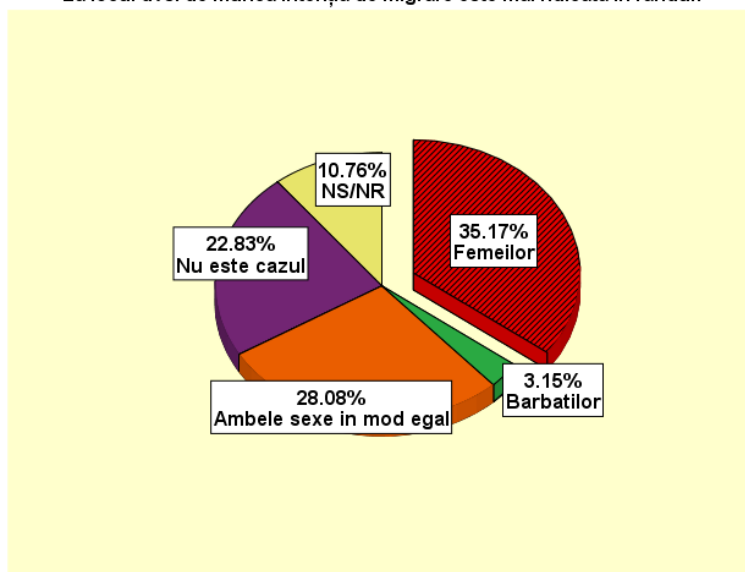
Figură 99

Cea mai semnificativă informație o constituie faptul că cca. 50% din angajații din sănătate își desfășoară activitatea și la un alt loc de muncă, situație care are ca efect o reducere semnificativă a timpului liber. Dacă luăm în considerare atât distribuția pe genuri cât și faptul că persoanele de gen feminin sunt mai ocupate cu activitățile casnice decât cele de gen masculin, este evident că în cazul primei categorii impactul este cu atât mai mare.

Deși procentul persoanelor de gen feminin care lucrează și la un alt loc de muncă este de cca. 4 ori mai mare decât al celor de gen masculin, realizarea veniturilor suplimentare este înregistrată doar un raport de cca. 1,5/1. Se constată indicarea unei diferențe de gen în privința condiționării actului medical. O evaluare implicită a plăților informale arată faptul că acestea au fost indicate de cca. 13% dintre respondente.

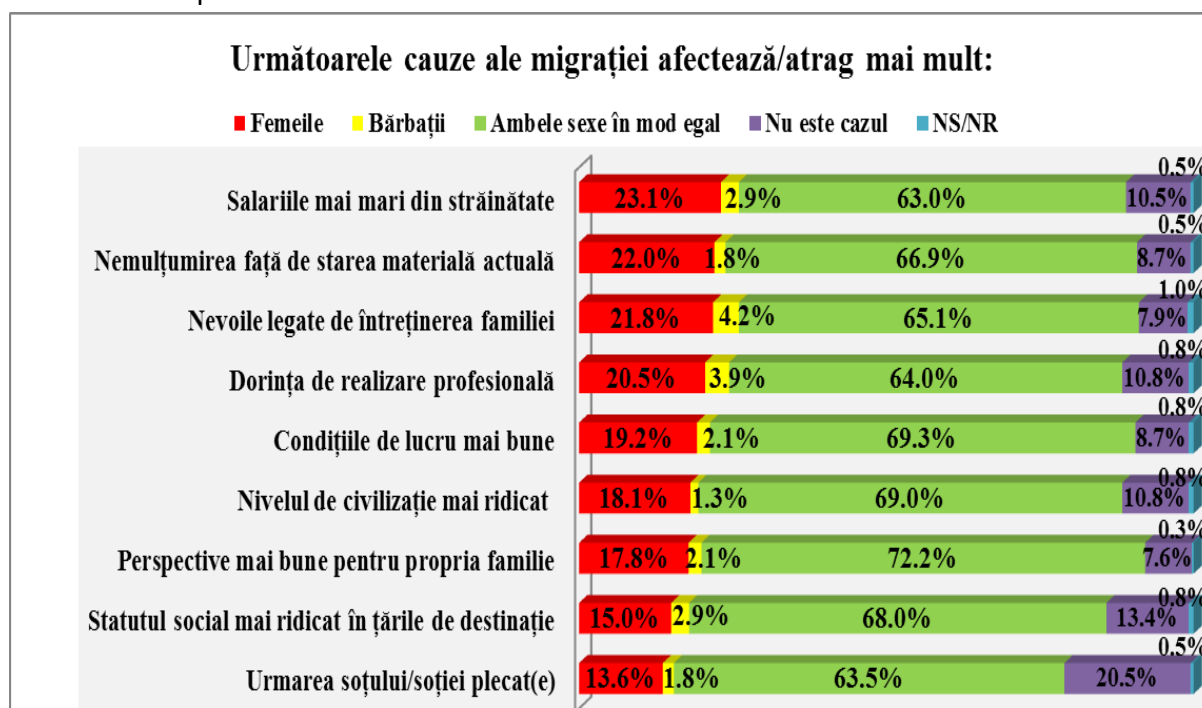
## Migrație

La locul dvs. de muncă intenția de migrare este mai ridicată în rândul:



Figură 100

Perspectiva de ansamblu indică o intenție de migrație estimată la cca. 66% din cazuri, ea având o incidență mai mare în cazul persoanelor de gen feminin. Dacă avem în vedere figura nr. 18 estimarea intenție de migrație înregistrează un nivel chiar mai ridicat, doar cca. 20% dintre respondente considerând că nu este cazul.



Figură 101

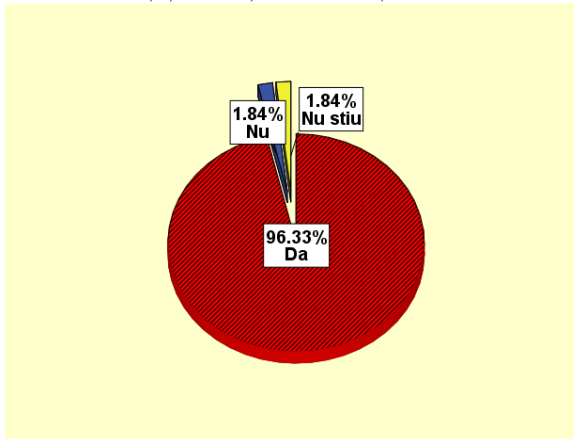
Per ansamblu, putem considera că nu există diferențe mari între persoanele de gen feminin și cele de gen masculin în privința cauzelor migrației, respondenții indicând că acestea determină în majoritatea cazurilor în mod egal plecările. Diferențele sunt semnalate în cca. 25% dintre cazuri. În acest sens, reținem următoarele:

- a) Pe primele locuri ale ierarhiei cauzelor care determină mai mult persoanele de gen feminin să plece:
  - Salariile mai mari din străinătate
  - Nemulțumirea față de veniturile actuale
  - Nevoile legate de întreținerea familiei
  - Dorința de realizare profesională
- b) Pe primele locuri ale ierarhiei cauzelor inaplicabile:
  - Urmarea soțului/soției plecat/e;
  - Statutul social mai ridicat în statele de destinație și nivelul de civilizație mai ridicat;
  - Dorința de realizarea profesională (probabil este vorba de persoane aflate la sfârșitul carierei profesionale);
- c) În cazul persoanelor de gen masculin se observă o incidență mai mare în cazul următoarelor cazuri:
  - Nevoile legate de întreținerea familiei;
  - Dorința de realizare profesională.



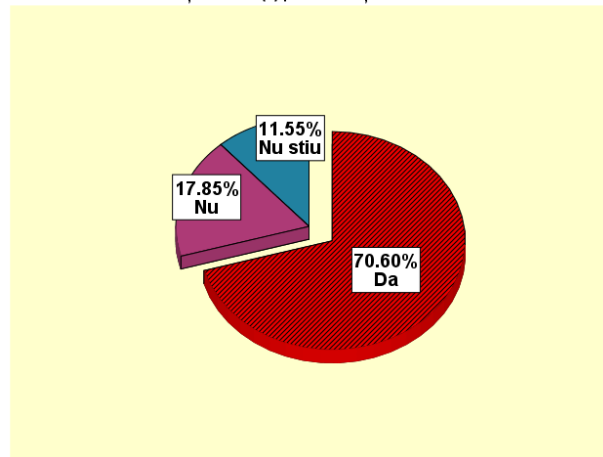
## Hărțuirea sexuală

Cunoașteți semnificația termenului „hărțuire sexuală”?



Figură 102

Sunteți informat(ă) privind hărțuirea sexuală?

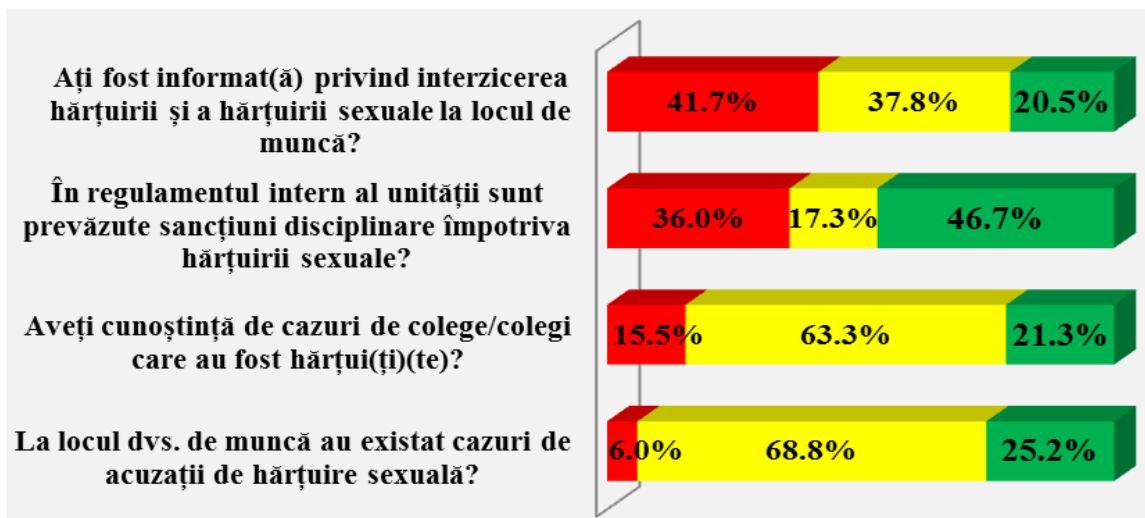


Figură 103

Respondentele au indicat faptul că cunosc semnificația termenului *hărțuire sexuală*. Doar cca. 71% dintre ele au indicat faptul că au fost informate (la locul de muncă/de către angajator) privind hărțuirea sexuală.

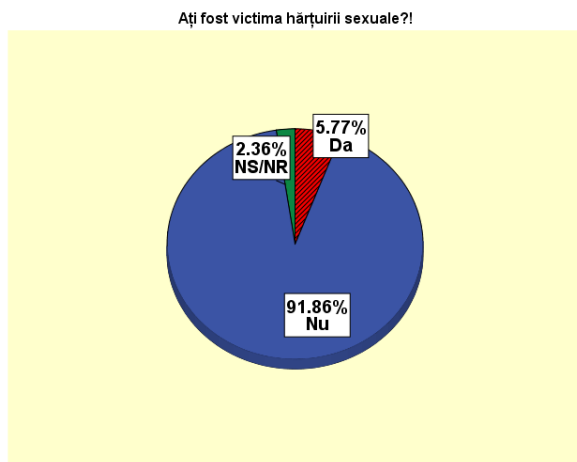
### Care din următoarele situații vă corespund?

■ Da ■ Nu ■ Nu știu/nu răspund

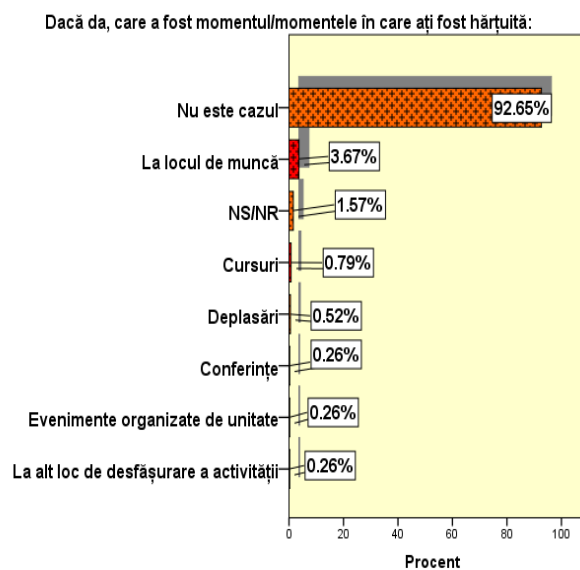


Figură 104

Întrebările de control privind nivelul de informare al respondentelor pe tema hărțuirii sexuale evidențiază că doar cca. 42% dintre ele afirmă informarea calară privind interzicerea hărțuirii; de reținut este și faptul că doar în 36% dintre cazuri este indicată existența unor sancțiuni disciplinare în Regulamentul unității pentru hărțuirea la locul de muncă. Dat fiind nivelul redus de informare nu ne putem pronunța în mod obiectiv privința existenței sau absenței acestor prevederi. Însă, nivelul de informare constituie un indiciu suficient privind nivelul redus de îndeplinire a acestor obligații legale.

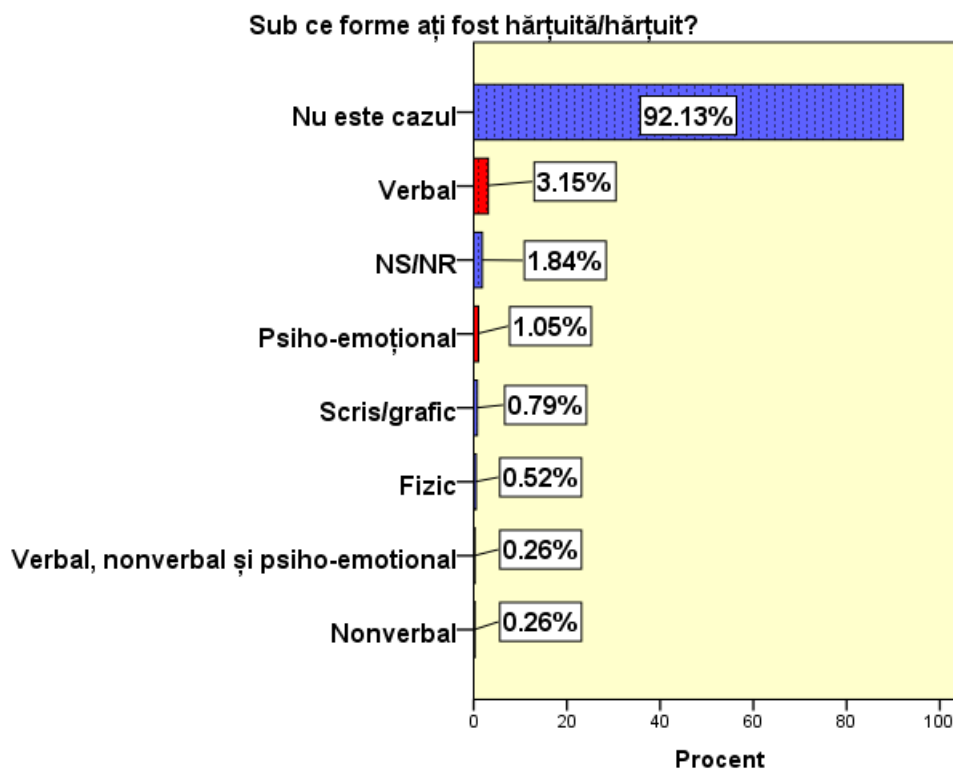


Figură 105



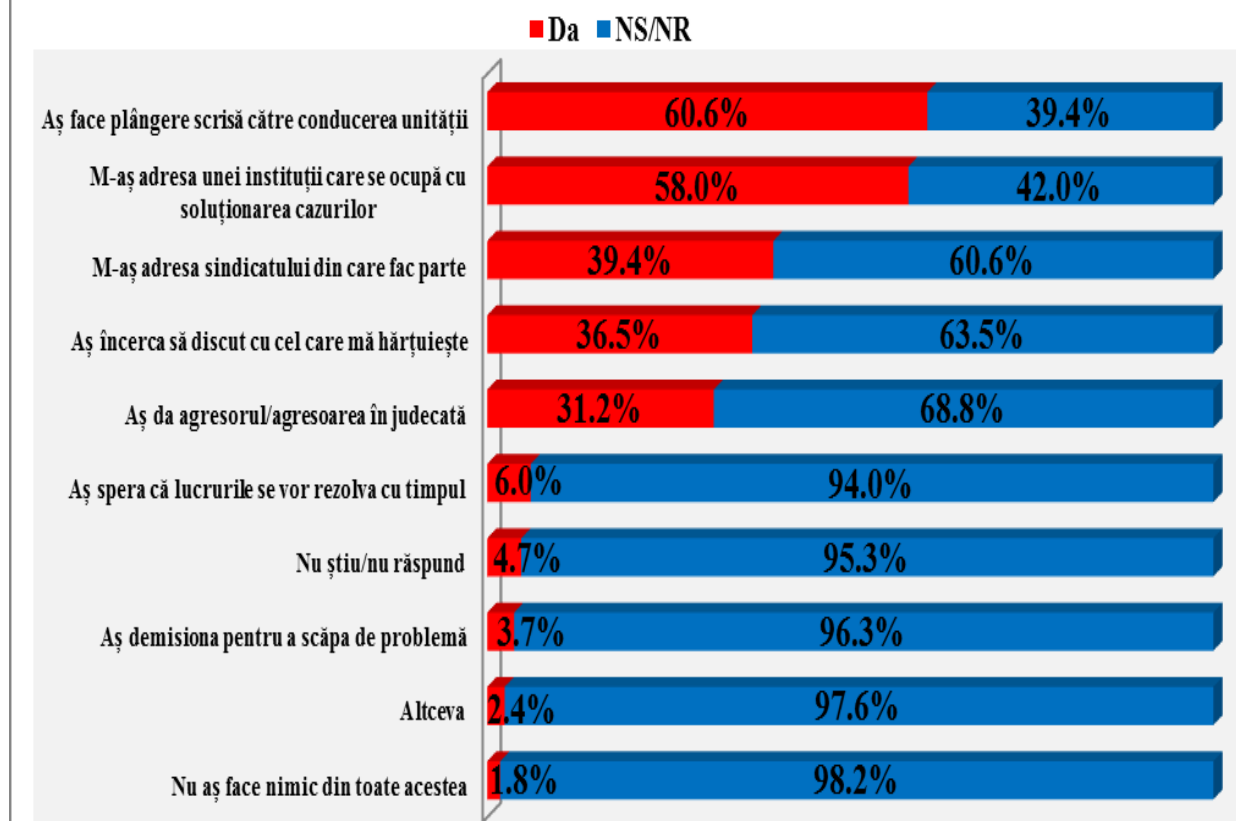
Figură 106

Cca. 6% dintre respondente au fost victima hărțurii sexuale. Ținând cont de gravitatea fenomenului procentul este unul semnificativ. Dominanta o constituie hărțuirea la locul de muncă sub formă verbală.



Figură 107

## Ce ați face dacă v-ați afla în situația de a fi hărțuit(ă) la locul de muncă?



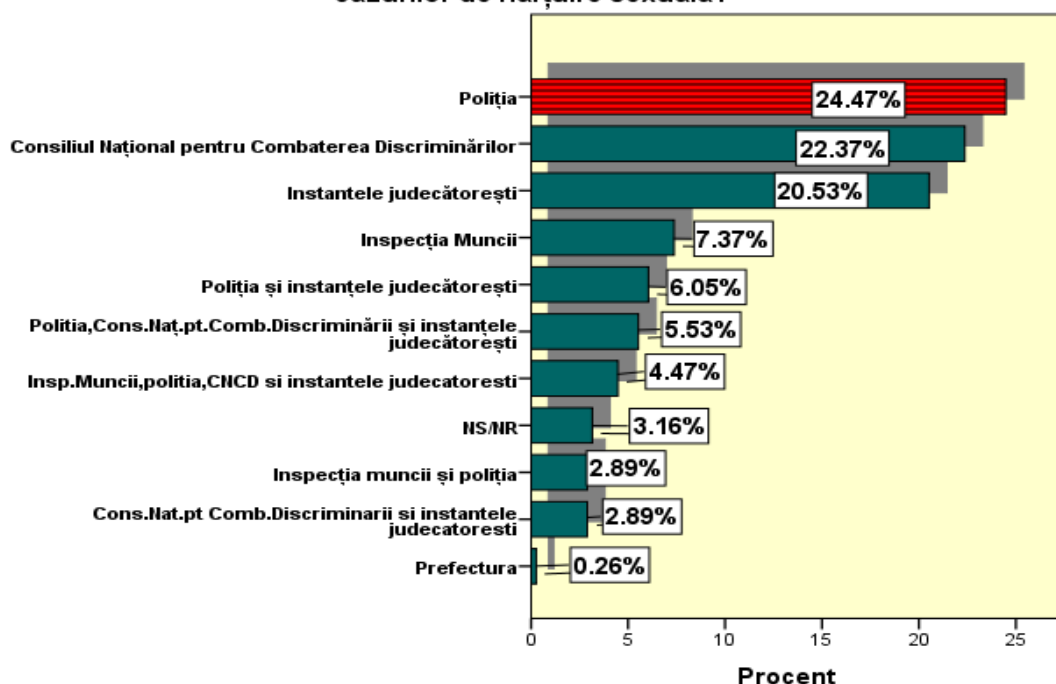
Figură 108

Nivelul redus de informare/cunoaștere a procedurilor<sup>17</sup> este evidențiat și de distribuția răspunsurilor la întrebările din fig. nr. 25, acestea lipsind în cel puțin 40% din cazuri. *Plângerea către conducerea unității* este prima în ierarhia măsurilor la care ar apela respondentele dacă s-ar afla într-o situație de discriminare, fiind indicată de cca. 60% dintre ele. Este urmată de o mențiune cu caracter general, respectiv adresarea la o instituție de specialitate (58%). Adresabilitatea sindicatului este situată la nivelul de cca. 40%.<sup>18</sup> Încercările de rezolvare prin dialog a situațiilor sunt indicate de cca. 37% dintre respondente, iar apelul la instanța de judecată de cca. 31% dintre respondente.

<sup>17</sup> Considerăm că trebuie luată în considerare și absența procedurilor.

<sup>18</sup> Procentul constituie o indicație utilă privind evaluarea gradului de încredere în organizațiile sindicale.

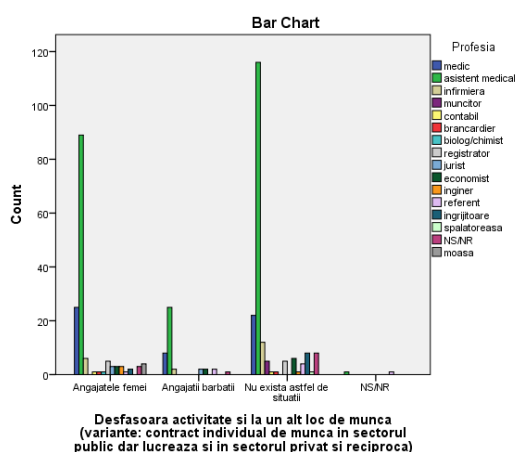
### Ce instituții considerați că au responsabilități de cercetare și sancționare a cazurilor de hărțuire sexuală?



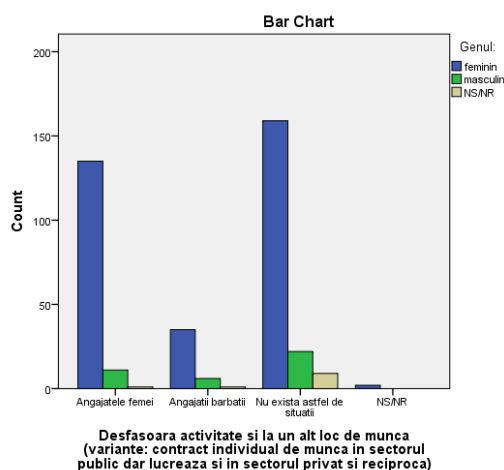
Figură 109

Distribuția răspunsurilor privind instituțiile relevante în problematica hărțuirii sexuale indică o relativă cunoaștere a soluțiilor instituționale pentru rezolvarea unor eventuale probleme de acest tip.

### Armonizarea vieții profesionale cu viața de familie



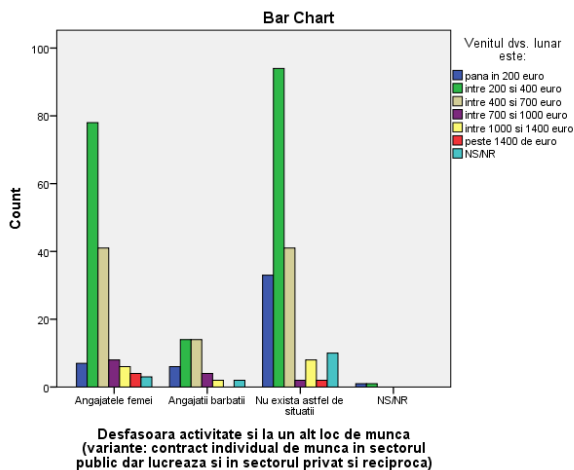
Figură 110



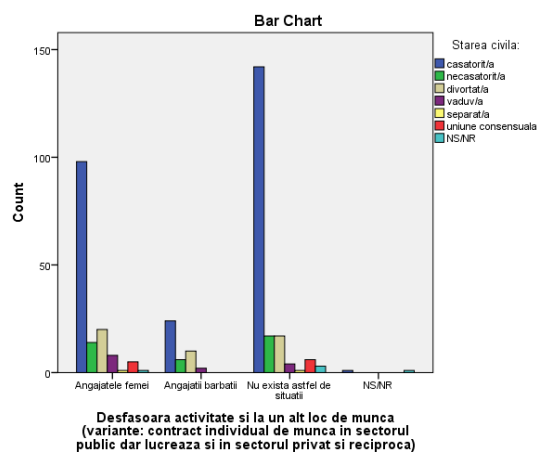
Figură 111

Distribuția pe gen a respondenților care indică faptul că lucrează și la un alt loc de muncă este relativ egală. Dată fiind ponderea persoanelor de gen feminin în total personalului, este evident că în cifre absolute această categorie de personal este cea mai afectată de reducerea timpului liber. Problema este accentuată suplimentar de încărcarea suplimentară cu sarcini de familie.

În privința distribuției pe categorii de personal a locurilor de muncă multiple ea se situează la cel mai mare nivel în cazul medicilor (60,4%) urmați de asistentele medicale (49,5%), aceasta scăzând direct proporțional cu locul ocupat în ierarhie, respectiv cu nivelul de pregătire profesională.



Figură 112



Figură 113

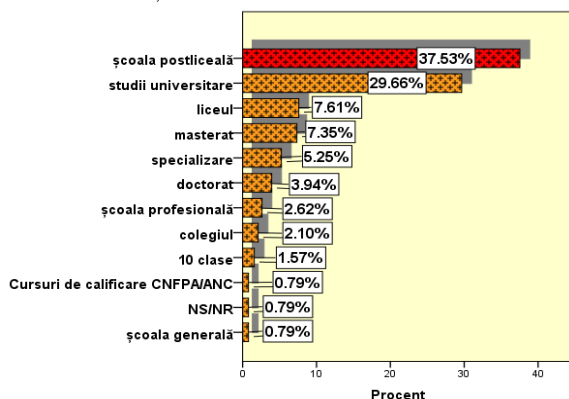
Principal motivație a lucrului în mai multe unități pare să-o constituie dorința de creștere a veniturilor. Din această perspectivă se remarcă două categorii de salariați:

- Salariații cu venituri până în 200 euro, cu un procent foarte redus al celor care au mai multe locuri de muncă (63% nu au un alt loc de muncă). Ponderea de gen este uniform distribuită; procentul cel mai mare de persoane care au trei copii (62,5%), însă ele reprezintă doar 4% din total. În 34% dintre cazuri este unicul venit al familiei. Tabloul sugerează un nivel semnificativ al persoanelor care fie sunt resemnate cu un venit mic fie nu au alte oportunități. Nivelul veniturilor sugerează faptul că este vorba de sărăcie salarială.
- 62% dintre persoanele care au un venit peste 1400 euro nu au un alt loc de muncă. Acesta ar putea fi un nivel de referință al satisfacției salariale.

Persoanele divorțate sau văduve tind să asume într-o pondere mai mare locuri de muncă suplimentare decât cele căsătorite.

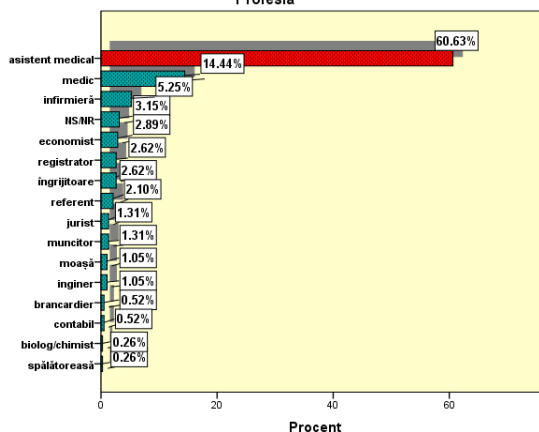
## Date factuale

Ultima formă de învățământ absolvită în domeniul dvs. de activitate a fost:



Figură 114

Profesia

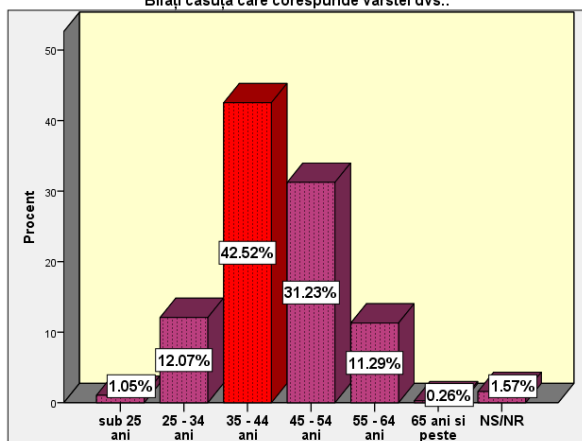


Figură 115

Situația are caracterul de informație, neputând fi raportată la date statistice pentru verificarea reprezentativității din cauza absenței unor astfel de informații.

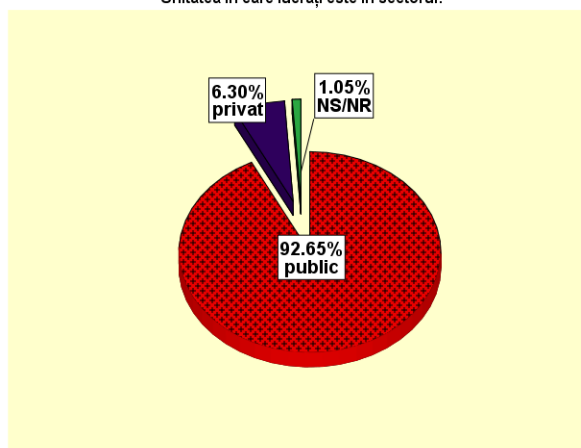
Abaterea de la distribuția normală a personalului pe categorii este, în general, în limitele marjei de eroare (4%), excepția constituind-o categoria asistentelor medicale. Această abatere este determinată de orientarea cercetării către spitale.

Bifați căsuța care corespunde vârstei dvs.:



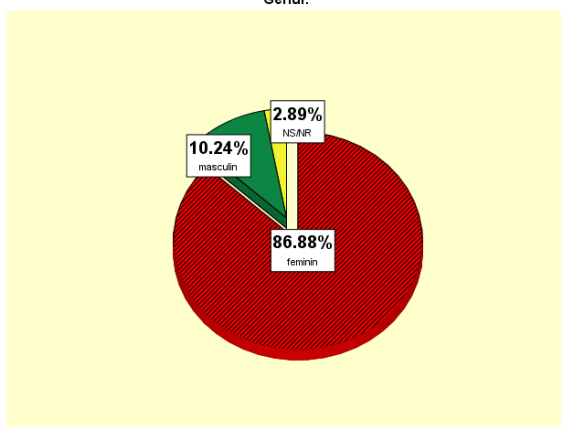
Figură 116

Unitatea în care lucați este în sectorul:



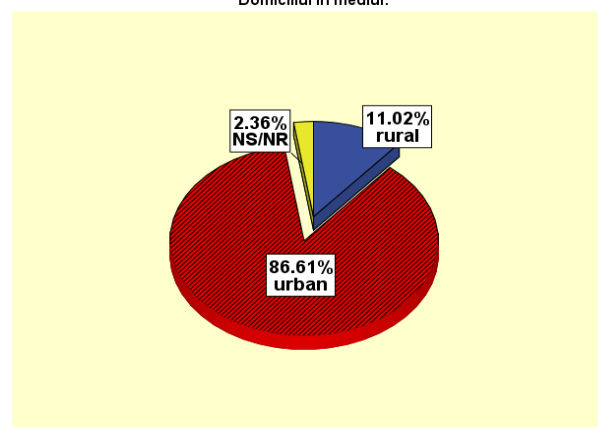
Figură 117

Genul:



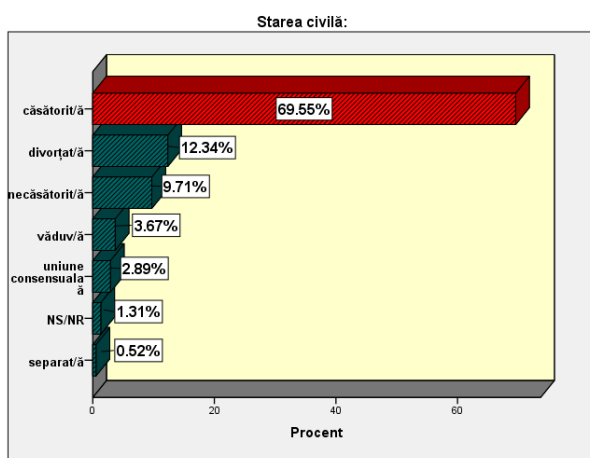
Figură 118

Domiciliul în mediul:

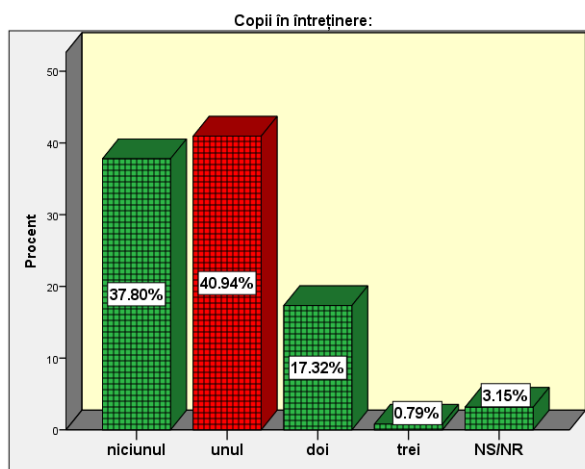


Figură 119

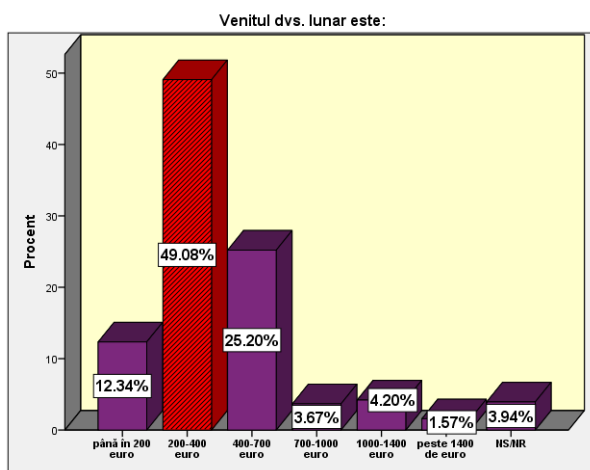
Distribuția respondenților pe gen este în limita eșantionului.



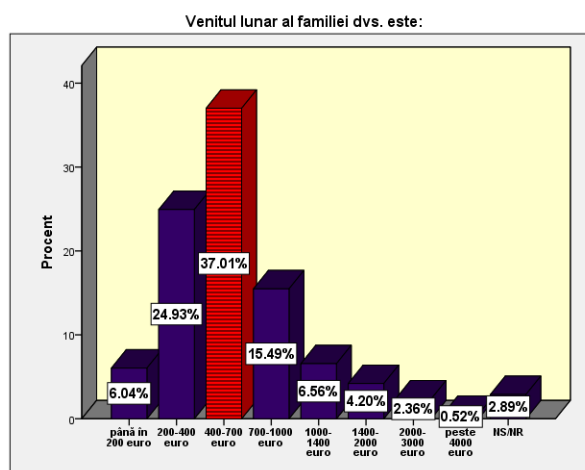
Figură 120



Figură 121

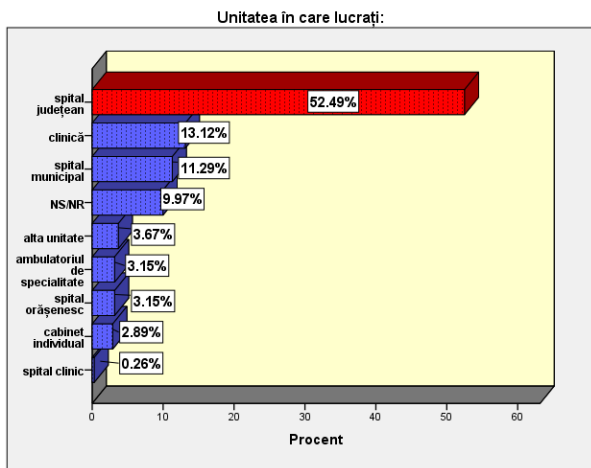


Figură 122

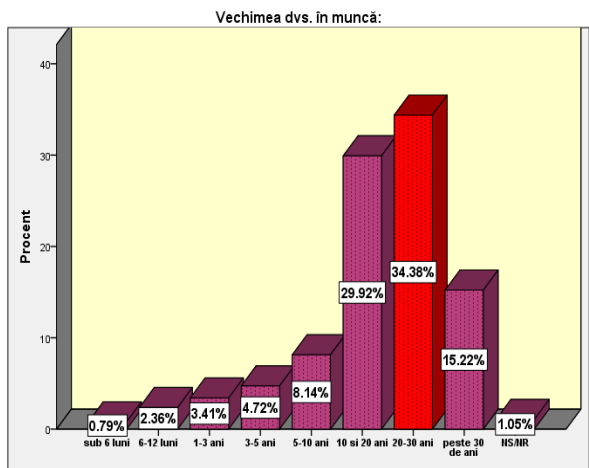


Figură 123

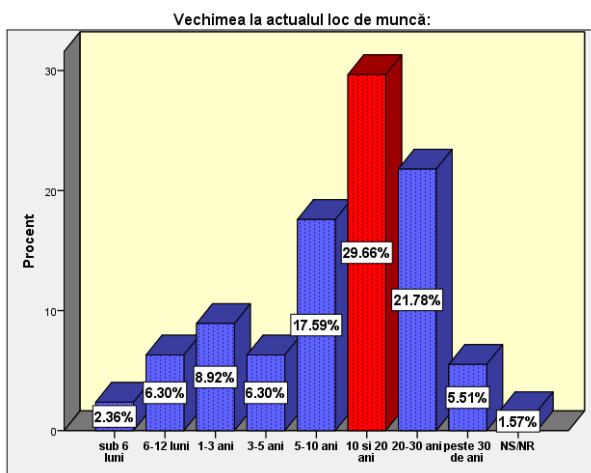
Două informații importante ne oferă evaluarea veniturilor: a) cca. 12% dintre respondenți se află în situația de sărăcie salarială (după cum am putut observa, acesta nu este determinată de discriminarea de gen, ci mai curând de una sistemică) raportat la veniturile proprii (și cca. 6% raportat la veniturile per/familie); b) media veniturilor personale este situată în intervalul 200-400 euro.



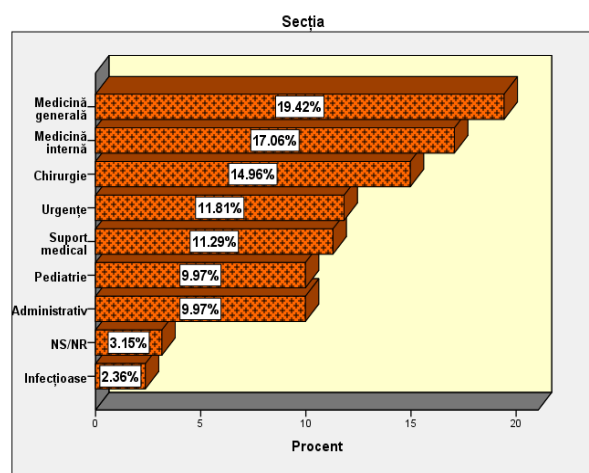
Figură 124



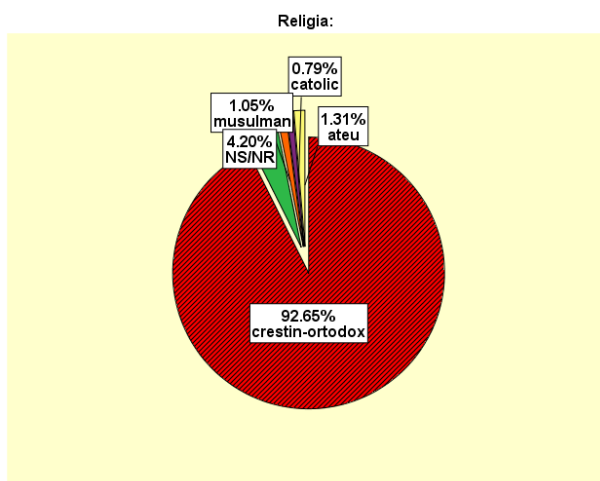
Figură 125



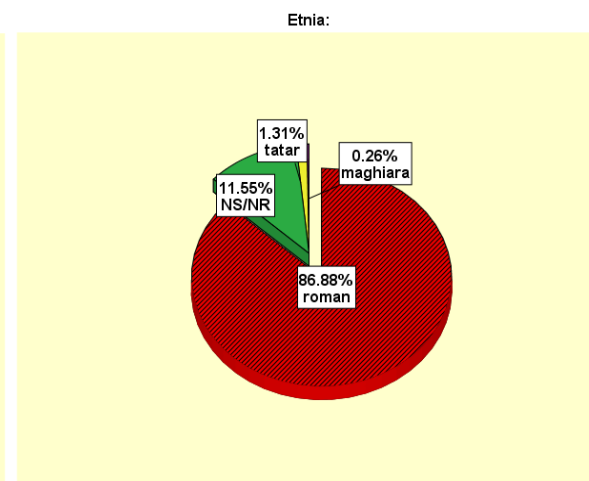
Figură 126



Figură 127



Figură 128



Figură 129



## Cercetarea calitativă

• **În prezent aveți ca șef o femeie sau un bărbat?/ Existe diferențe între bărbați și femei în privința ocupării și exercitării funcțiilor de conducere? Dacă da, vă rugăm să indicați câteva diferențe!**

G.N.: Da. La nivelul conducerii există un bărbat care abuzează de funcție pentru a mă umili de fiecare dată.

T.M.: Ponderea cea mai mare de ocupare a funcțiilor de conducere o au bărbații. Femeile în funcții de conducere au o atitudine mai agresivă, încercând să se impună dar sunt mai serioase și mai conștiincioase.

B.C.: Cu siguranță există diferențe între bărbați și femei și vor exista. Funcțiile de conducere sunt ocupate în special de bărbați.

I.L.: Da, în general funcții de conducere în care bărbații sunt preferați. Femeile sunt majoritate în sănătate, învățământ, administrație dar au în general conducători bărbați.

B.N.: Da, există. Bărbatul: pragmatic, își pune în evidență calitățile. Se valorizează/estimează mai mult, socializează mai ușor cu superiorii. Femeia: sentimentală, empatizează mai mult, evită să își pună în evidență calitățile, este mai reținută în socializare cu superiorii.

R.M.: Nu există diferențe, doar de apartenență politică.

M.S.: Există diferențe între bărbați și femei în privința ocupării funcțiilor de conducere, bărbații ocupând mai ușor un post de conducere decât o femeie. De asemenea, salariul unui bărbat va fi întotdeauna mai mare decât al unei femei.

M.I.: La nivel scriptic nu, dar la nivel practic se consideră că un bărbat poate îndeplini sarcinile specifice unui post de conducere mai bine decât o femeie.

C.L.: Nu cred.

H.L., f. Galați: Nu.

P.M., f. Galați: Da.

I.L.: Funcțiile de conducere sunt preferate de bărbați pentru simplul motiv să ei au mai mult timp decât femeile, care în orice funcție ar fi au mai multe atribuții și înafara orelor de program.

B.G.: Da. Medicul șef de secție fiind femeie interacționează mai mult cu femeile.

A.N.: Întotdeauna femeile s-au considerat ca fiind mai puțin puternice, neputând ocupa un loc de muncă în care trebuie să ia decizii importante dar cu timpul acest mit a fost spulberat, astăzi femeile ocupând loc de judecător chiar și președinte de stat, pot ocupa cu ușurință.

B.V.: Da, bărbații ar fi mai capabili.

A.D.: Da. De multe ori depinde și de natura compartimentului, instituției respective.

P.I.: Da, deoarece sunt funcții diferite.

O.E.: Da: locul de muncă/domeniul de activitate, majoritatea angajaților de gen masculin acceptă mai greu într-o funcție de conducere o persoană de gen feminin.

C.N.: Bărbatul este mai competent decât femeia. Putere de convingere mai mare. Ele este mai impunător. Nu ar trebui să existe diferențe, dar ele sunt.

D.T.: Da, categoric da.

S.F.: Femeia are șanse mai mari acum decât înainte. Femeile ajung acum unde își propun și prin alte calități, prin alte mijloace, deci chiar ajung care știu ce vor și își urmăresc scopul.

G.G.: Eu nu cred.

M.A.: Eu da. Am avut și șefi femei și bărbați. Femeile suferă de această șefie de nu poți să le dai de pe locul lor, iar bărbații sunt destul de maleabili, te ascultă îți rezolvă o problemă dacă o ai, femeile sunt mai autoritare dar spun două cuvinte, bărbatul te-a privit, ți-a spus uite asta, de aici pot să te ajut până acolo, dar cu femeile...

M.C.D.: Femeile suferă de șefie, bărbații întotdeauna sunt mai atenți, te ajută, sare dacă e ceva.

L.Z.: Eu cred că ține strict de caracterul omului. Eu îmi mențin părerea de egalitate între sexe.

C.V.: eu am șef bărbat la Ambulanță iar aici am femeie. Când am avut o problemă, indiferent de natură, că a fost ședință la copil la școală, doar a trebuit să îi spun. Dacă a avut ceva să îmi reproșeze nu numai profesional, mi-a spus foarte clar.

T.S.: Unii folosesc mai puține cuvinte dar sunt foarte decizi în ceea ce spun.

Ș.T.: Trebuia să fie aici F. să vedeți ce frumos se vorbește la Chirurgie, că și bărbatul ar trebui să aibă și el un pic de respect.

M.C.D.: Eu am avut șefi bărbați deosebiți. Depinde, uite de exemplu doctorul C. pe vremuri acum 30 de ani venea de 1 martie cu un plic mare cu niște cărți mici de vizită și cu mărtișorul capsat și ne invita pe fiecare să îl primim și venea cu papion, de-o eleganță extraordinară. Nu pot să spun același lucru despre șefa pe care o a astăzi.

G.G.: Un șef bărbat este mai bine organizat decât o femeie, ca organizare a muncii bărbatul are prioritate din punctul meu de vedere.

M.C.D.: La noi înaintea șefei care este acum a fost un bărbat șef de secție, doctorul P., iar eu l-am cunoscut când era mai tânăr, eu nu am apucat să lucrez cu el dar colegile mele îl plâng efectiv, s-a căzut de la o extremă la alta, sunt 2 persoane total diferite, șeful care a fost și cel care este.

T.G.C.: În mod normal, nu.

G.C.: Cred că este o oarecare egalitate. Și-au câștigat și femeile dreptul de a putea lua decizii.

• **Dar în ceea ce privește relațiile acestora cu subordonații de sex opus și de același sex?**

G.N.:Da.

T.M.,f,Galați: Șeful colaborează foarte bine cu femeile. Șefa are o relație de colaborare mai bună cu angajații. Există însă și excepții.

B.C.: Un bărbat în funcție de conducere poate intimida o persoană de sex opus.

I.L.: Rar sunt manageri, în general sunt șefi care au nevoie doar de executante, fără a putea să-și aducă contribuția la buna desfășurare a activității.

B.N.: Bărbatul: este mai extrovertit, trăiește și se acomodează la mediu mai ușor decât femeile. Femeia: docilă, conștiincioasă, este introvertită, se raportează mai întâi la propria persoană și apoi acționează.

R.M.: Nu cred că există diferențe, poate doar antipatii și simpatii în relațiile cu subordonații.

M.S.: Depinde de situație și de relațiile dintre subordonați și șef.

M.I.: De cele mai multe ori am întâlnit situația în care șefii bărbați au un comportament diferit față de subalternii femei, plecând din start de la premisa eronată că femeia nu poate îndeplini la fel de bine sarcinile ca un bărbat pentru simplul fapt că „este femeie”.

C.L.: consider că o persoană de același sex aflată la conducere poate înțelege mult mai bine problemele subalternilor.

H.L.: Nu.

P.M.: Da.

I.L.: Bărbații din funcțiile de conducere sunt din păcate subiectivi. Femeile șef reușesc să fie obiective dar nu chiar în orice situație.

B.G.: -

M.M.A.: -

A.N.: Femeile sunt mai umane, dar uneori deciziile lor sunt prea drastice în ceea ce privește bărbatul care a greșit.

B.V.: Da, unii or fi mai deștepți sau mai pregătiți decât alții.

A.D.: Da. Deoarece o persoană de același sex poate înțelege mai bine.

P.I.: Fiind același sex voi fi mai înțeleasă.

O.E.: Da, pot exista dispute între subordonații de același sex dar și de sex opus /mici antipatii personale fără nici o justificare.

C.N.: Dacă bărbatul este șef și subordonatul femeie atunci relațiile nu sunt tocmai bune.

B.F.M.: Da, există, de exemplu ca și medici da, dar la femei poate la asistenți, căci în rest sunt doar femei.

M.F.: În primul rând modul în care te tratează. Femeile cred că sunt apropiate, cred că te înțeleg altfel, au altfel grijă de persoana în cauză.

B.F.M.: Tu ca femeie consideri că ea fiind tot femeie probabil te înțelege pentru că sunteți de același gen sau...

N.T.M.: În general și cu bărbații poți colabora, sunt mulți cu care se poate și sunt niște oameni deosebiți.

G.M.: Cred că bune, ne rugăm să vină la noi un bărbat.

M.F.: Cu un bărbat altfel vorbești, e mai maleabil, mai încearcă să evite conflictele.

D.T.: Fiind bărbat, impune, adică nu poți să îi spui absolut orice, conflicte între colege, nu poți să îi spui de ce m-am certat eu.

B.F.M.: Eu am lucrat, știu și se putea discuta orice. Dacă se întâmpla ceva mă duceam spuneam, încerca să aplaneze situația, conflictul. Acum am șef femeie și e mai rău, diferit.

S.F.: Eu unde lucrez am deopotrivă și femei în funcții de conducere și bărbați, n-aș putea să zic care gen este mai puternic. Șef îmi este un bărbat care într-adevăr colaborăm foarte bine. Asistența șefă este femeie de foarte mult timp dar pe linie ierarhică este bărbat și de mulți ani bărbat a fost tot timpul.

N.T.M.: Nu prea e cazul în unitățile sanitare deoarece de regulă predomină sexul feminin și atunci ca și femeie în funcție de conducere nu ai cum să ai subordonați doar bărbați deoarece lucrează preponderent femei.

M.F.: Eu am avut șef o femeie care era dezastru și acum am bărbat și amândoi sunt OK.

Ș.T.: Da. În general bărbații vin și spun vreau să faceți asta și asta punct și dacă nu ți-ai îndeplinit sarcina mi se pare mai maleabil, dar dacă nu ți-ai îndeplinit în fața unei femei șefe e grav.

Ș.T.: Se comportă rău, ce face la raportul de gardă, foarte rău, și așa avem și noi 3-4 bărbați săracii.

G.G.: Uite să îți dau un exemplu. Eu la ultima ședință, fetele toate sunt martore, toate au început să își spună niște păsurii și care mai de care ridică tonul. Eu ca asistent șef am tăcut, am ascultat și am început să vorbesc cât să mă aud eu pe mine și deodată s-a făcut liniște. Nu întotdeauna o să ai izbândă ca asistent șef zbierând, dar în acești ani de când sunt eu nu se mai țipă pe secție. La noi se

*țipa, la infirmiere țipau asistentele, nu are importanță. Te duci și cauți infirmiera că pacientul acela a venit să aibă liniște. Poate omul este operat și tu te pui în pragul ușii și țipi: Fetelor!*

*L.Z.: Asta ca asta, dar să vezi când te face în fel și chip în fața pacienților în salon. Dar și la noi o să vină șef un bărbat și o să fie și tânăr, mi-am întins eu niște antene.*

*G.C.: Nu.*

*D.A.: Nu contează de ce sex este șeful.*

După cum putem observa, distribuția răspunsurilor este asemănătoare cu cea din cadrul cercetării cantitative, beneficiind însă de informații privind motivele avute în vedere pentru aceste opțiuni. Analiza motivele indică următoarele:

a) persoanele de gen feminin în posturile de conducere

a1). Argumente pro: mai conștiincioase, interacționează mai mult cu femeile, rigiditate, empatică, mai umane, categorice, apropiate,

a2) Argumente contra: sentimentalismul, nu au timp, doar unele sunt perseverente, prea docile, introvertite,

b) persoanele de gen masculin în posturile de conducere:

b1) Argumente pro: pragmatismul, mai potriviți, au mai mult timp, mai capabili, mai impunători, perseverenți, flexibilitate, mai hotărâți, mai atenți, mai organizați, colaborează mai bine cu persoanele de gen opus, extrovertiți,

b2) Argumente contra: abuz de funcție, diferă în funcție de persoană.

d) Explicarea situației: obișnuința/mentalitatea, intervenția politicului.

Având în vedere faptul că este vorba în exclusivitate de subiecți persoane de gen feminin, se remarcă numărul mai mare de trăsături de caracter /aptitudini invocate în sprijinul persoanelor de gen masculin. Putem considera că datele evidențiază o mentalitate ce tinde să prefere bărbații în funcții de conducere, bazată pe experiențele personale.

**• În cursul perioadei dvs. de formare ați întâlnit tratamente diferite pe criterii de gen?/ În cadrul interviului de angajare sau de-a lungul activității ați fost întrebat/întrebată de reprezentanții angajatorului/șeful ierarhic despre următoarele aspecte: orientare sexuală, caracteristici genetice, vârstă, apartenență națională, rasă, culoare, etnie, religie, opțiune politică, origine socială, handicap, situație sau responsabilitate familială, apartenență ori activitate sindicală? Dacă da, enumerați care dintre aspecte au făcut obiectul unor întrebări și descrieți pe scurt contextul!**

*G.N.: Nu am fost interesată.*

*T.M.,f,Galați: Întrebările au fost legate de vârstă și de responsabilitatea familială dar nu au fost folosite drept criterii de angajare.*

*B.C.: Nu am întâmpinat asemenea aspecte.*

*I.L.: Da, apartenența politică și sindicală.*

*B.N.: Da. Am fost întrebată de factori care vizează de disponibilitatea mea fizică și psihică față de noul job; vârsta, antecedente medicale, religie, opțiuni politice, responsabilitate familială.*

*R.M.: Am fost întrebată de ce am ales să fiu membru de sindicat la „Solidaritatea Sanitară”.*

*M.S.: Nu.*

*M.I.: De-a lungul activității mi-au fost adresate întrebări indirecte cu privire la structura familială, momentul în care doresc un copil și întrebări voalate referitoare la o eventuală apartenență politică.*

*C.L.: Nu.*

*H.L.: Vârsta, responsabilitatea familială.*

*P.M.: Nu.*

*I.L.: Singurul aspect despre care am fost întrebată a fost dacă vreau sau nu să lucrez în schimburi - lucru pe care l-am preferat pentru rezolvarea problemelor familiale.*

*B.G.: Nu.*

*B.V.: Vârsta, etnie, religie, handicap, responsabilitate familială, activitate sindicală.*

*A.D.: Nu.*

*P.I.: Nu.*

*O.E.: Nu.*

*C.N.: Originea socială, vârsta, situația familială.*

*B.F.M.: Da, când am dat examenul la concurs, psihologul m-a întrebat dacă iubesc copiii.*

*S8: Eu am făcut de exemplu parte dintr-o comisie de examinare la care unul dintre membri a întrebat pe fiecare în parte câți copii are, dacă are sau dacă are de gând să facă. Din punctul meu de vedere nu ar fi o problemă, dar problema a fost neplăcută pentru o parte pentru că nu înțelegeau rostul întrebării și fiind în sistemul public se face cam așa, e cunoștință de-a lui cutare, nu vine orișicine de pe stradă băi particip la concurs. Și de ce? Pentru că neavând copii, te întreabă ai de gând să faci copii? Câți, unul, doi? Credeau că te angajezi, după 2-3 luni rămâi însărcinată, vei intra în concediu iar timp de 1-2 ani rămâne postul blocat. Astfel încât au fost angajate cele care aveau deja copii. La examenul oral au participat doar cele care au luat peste 7 iar cele care au avut limită, vreo 4-5, pe acelea s-au axat mai mult și a fost aleasă cea care avea 4 copii acasă, nu avea loc de muncă, lucra numai soțul, adică pe criteriile din acestea s-a făcut angajarea.*

*M.A.: Nu, dacă suntem căsătorite sau nu.*

*M.C.D.: Eu m-am angajat mai de curând și nu m-a întrebat nimeni nimic, m-au văzut femeie serioasă.*

*Ș.T.: Dacă ai copil. Nu. Mai stai 1 an și apoi te duci și naști.*

*D.A.: Am fost întrebată ce vârstă am și dacă mai fac copii.*

**• În ce măsură în unitatea dvs. există diferențe între femei și bărbați în ceea ce privește aceste aspecte?**

*M.I.: Da, unele discriminări fiind și de natură pozitivă, de exemplu femeile cu copii mici beneficiază în anumite cazuri de anumite facilități neoficiale din partea șefilor, de la anumiți oameni, etc. Profesional femeia trebuie să muncească mult mai mult pentru a se face remarcată.*

*C.L.: Ocuparea posturilor vacante se face doar cu „pile”. De ce nu avem toți aceleași drepturi chiar dacă din punct de vedere profesional avem întâietate.*

*I.L.: Diferențele apar doar la aspectul salariului diferit și al muncii egale.*

*B.G.: Nu.*

*A.N.: Nu. Nu am văzut acest lucru.*

*B.V.: Da, șeful de secție preferă anumite asistente.*

*P.I.: În unitatea în care lucrez e o secție doar de femei.*

D.A.: Între femei și bărbați nu este diferență, dar între secții este. Secția unde lucrez eu, Sterilizare, este considerată cea mai jos și cele mai proaste angajate. Noi suntem tratate întotdeauna cu un ton mai ridicat, știm cum suntem considerate, dar astea sunt timpurile, astea sunt vremurile.

P.S.: Așa se poate spune și când mă duc eu la un bolnav la spitalul județean, eu venind de la TBC, știți cum se ia TBC, nu numai bolnavul ci și eu sunt o paria, te simți ultimul om. Faptul cum îți vorbește, cum te ține deoparte chiar dacă suntem colege. Asta e o problemă pentru noi dacă mergem în alt spital.

Pe primul loc în privința criteriilor de discriminare se remarcă *responsabilitățile familiale*, acestea fiind indicate în mod direct de 6 dintre respondente. Nu se observă un nivel ridicat de conștientizare a caracterului discriminatoriu al unor astfel de întrebări. Unul din aspectele sesizate, care încalcă principiile egalității de șanse, îl reprezintă corupția la angajare, această făcând imposibilă evaluarea altor criterii de discriminare. Apartenența sindicală a fost și ea indicată în rândul criteriilor de discriminare.

• **Considerați că femeile sunt mai vulnerabile în ceea ce privește riscul de concediere decât bărbații?**

G.N.: Nu.

T.M.,f,Galați: Nu, deoarece femeile se implică mult mai mult decât bărbații la locul de muncă, sunt mai conștiincioase și își tratează atribuțiile cu mult mai multă seriozitate.

B.C.: În funcție de domeniul în care lucrează femeile pot fi mai vulnerabile în ceea ce privește riscul de concediere. În domeniile în care locurile de muncă sunt ocupate preponderent de bărbați.

I.L.: Da, în general mamele care pleacă în concediu de îngrijire a copilului au probleme la reîntoarcere, dacă se mai întorc la locul de muncă.

B.N.: Femeile sunt mai vulnerabile în ceea ce privește concedierea se merge pe concepția „bărbatul capul familiei, întreține familia”.

R.M.: Nu întotdeauna.

M.S.: Femeile sunt mai vulnerabile decât bărbații deoarece sunt considerate mai fragile din punct de vedere fizic și pentru că funcționează discriminarea între sexe.

M.I.: În sistemul sanitar da, mai ales în preajma faptului că procentul femeilor este mult mai mare decât cel al bărbaților din domeniul sanitar.

C.L.: Doar pentru că sunt femei?

H.L.: Nu consider.

P.M.: Da.

I.L.: O femeie devine vulnerabilă când de exemplu alege să devină mamă și să se dedice copilului în defavoarea carierei, pe când un bărbat nu este întotdeauna înzestrat cu calitatea de sacrificiu personal.

B.G.:Da.

M.M.A.: Rolul pe care îl au în creșterea și educarea copiilor, responsabilități mai multe în familie.

A.N.: Nu. O femeie bine instruită și pregătită pe plan profesional nu poate fi vulnerabilă.

B.V.: Da.

A.D.: Nu. Doar în meseriile care necesită sau sunt mai mult pentru bărbați și o femeie nu poate să facă față.

*P.I.: Nu.*

*O.E.: Da. Conceptul învechit și nefundat pe argumente logice precum că o femeie poate fi întreținută financiar de un bărbat.*

*C.N.: Da.*

*Toate: Nu știm.*

*Ș.T.: Cine nu se achită de responsabilități, indiferent de sex, așa mi s-ar părea corect.*

*M.A.: Dacă e vreo una amanta șefului de secție, alta e treaba.*

*E.N.: În anumite cazuri da. Bineînțeles că femeia trebuie să mai aducă pe lume și copilași, perioada aceea în care știe că va sta acasă, în care va avea o lipsă de personal o perioadă, depinde de domeniul în care muncește, nu vorbim numai de domeniul sanitar. Femeia bineînțeles nu stă doar cei 2 ani, având copil apar probleme inevitabile, copil bolnăvior, ai și tu nevoie de un concediu medical, deci femeia este mai legată de copii, responsabilă cu creșterea și mama stă acasă cu copilul când are probleme.*

Există percepția riscului de concediere mai mare în cazul persoanelor de gen feminin. În unele cazuri acesta pare mai curând contextual, fiind mai mare în colectivele în care există mai multe persoane de gen masculin. Responsabilitățile de familie sunt în unele cazuri invocate ca motiv pentru acest risc.

**• În secția în care lucrați, considerați că există comportamente de avantajare a unuia dintre sexe?**

*B.C.: Nu am cunoștință, nu cred că în secția în care lucrez există asemenea comportamente.*

*I.L.: Da, sunt bărbați ca brancardierii iar acestora li se trece cu vederea pentru simplul fapt că au forța de a căra sau că sunt rude cu alte persoane din sistem.*

*B.N.: Nu este cazul.*

*R.M.: În secția în care lucrez nu există bărbați.*

*M.S.: În secția unde lucrez nu sunt bărbați, în schimb sunt avantajate anumite colege care sunt mai slab pregătite, trecându-le cu vederea anumite greșeli în timpul serviciului.*

*M.I.: Da, în anumite situații mai delicate nu se apelează la serviciile mele sau opiniile mele, plecând de la premisa că bărbatul se poate descurca mai bine ca mine.*

*C.L.: Depinde dacă te place șeful poți obține avantaje sau dezavantaje indiferent de sex.*

*H.L.: Da. Avem în secții persoane care sunt avantajate la acordarea orelor dublu plătite, pot avea toate orele duble plătite pe o lună de zile.*

*I.L.: Prin prisma activității din secția în care lucrez nu cred că există atribuții pe care să nu le îndeplinească oricine.*

*C.N.: Da. Medicul șef de secție fiind femeie interacționează mai bine cu femeile, acestea fiind majoritare în secție.*

*D.T.: Avem numai femei, dar dacă este între femeie-femeie da.*

*Ș.T.: Nu, toată lumea la comun.*

Au fost indicate, sporadic, comportamente de avantajare, bazate pe mai multe criterii, dominanta constituind-o mai curând raporturile personale cu șeful ierarhic.

## Venituri suplimentare

- ***Dacă există situații de venituri suplimentare la locul dvs. de muncă, cărei categorii i se potrivesc mai mult:***

*C.L.: Veniturile suplimentare se pot obține prin anumite sporuri care se acordă preferențial.*

*H.L.: Nu știu.*

*P.M.: Nu.*

*I.L.: Nu sexul diferențiază această problemă.*

*A.N.: cei cu studii superioare sunt plătiți mai bine decât cei fără studii. Conduce la existența acelor salarii de merit pe care le luau doar unii colegi.*

*G.G., feminin, Galați: Mai există plăți informale? Nu.*

*Ș.T.: Cine știe care cât ia? Asta e o chestiune care nu se spune. Există pe saloane, pacienții se organizează, se întreabă cât se ia și fiecare își organizează bugetul în funcție de ce are, asistenta să-raca e ultima.*

*L.Z.: Zic și eu, în mod egal. Deși cred că bărbații iau mai mult.*

*M.A.: Adevărul este că înainte mai primeai o pungă de cafea, o ciocolată, acum chiar nu mai e același lucru. Ori că este comportamentul nostru, deși noi ne comportăm normal și e ok pentru pacienți mai ales că nu se țipă, e singurul lucru care nu îl suport, să se țipe.*

*D.A.: Spre exemplu asta ține de calificarea fiecăruia, avem și noi bărbați dar fac partea mai mult pe administrativ și bănuiesc că sunt mai puțin plătiți ca noi.*

Nu sunt indicate venituri suplimentare oficiale aferente locurilor de muncă. În privința plăților suplimentare am remarcat foarte mari rețineri în a discuta această temă. Totuși, chiar acolo unde au fost indicate mai curând incidental, nu se remarcă diferențe de gen.

## Migrație

- ***La locul dvs. de muncă există diferențe de gen în privința intenției de migrare?***

*G.N.: Migrarea este egală, în funcție de necesitate.*

*T.M.,f,Galați: Pe primul loc se află bărbații, femeile au ca și motiv de a rămâne cu copiii.*

*I.L.: Migrația este aceeași, factorul determinant fiind salariul și stresul.*

*B.N.: Da, migrarea/intenția de a migra este mai ridicată la femei pentru că majoritatea personalului sunt femei.*

*R.M.: Nu este cazul. Poate ar exista intenții în favoarea unui salariu mai mare.*

*M.S.: Nu este un loc de muncă cu bărbați și nu migrează nimeni.*

*M.I.: Intenția de migrare este mai mare în rândul femeilor, dar acest fapt se datorează procentului mult mai mare de femei în rândul salariatului. Cauza principală o constituie veniturile extrem de scăzute din sistem.*

*C.L.: Femeile reprezintă Veniturile mici duc la migrarea acestora.*

*H.L.: Intenția de migrare este în rândul femeilor pentru un salariu mai mare.*

*P.M.: În rândul femeilor-salarii mai mari, condiții mai bune de muncă.*

*I.L.: Intenția de migrare ar fi datorată doar aspectelor financiare.*

*B.G.: Salarii mici, alte funcții.*

*A.N.: Atât femeile cât și bărbații luptă pentru un trai mai bun.*



*B.V.: Ambele. Condiții de muncă, salariu.*

*O.E.: În rândul femeilor. Cauze: salarii mici, condiții nesatisfăcătoare din punct de vedere profesional de muncă/datorie, statut social și familial.*

*C.N.: Al femeilor, salarii mici, lipsa personalului-implicit extenuarea, munca depusă fiind foarte mare, ore suplimentare multe.*

*M.F.: Da, au plecat. De peste tot, de la toate secțiile.*

*R.P.: Viața, condițiile de muncă, salariile, respectul, comunică cu cei plecați prin net.*

*D.T.: Spun „dacă vrei să plecați, veniți la mine că se așteaptă asistente”. Spun că asigură tot, mașină, cazare, pentru familie.*

*B.F.M.: Am coleg care a venit în concediu din Anglia și a spus că se lucrează și este o echipă și un tot începând de la îngrijitoare și până la ea ca medic este o echipă, dar într-adevăr nu se mai întoarce.*

*N.T.M.: Și eu am avut colegă plecată și s-a întors și a zis că este bine și acolo dar tot mai bine și mai bine este acasă și muncă multă. Și aici ar fi bine dacă fiecare și-ar vedea strict de pătrățica lui, dar la noi încă funcționează că dacă pot să îi las și lui colega puțin... În orice țară putem să fim civilizați, când venim în România lăsăm mașina pe trecerea de pietoni, bem bere la colțul blocului.. ah, dar în Italia nu se face! Dar de ce? Pentru că acolo iei amenda. Eu încă tind să cred că dacă ne-am vedea fiecare de pătrățica lui și am comunica, dar la noi nu se ține cont efectiv de cine lucrează.*

*C.V.: Din ce am auzit femeile migrează mai mult.*

*Ș.T.: Dacă analizăm și bărbații pleacă foarte mult în construcții.*

*L.Z.: Bărbații în sanitar nu se riscă să plece, ei au stabilitate.*

*G.C.: Din punct de vedere că suntem mai multe femei, cred că femeile.*

*E.N.: Pentru că suntem mai multe femei normal că femeile.*

*P.S.: În general ideea de a pleca este la fel și la bărbați și la femei.*

*G.C.: Cel financiar.*

*T.G.C.: Financiar și apoi pentru copii, să aibă un alt viitor, să aibă altă mentalitate, majoritatea care pleacă, pleacă cu copii pentru că majoritatea care pleacă în timp dacă este bine și se pot integra vor să își aducă și familia.*

*G.C.: Poate și să vrei să lucrezi în altă parte, nu neapărat de bani ci și faptul cum ești tratat. Cumnata mea lucrează în Italia în spital și am văzut cum se vorbește cu tine, numai zic medicul, sunt alte relații, pe când la noi.*

*P.S.: În adâncul sufletului cred că toți tânjim după alte condiții, alți oameni, vream altceva, mergem la muncă și atât. Am o sugestie, mai multe cursuri pentru asistente. Medicii fac simpozioane tot timpul, la asistente foarte puțin, înainte se făceau, eu țin minte de la mama, mai tot timpul plecau asistentele în cursuri de perfecționare. Noi pur și simplu, vorbesc de secția mea, simțim că ne ducem la fund, noi nu facem nimic, ne plafonăm. Ar trebui să existe cursuri cu specific fiecărei secții, să mergem la perfecționare. Pe secția mea, Geriatrie ar trebui să ne învețe cum să ne comportăm cu cei mai în vârstă.*

*E.N.: Și colegile mai în vârstă înainte mergeau și vedeau, poate și acel schimb de experiență care a început să se facă și cu alte țări, e vorba de o altă viziune, cine vine învață și pe restul. Noi în timpul liber nu ne putem permite să mergem, dar așa...Noi la Maternitate avem coleg care acum 10-15 ani se duceau la Maternitate la Iași iar noi ca și neonatologie mereu apar alte aparate și mereu ai ceva de învățat.*

Aprecierea cantitativă conduce la concluzia că intenția de migrație este mai mare în rândul persoanelor de gen feminin, datorită ponderii acestora în totalul salariaților. Majoritatea răspunsurilor conturează variabilele deja explorate în cadrul cercetării cantitative.

## Hărțuirea sexuală

- **Sunteți informat(ă) privind hărțuirea sexuală?**

*B.N.: Nu știu să fi existat această situație.*

*M.I.: Sunt informată doar la nivel scriptic, prin regulamentele aplicate în cadrul unității, dar nu s-a realizat niciodată în perioada de când am fost angajată și până în prezent o prezentare a acestei noțiuni, ședințe, explicații privind drepturile salariaților cu astfel de situații sau ce pot face când se regăsesc într-o asemenea ipostază.*

*I.L.: Suntem informați și chiar sfătuiți să anunțăm situațiile de acest gen în timpul serviciului sau înafara lui.*

*B.G.: Da.*

*M.M.A.: Prin CCM la nivelul unității.*

*O.E.: Da. Prevăzut în regulamentul intern și CCM.*

*C.N.: La nivel de secție nu am fost informare de către șefii direcți. Am cules informații proprii din alte surse.*

*R.P.: Hărțuirea sexuală nu se referă doar la sex, poate fi un caz în care o persoană la locul de muncă poate fi izolată, intimidată, după definiție așa se recunoaște, pentru că noi îl avem în regulamentul de ordine internă și chiar am făcut o prelucrare așa să spun cu colegile.*

*D.T.: Există ca răspundere disciplinară, v-am spus în regulamentul de ordine interioară este stipulat cu definiție. Noi am primit de la RUNOS pe cale ierarhică, toată lumea, de sus în jos toată lumea trebuie să știe de acest lucru.*

*Z.M.,f, Galați: Eu nu îmi amintesc să se fi făcut la noi așa ceva.*

*T.S.: Am citit în regulament sau acele formulare pe care le dăm pacienților să le completeze.*

*M.A.: Primim materiale pe secție și citim, dar considerăm că nu știm cu adevărat ce înseamnă.*

Respondentele indică mai curând aspectul formal pe care-l au informațiile pe această temă, menținându-se în cadrul schițat de cercetarea cantitativă, respectiv al unui deficit semnificativ în domeniu.

- **Cunoașteți semnificația termenului „hărțuire sexuală”?**

*G.N.: Da. Comportament de amenințare, constrângere, intimidare, umilire. Abuzul de funcție.*

*T.M.,f,Galați: Acțiuni agresive fizic sau verbal exercitate asupra unei persoane de către o alta, indiferent de sex și care se întind pe perioadă mai mare de timp, care dă o tenta sexuală.*

*B.C.: Constrângerea, intimidarea unei persoane realizată împotriva altei persoane cu scopul de a obține beneficii de natură sexuală.*

*I.L.: Acordarea de facilități de către conducător contra serviciilor sexuale. Abuz de funcții.*

*B.N.: Da. Crearea unui disconfort voit de către angajator/superior pe temă sexuală în scopul angajatorului/superiorului.*

*R.M.: Hărțuirea sexuală este un abuz întâlnit deseori în raportul de muncă, între șeful ierarhic și subaltern.*

*M.S.: Prin hărțuire sexuală se înțelege agasarea persoanei de gen feminin din cadrul unui serviciu prin a-propos-uri indecente, prin șicane la locul de muncă și stoparea avansării în funcție.*

*M.I.: Da, reprezintă o formă de constrângere, de intimidare, de creare a unei stări de disconfort psihic prin comentarii legate de aspectul fizic al persoanei.*

*C.L.: Hărțuirea sexuală apare când o persoană amenință, umilește sau constrânge o altă persoană. Se poate manifesta prin simple atingeri, mângâieri.*

*H.L.: Hărțuirea sexuală reprezintă comportamentul de amenințare, umilire de către alte persoane.*

*P.M.: Hărțuirea sexuală din partea unui bărbat prin atingerea nepermisă (sărut, atingere), mângâieri fugitive.*

*I.L.: Hărțuirea sexuală se referă la faptul că din diferite motive, mai mult sau mai puțin relevante sunt amenințată (doare verbal încă) cu schimbarea locului de muncă sau chiar cu concedierea.*

*B.G.: Da, agresiv fizic, o amenințare în comportament verbal și fizic.*

*M.M.A.: Atitudine de amenințare, intimidare, constrângere a unei persoane de către alte persoane. Hărțuirea sexuală poate fi verbală, scrisă, fizică, emoțională.*

*A.N.: Constă în amenințări din partea superiorilor, umilire, pot fi de natură verbală, abuz din partea șefilor.*

*B.V.: Da. Când un bărbat/femeie face avansuri sau condiționează angajarea într-o funcție.*

*A.D.: Da. Hărțuirea sexuală este făcută verbal sau fizic. Este făcută fără acordul persoanei. Cea verbală-comentarii indecente. Cea fizică-atingeri, mângâieri.*

*O.E.: Da. Comportamentul de amenințare, constrângere, umilire și intimidare a unei persoane împotriva altei persoane.*

*C.N.: Da. O amenințare, intimidare fizică, verbală sau non-verbală de către o persoană asupra altei persoane.*

*M.F.: Da, de exemplu eu zic că mi s-a întâmplat. Având o problemă medicală am fost să îmi eliberez un medicament foarte scump, în valoare de 9800 lei pe lună și a „trebuie” să accept să fiu chemată, să fiu obligată într-un fel cum ar veni, să întrețin raporturi sexuale cu acel individ, el fiind o persoană foarte puternică în sistemul sanitar.*

*G.G.: Un comportament de natură sexuală.*

*L.Z.: O agresiune, un abuz, poate fi fizic, verbal, non-verbal.*

*C.V.: Un comportament care are loc în mod constant.*

*T.S.: Dacă e o dată acolo mai treci cu vederea, te gândești ce ar vrea să însemne gestul sau expresia aia.*

*E.N.: De obicei sexul feminin să spunem este predispus la hărțuirea sexuală, abuzul sexual.*

*P.S.: Da, poate fi și verbală în momentul în care cel care te hărțuiește folosește cuvinte triviale sau chiar și de la distanță poate sugera anumite propuneri cu care nu ești de acord. Sau pur și simplu atingeri „nevinovate” dar noi știm că nu sunt, noi nu vrem, dar având în vedere că e un șef cu o poziție mai mare parcă nu știi ce să faci și atunci gândindu-te, te duci acasă și te gândești și atingerea aia nu a fost chiar prietenească.*

Generalizând, putem vorbi de o cunoaștere medie a conceptului *hărțuire sexuală*, fiind relativ dese confuziile cu alte tipuri de hărțuire. Trebuie să ținem cont că răspunsurile „au fost contaminate” cu informațiile oferite în cadrul campaniei de informare și conștientizare pe această temă.

- **Cunoașteți cazuri de hărțuire sexuală la locul de muncă? Dacă da, vă rugăm să le prezentați pe scurt, inclusiv în ceea ce privește efectele acestora!**

*I.L.: Nu la locul de muncă. Da - în sistem (începând cu păstrarea locului de muncă).*

*M.I.: Da, cunosc cazuri ale unor colege care au experimentat situațiile descrise la punctul 11 (victimă a hărțurii sexuale). Efectul este crearea unei stări extreme de disconfort psihologic.*

*I.L.: Da, colegile respective au avut și poate încă mai au probleme cu stima de sine.*

*A.N.: Salariatul poate intra în depresie, reticente în discuțiile cu colegii, impact negativ asupra performanței care poate duce la schimbarea locului de muncă.*

*M.A.: Și pacient am avut, dar cică nu era hărțuire sexuală, declarații mai primim de la pacienți căci lucrăm într-o secție de psihiatrie, dar nu se consideră hărțuire.*

*M.C.D.: Nu mai este cazul... și am spus tot. Probabil pentru că s-a schimbat șeful.*

*M.A.: Hărțuirea sexuală înseamnă să faci anumite lucruri pentru promovare, pentru fiecare ce interes o fi având, acolo sunt conflictele serioase, că așa îmi zice o prostituță care nu o iau în seamă, na... alea care sunt insistente și obscene alea sunt hărțuiri sexuale, așa că îmi zice mie unul dintre șefii mei în glumă că ții minte că ți-am luat nu știu ce și ce fericită erai că ți-am cumpărat? Numai spuneți așa că lumea chiar crede. O zice dar nu poți să interpretezi că este hărțuire că na, dar dacă azi mă pipăie, mâine nu știu ce mai zice, poimâine mă înghesuie într-un colț păi aia da. Bine la mine nu mai este cazul că am o vârstă, fetele astea tinere.*

*Ș.T.: Am întâlnit tot felul de situații evident și în general îi apucă năbădăile pe persoanele astea care sunt mai în vârstă și dacă mai este și șef înseamnă că vrea să își pună în evidență anumite calități. Nu știu dacă hărțuire se cheamă dar la blocul de nașteri există o persoană, șefă femeie care te agresează verbal, dacă s-o numi și aia hărțuire.*

*C.V.: Dacă ar fi tot hărțuire atunci și alte fete de pe alte secții ar fi hărțuite înseamnă, verbal.*

*P.S.: N-au declarat, dar s-ar fi bârfit un pic, dar persoana în cauză nu a declarat, dar noi vedeam.*

*G.C.: A plecat din secție după ce a avut o relație cu dumnealui.*

- **Ați fost victima hărțurii sexuale?!**

*G.N.: Da. Am fost hărțuită emoțional.*

*M.I.: Da, prin comentarii complet deplasate referitoare la aspectul fizic, diferite părți ale corpului și prin diverse „glume” cu tentă sexuală complet nepotrivite sau aluzii referitoare la viața mea intimă.*

*I.L.: Personal nu am fost în această situație.*

Număr relativ mare de respondente care au declarat că au cunoștință de astfel de cazuri. Faptul că răspunsurile au alunecat către indicarea unor efecte tinde să susțină afirmațiile. Am constatat un grad de reținere a respondentelor în a vorbi pe această temă, mai ales în cazul întrebărilor ce vizează situații prin care au trecut personal. Credem că trebuie luată în considerare frecvența mi mare în cazul primelor grupe de vârstă.

- ***Ce ați face dacă v-ați afla în situația de a fi hărțuit(ă) la locul de muncă?***

*G.N.: Aș informa conducerea unității, precum și sindicatul din care fac parte.*

*T.M.,f,Galați: Purtarea unei discuții cu hărțuitorul. Aș anunța șeful ierarhic iar dacă acesta ar fi hărțuitorul aș comunica liderului de sindicat și chiar al consulta un avocat.*

*B.C.: Anunț șeful ierarhic despre atitudinea persoanei respective.*

*I.L.: Probabil că aș pleca sau aș cere ajutorul unora abilitați.*

*B.N.: Aș riposta. As anunța superiorii în ordinea ierarhică, m-aș adresa instanței de judecată.*

*R.M.: Aș depune o plângere și aș informa sindicatul al cărui membru sunt.*

*M.S.: Aș riposta.*

*M.I.: Nu am făcut nimic, doar am evitat în măsura în care a fost posibil să nu mai interacționez cu persoana respectivă.*

*H.L.: Cred că am face reclamații.*

*P.M.: Aș reclama autorităților superioare din cadrul instituției.*

*I.L.: Aș anunța șeful ierarhic, aș încerca să am și dovezi și probabil aș merge mai departe cu plângerea penală.*

*B.G.: M-aș adresa la organele competente care sunt în măsură.*

*M.M.A.: Sesizarea angajatorului, sesizarea sindicatului.*

*A.N.: M-aș adresa conducerii spitalului, aș contacta un avocat.*

*B.V.: Aș apela la un avocat.*

*A.D.: Prima dată vorbesc cu persoana în cauză să înceteze. Iau măsuri prin a-l reclama.*

*P.I.: Aș încerca să liniștesc pe cale amiabilă.*

*O.E.: Aș apela la ajutorul sindicatului din care fac parte prin aducerea la cunoștință și solicitarea sprijinului în rezolvarea acestei probleme.*

*C.N.: Aș înștiința sindicatul, organele de conducere. Aș lua atitudine și aș acționa în instanță judecătorească.*

*M.C.D.: Ne-am adresa organelor abilitate, cum ar fi conducerea.*

*Ș.T.: Depinde de natura hărțuirii sexuale în primul rând, bănuiesc, poate el te abordează doar verbal și atunci poți să iei singură măsura, cum ar fi indiferența și să îi zic că nu mă interesează.*

*T.S.: La sindicat și cred că juridic sau șeful secției, în funcție de gravitate.*

*G.C.: Am veni la sindicat.*

*E.N.: Am anunța sindicatul.*

*P.S.: În primul rând i-am spune celui care hărțuiește ceea ce gândesc și că nu sunt de acord cu ce se întâmplă și apoi dacă lucrurile devin amenințătoare aș merge la autorități, în primul rând la poliție și la șeful ierarhic.*

*T.G.C.: Ierarhic...dacă există o legătură între cei doi? Adică să fie cuvântul tău împotriva celui cu care are șeful o legătură... De exemplu, nu puteam să mă duc la X-uileasca pentru că era soția celui care a hărțuit să zicem... Ce puteam să fac în cazul acesta decât să tac, să mă fac că nu îl aud, așa probabil e felul lui, la cine o fi prins o fi prins, dar la mine nu. Nu aveam ce să fac decât să zâmbesc, soția dânsului îmi era șefă.*

*G.C.: Managerului. Dar știi cum e, cuvântul tău împotriva cuvântului lui.*

Majoritatea respondenților au indicat răspunsuri identice cu variantele oferite în cercetarea cantitativă. Încercarea de a rezolva personal situația este relativ frecventă, fiind indicate câteva soluții practice în acest sens. Nu se remarcă existența unor practici cunoscute de rezolvarea a acestor situație și nici a măsurilor de prevenire a lor.

• ***Ce instituții considerați că au responsabilități de cercetare și sancționare a cazurilor de hărțuire sexuală?***

*G.N.: Organele competente pentru soluționare și aș informa și sindicatul.*

*T.M.,f,Galați: Șef ierarhic, sindicat, avocat.*

*B.C.: Șeful de secție și apoi liderul de sindicat. Avocat.*

*I.L.: Sindicatului, Ministerului Muncii, Ministerului Sănătății.*

*B.N.: În ordinea ierarhică de la sindicat la instanța de judecată.*

*R.M.: Aș informa ITM-ul, sindicatul și apoi aș merge la instituții.*

*M.S.: Aș informa ITM-ul, sindicatul, conducerea unității.*

*M.I.: La nivel teoretic la CNCD, la organizația sindicală din care fac parte. La nivel practic, este puternic înrădăcinată la nivelul subconștientului teama privind pierderea locului de muncă etc. astfel că aceste situații sunt făcute publice.*

*C.L.: Aș apela la liderul de sindicat, șef ierarhic sau chiar instanță.*

*H.L.: ANES, CNCD, ITM.*

*P.M.: Poliție.*

*I.L.: M-aș sfătui cu cineva care știe mai bine pașii de urmat.*

*B.G.: La organele competente.*

*M.M.A.: ONG-uri care au ca subiect de activitate „hărțuirea sexuală”.*

*A.N.: M-aș adresa sindicatului care mă reprezintă și aș contacta un avocat.*

*B.V.: Avocat.*

*A.D.: Șef secție, sindicat, manager unitate, poliție.*

*P.I.: Șef secție.*

*O.E.: Sindicatul. Organismul profesional.*

*C.N.: Sindicatul în primul rând și apoi angajatorul.*

*M.F.: Am și apelat la Ministerul Sănătății, Poliția nu face nimic, în ziua de azi dacă vrei să îți faci dreptate asta ți-o faci tu. Eu am intrat într-o situație de neconceput și până la urmă a trebuit să las adevărul să iasă la iveală și în momentul în care m-am dus la minister s-a rezolvat imediat.*

*R.P.: La Poliție, sindicat.*

*G.M.: Eu mă duc la sindicat prima dată.*

Pe primul loc în ordinea preferințelor se situează *sindicatul*, fără a fi oferite detalii pe această temă. Nu se evidențiază cunoașterea instituțiilor responsabile, dar utilizarea căilor curente pentru reclamații ar putea constitui o soluție.

## Concluziile cercetării privind segregarea de gen și hărțuirea sexuală

Analiza datelor indică o discretă diferență (indicată de cca. 18% dintre respondente) între persoanele de gen feminin și cele de gen masculin în alocarea sarcinilor de serviciu, primei categorii alocându-i-se mai curând sarcini dificile și cele care presupun muncă intelectuală, în timp ce a doua categoria are parte mai des de sarcini fizice și, într-o mai mică măsură, de sarcini intelectuale. Egalitatea se constată doar în privința nivelului de salarizare, însă dominantă evidentă o constituie faptul că nici una dintre cele două categorii nu are un nivel ridicat de salarizare (o egalizare „în jos”). Persoanele de gen feminin indică posibilități de promovare și de instruire mai mari decât cele de gen masculin. Dacă interpretăm implicit faptul că programul rigid de muncă nu corespunde nici uneia dintre categorii atunci putem presupune existența unui program flexibil de muncă în cca. 28% dintre cazuri.

Se remarcă o discretă corelație directă între nivelul de studii și indicarea existenței stereotipurilor de gen, fapt care ar putea sugera o capacitate mai mare de a le sesiza sau reducerea toleranței față de astfel de situații odată cu creșterea nivelului de studii.

### ***Tendința de migrație***

Pentru a evalua nivelul presiunii de la locul de muncă, luând în considerare că segregarea, însoțită de discriminare, poate face parte din cauzele migrației (intrând în factorii de tip *push*), am investigat și tendința de migrație a acestei categorii de personal. Perspectiva de ansamblu indică o intenție de migrație estimată la cca. 66% din cazuri, ea având o incidență mai mare în cazul persoanelor de gen feminin. Dacă avem în vedere negarea intenției de plecare, estimarea intenției de migrație înregistrează un nivel chiar mai ridicat, doar cca. 20% dintre respondente considerând că nu este cazul.

Nu am constatat diferențe majore între persoanele de gen feminin și cele de gen masculin în privința cauzelor migrației, respondenții indicând că acestea determină în majoritatea cazurilor în mod egal plecările. Diferențele sunt semnalate în cca. 25% dintre cazuri. În acest sens, reținem următoarele:

- a) Pe primele locuri ale ierarhiei cauzelor care determină mai mult persoanele de gen feminin să plece:
  - Salariile mai mari din străinătate
  - Nemulțumirea față de veniturile actuale
  - Nevoile legate de întreținerea familiei
  - Dorința de realizare profesională
- b) Pe primele locuri ale ierarhiei cauzelor inaplicabile:
  - Urmarea soțului/soției plecat/e;
  - Statutul social mai ridicat în statele de destinație și nivelul de civilizație mai ridicat;
  - Dorința de realizarea profesională (probabil este vorba de persoane aflate la sfârșitul carierei profesionale);
- c) În cazul persoanelor de gen masculin se observă o incidență mai mare în cazul următoarele cazuri:

- Nevoile legate de întreținerea familiei;
- Dorința de realizare profesională.

### **Hărțuirea sexuală**

Cca. 6% dintre respondente au fost victima hărțuirii sexuale. Ținând cont de gravitatea fenomenului procentul este unul semnificativ. Doar cca. 71% dintre respondenți au indicat faptul că au fost informate (la locul de muncă/de către angajator) privind hărțuirea sexuală. Însă, întrebările de control privind nivelul de informare al respondentelor pe tema hărțuirii sexuale evidențiază că doar cca. 42% dintre ele afirmă informarea clară privind interzicerea hărțuirii; de reținut este și faptul că doar în 36% dintre cazuri este indicată existența unor sancțiuni disciplinare în Regulamentul unității pentru hărțuirea la locul de muncă. Dat fiind nivelul redus de informare nu ne putem pronunța în mod obiectiv privința existenței sau absenței acestor prevederi. Însă, nivelul de informare constituie un indiciu suficient privind nivelul redus de îndeplinire a acestor obligații legale.

Am constatat un nivel relativ redus de informare/cunoaștere a procedurilor. *Plângerea către conducerea unității* este prima în ierarhia măsurilor la care ar apela respondentele dacă s-ar afla într-o situație de discriminare, fiind indicată de cca. 60% dintre ele. Este urmată de o mențiune cu caracter general, respectiv adresarea la o instituție de specialitate (58%). Adresabilitatea sindicatului este situată la nivelul de cca. 40%. Încercările de rezolvare prin dialog a situațiilor sunt indicate de cca. 37% dintre respondente, iar apelul la instanța de judecată de cca. 31% dintre respondente.

### **Diferențe de tratament**

Indicarea diferențelor de tratament corelează pozitiv cu nivelul de studii (direct proporțional), probabil datorită creșterii nivelului de conștientizare a acesteia proporțional cu nivelul de pregătire. Dat fiind ponderea mare a respondenților (din prima cercetare) care au indicat existența discriminărilor salariale considerăm ca aceasta fiind cauza cu probabilitatea cea mai mare.

Analiza comparativă indică o discretă corelație (direct proporțională) între bifarea ocupării funcțiilor de conducere de către persoanele de gen masculin și nivelul de studii, locul ocupat în ierarhia profesională (foarte vizibilă în cazul medicilor), nivelul de venituri. Se înregistrează o distribuție egală pe cele două genuri (raportat la numărul total al fiecărui gen) a răspunsurilor la cele trei variante. Respondenții care lucrează în *chirurgie* au cel mai ridicat procent (raportat la numărul lor total) al răspunsurilor pentru varianta *mai mulți bărbați*, fapt care confirmă ipoteza masculinizării acestor locuri de muncă.

Evaluarea impactului negativ al ocupării funcțiilor de conducere de către cele două genuri evidențiază percepția respondenților privind primele trei domenii care ar suferi un astfel de impact, respectiv *crearea unor situații conflictuale*, *dificultățile în organizarea muncii* și, cea mai importantă, *scăderea calității serviciilor medicale oferite*.

### **Segregarea de gen**

Segregarea bazată pe gen este semnalată de cca. 22% dintre respondenți. Analiza corelațiilor indică relația direct proporțională între nivelul de studii, vârstă, locul ocupat în ierarhia profesională, venituri și segregarea bazată pe gen. Având în vedere faptul că este vor-



ba de un sector feminizat, considerăm că nivelul redus al percepției segregării ar putea fi determinat de asocierea acesteia cu discriminarea, fapt confirmat parțial de răspunsurile următoare, care înregistrează procente destul de apropiate. Un procent relativ apropiat (26%) este înregistrat și de tratamentele diferite pe criterii de gen în cursul perioadei de formare. Corelează cu o incidență mai crescută în cazul grupei de vârstă 15-20 de ani.

Raportarea la ponderea salariaților pe gen în sectorul sanitar din regiune ne indică faptul că bărbații ocupă funcții de conducere la nivelul dublului procentului pe care-l reprezintă din totalul salariaților. Având însă în vedere faptul că o bună parte din funcțiile de conducere sunt reprezentate de șeful de secție, raportarea pentru acestea nu trebuie făcută la întregul personal, ci la medici, aceștia fiind singurii care pot ocupa astfel de funcții. Din totalul medicilor, 70% sunt de gen feminin. În acest context datele nu sunt concludente. Ținând cont de faptul că funcțiile de șef de secție și de asistentă șefă sunt distribuite în mod egal, dacă vom considera că toate funcțiile de asistentă șefă sunt ocupate de persoane de gen feminin atunci am putea vorbi în mod întemeiat de prevalența bărbaților pe funcțiile de conducere (raportat la procentul lor din totalul salariaților), ceea ce ar deschide posibilitatea discuțiilor privind egalitatea de șanse.

Din perspectiva corelațiilor, medicii, indiferent de nivelul profesional, persoanele de gen masculin, secțiile de chirurgie, compartimentele administrative indică într-un procent semnificativ mai mare faptul că au un șef o persoană de gen masculin. Nu se înregistrează diferențe semnificative în funcție de tipul de unitate, modul de proprietate, etnie sau alte variabile. Se remarcă un procent mai mare al medicilor și al persoanelor de gen masculin, care consideră că profesia lor este mai potrivită persoanelor de gen masculin; persoanele care au calificarea infirmieră, cele care lucrează în medicina generală au indicat profesia lor ca fiind potrivită persoanelor de gen feminin. Se înregistrează o variație semnificativă în funcție de tipul general de activitate.

Dacă ne raportăm la ipoteza unei egale distribuirii pe gen a locurilor de muncă putem constata următoarele:

a) Înregistrează **valorile cele mai mari din perspectiva absenței diferențelor** următoarele variabile:

- *Cunoștințele de specialitate (cca. 60%);*
- *Lucrul în echipă (cca. 49%);*
- *Devotamentul față de profesie (cca. 78%);*
- *Referințele personale (cca. 48%);*
- *Moralitatea și etica profesională (47%);*
- *Experiența profesională (cca. 46%).*

b) Înregistrează **valorile cele mai mari din perspectiva prezenței diferențelor** următoarele variabile:

b1) În funcție de valoarea cumulată a tuturor aspectelor care indică existența diferențelor:

- o *Atenția la detalii (cca. 69%);*
- o *Rezistența la stres (cca. 67%);*

- *Stăpânirea de sine (cca. 63%);*
  - *Asumarea riscurilor (cca. 61%)*
  - *Abilitățile de comunicare (cca. 60%)*
- b2) În funcție de valorile *Foarte mare și mare*:
- *Atenția la detalii*
  - *Rezistența la stres*
  - *Asumarea riscurilor*
  - *Responsabilitatea*
  - *Stăpânirea de sine*

Considerăm că aceste rezultate trebuie interpretate în sensul unei cercetări exploratorii având drept obiectiv identificarea diferențelor firești între cele două genuri, respectiva a celor care reflectă o mentalitate inadecvată raportat la principiul egalității de șanse.

Un procent semnificativ al respondenților (cca. 26%) consideră că femeile sunt mai expuse riscului de concediere decât bărbații; salarialele din domeniul *Support medical* se simt mai amenințate decât restul respondenților. Deoarece nu am investigat în cursul cercetărilor existența unor dovezi pe această temă, precizăm că este vorba de percepția salariaților.

Ținând cont de ponderea persoanelor de gen feminin, putem constata faptul că femeile sunt mai dezavantajate decât bărbații la toate criteriile menționate, pe primele locuri situându-se *ironizarea (27,3%)*, *îngrădirea posibilităților de exprimare (26,8%)* și *nerecunoașterea meritelor profesionale (26,5%)*. Două întrebări de control indică necesitatea abordării cu prudență a răspunsurilor:

- Lucrul în condiții ce reprezintă un pericol pentru sănătate cunosc de fapt o distribuție proporțională cu cea de gen. Răspunsurile tind să indice faptul că trebuie să luăm în considerare influența percepției subiective asupra răspunsurilor ce vizează distribuția pe categorii de gen.
- Persoanele de gen feminin sunt mai avantajate în situațiile de malpraxis.

### ***Stereotipurile de gen***

Existența stereotipurilor bazate pe gen constituie o problemă, fiind sesizată de 23% dintre respondenți. Procentul semnificativ al persoanelor care au răspuns „Nu știu” poate fi generat de neînțelegerea semnificației termenului *stereotip*. Se remarcă o discretă corelație directă între nivelul de studii și indicarea existenței stereotipurilor de gen, fapt care ar putea sugera o capacitate mai mare de a le sesiza sau o toleranță mai redusă odată cu creșterea nivelului de studii. Situația este identică în cazul veniturilor familiei. De asemenea, corelațiile indică un nivel discret mai redus al indicării existenței stereotipurilor la grupa de vârstă 45-54 de ani. Interesant este faptul că persoanele de gen masculin o indică existența sau absența stereotipurilor într-o pondere egală cu cele de gen feminin.

Putem vorbi în mod cert de existența unor stereotipuri de gen în mentalitatea lucrătorilor din sănătate, aceasta evidențiindu-se și în cazul estimărilor de gen privind unele posturi din sistem. Astfel, din perspectiva posturilor mai potrivite pentru persoanele de gen feminin, raportat la specialitățile indicate, se remarcă:

- *Pediatria (cca. 54%)*

- Geriatria (cca. 46%)
- Ginecologia (cca. 39%)
- Medicina paliativă (cca. 37%)
- Endocrinologia (cca. 34%)

Din perspectiva posturilor cu cel mai mare nivel al distribuției egale pe criteriile de gen se remarcă următoarele specializări:

- ORL-ul (cca. 80%)
- Gastroenterologia (76%)
- Medicina generală (cca. 76%)
- Bolile infecțioase (cca. 76%)
- Neurologia (cca. 75%)
- Oftalmologia (cca. 75%)

Din perspectiva specializărilor pentru care respondentele consideră că persoanele de gen masculin sunt mai potrivite se remarcă:

- Chirurgia (52%), aceasta tinzând să fie o specializare în care persoanele de gen masculin sunt majoritare;
- Medicina fizică și reabilitare (cca. 28%)
- Psihiatria (cca. 25%)
- Urologia (cca. 23%)

Data fiind distribuția persoanelor de gen feminin în totalul numărului de salariați probabilitatea ca respondenții să fi asociază specializările cu medicii care ocupă aceste specializări este ridicată, tinzând să reflecte distribuția la nivelul acestei categorii profesionale.

Din perspectiva posturilor mai potrivite pentru persoanele de gen feminin, raportat la categoriile de personal din sistemul sanitar, se remarcă:

- Moașă (84%)
- Asistentă medicală (cca. 67%)
- Registrator (cca. 62%)
- Puericultor (cca. 59%)
- Asistent social (57%)
- Psiholog (cca. 56%)
- Farmacist (cca. 55%)

Locurile de muncă apreciate ca fiind specifice bărbaților sunt următoarele:

- Ambulanțier (cca. 87%)
- Brancardier (77,5%)
- Gipsar și autopsier (cca. 75%).

În privința posturilor cu o distribuție egală pe criteriile de gen pot fi observate:

- Medicii (cca. 66%)
- Dentiștii (cca. 57%)
- Șefii de secție (cca. 49%)
- Directorii (42,5%)
- Tehnicienii dentari (42,5%)

- Cercetătorii științifici (cca. 41%)
- Personalul auxiliar (cca. 41%)

### ***Locurile de muncă multiple***

Chiar dacă asumarea mai multor locuri de muncă de către un salariat/o salariată face parte în primul rând din strategia de supraviețuire în contextul unor venituri insuficiente, și această situație necesită investigare din perspectiva segregării de gen.

Cea mai semnificativă informație o constituie indicarea de către 50% din respondenți a faptului că angajații din sănătate își desfășoară activitatea și la un alt loc de muncă, situație care are ca efect o reducere semnificativă a timpului liber. Ponderând informația atât cu procentul răspunsurilor privitoare la veniturile suplimentare cât și cu datele din cercetarea anterioară, estimăm la cca. 40% procentul salariaților care își desfășoară activitatea și la un alt loc de muncă s-au și-au desfășurat-o anterior. Dacă luăm în considerare atât distribuția pe genuri cât și faptul că persoanele de gen feminin sunt mai ocupate cu activitățile casnice decât cele de gen masculin, este evident că în cazul primei categorii impactul este cu atât mai mare. Deși procentul persoanelor de gen feminin care lucrează și la un alt loc de muncă este de cca. 4 ori mai mare decât al celor de gen masculin, realizarea veniturilor suplimentare este înregistrată doar un raport de cca. 1,5/1. Se constată indicarea unei diferențe de gen în privința condiționării actului medical. O evaluare implicită a plăților informale arată faptul că acestea au fost indicate de cca. 13% dintre respondente.

Distribuția pe gen a respondenților care indică faptul că lucrează și la un alt loc de muncă este relativ egală. Dată fiind ponderea persoanelor de gen feminin în total personalului, este evident că în cifre absolute această categorie de personal este cea mai afectată de reducerea timpului liber. Problema este accentuată suplimentar de încărcarea suplimentară cu sarcini de familie.

În privința distribuției pe categorii de personal a locurilor de muncă multiple ea se situează la cel mai mare nivel în cazul medicilor (60,4%) urmați de asistentele medicale (49,5%), aceasta scăzând direct proporțional cu locul ocupat în ierarhie, respectiv cu nivelul de pregătire profesională.

Principală motivație a lucrului în mai multe unități pare să-o constituie dorința de creștere a veniturilor. Din această perspectivă se remarcă două categorii de salariați:

- Salariații cu venituri până în 200 euro, cu un procent foarte redus al celor care au mai multe locuri de muncă (63% nu au un alt loc de muncă). Ponderea de gen este uniform distribuită; procentul cel mai mare de persoane care au trei copii (62,5%), însă ele reprezintă doar 4% din total. În 34% dintre cazuri este unicul venit al familiei. Tabloul sugerează un nivel semnificativ al persoanelor care fie sunt resemnate cu un venit mic fie nu au alte oportunități. Nivelul veniturilor sugerează faptul că este vorba de sărăcie salarială.
- 62% dintre persoanele care au un venit peste 1400 euro nu au un alt loc de muncă. Acesta ar putea fi un nivel de referință al satisfacției salariale.

Persoanele divorțate sau văduve tind să asume într-o pondere mai mare locuri de muncă suplimentare decât cele căsătorite.

## **Conclusions of the research on gender segregation and sexual harassment**

Data analysis indicates a delicate difference (indicated by approx. 18% of the female respondents) between women and men when it comes to appointing job tasks, to the first category generally being appointed rather difficult tasks and tasks implying brainwork, whilst to the second category there are appointed mainly manual labour and less brainwork. Equality is found only at the wage level, yet the obvious dominant is neither category has a high wage level (“downwards” equalization). Female employees indicate greater accession and training opportunities than male employees. If we tacitly construe that a rigid work schedule does not match any of the said categories, then we can imply the presence of a flexible work schedule in 28% situations.

There is a discrete correlation between the instruction level and the presence of the gender stereotypes, which might suggest a higher perception ability or the tolerance reduction towards these situations simultaneously with the raise of the instruction level.

### ***Migration tendency***

In order to assess the pressure levels at the workplace, taking into account that segregation accompanied by discrimination, may be one reason for migration (classified as *push* factor), we have also investigated the migration tendency of this personnel category. The overall perspective indicates a migration intention estimated for approx. 66% of the situations, with a higher incidence at the female employees. If we consider the denial of the leaving intention, the estimation of the migration intention is even higher, only 20% of the respondents saying it is not applicable.

We did not find major differences between men and women as to the migration reasons, the respondents indicating that mostly the same reasons cause the migration to take place. Differences are present in approx. 25% of the situations. To that effect, we learn the following:

- d) On the first places of the hierarchy of reasons determining mostly the female employees to migrate:
  - Higher wages abroad
  - Dissatisfaction towards current incomes
  - Needs pertaining to the economic support of the family
  - Desire of professional achievements
- e) First places of the hierarchy of inapplicable reasons:
  - Following the husband/wife already left;
  - Higher social status and higher civilisation level in the destination countries;

- Desire of professional achievements (probably we are talking persons near to the end of the professional career);
- f) As for the male respondents, there is a greater incidence in the following situations:
- Needs pertaining to the economic support of the family
  - Desire of professional achievements.

### ***Sexual harassment***

Approx. 6% out of the female respondents were victims of sexual harassment. Considering the gravity of the phenomenon, this percentage is appreciable. Only approx. 71% of the respondents indicated they were informed (at the workplace / by the employer) on sexual harassment. Yet, the control questions concerning the information level of the female respondents on the sexual harassment topic shows that only approx. 42% of them allege clear information on prohibition of sexual harassment; also retainable is that in only 36% cases there was indicated the provision of disciplinary sanctions in the unit's Internal Regulations against harassment at the workplace. Given this limited information level, we are objectively reserved in respect of the presence or the lack of these provisions. Yet, the information level represents a sufficient hint concerning the low degree of fulfilment of the said legal obligations.

We observed a commonly low extent of procedure information / cognizance. The *complaint dispatched to the organization's management* comes first in the hierarchy of the actions the female respondents would take if they were standing in a discriminatory situation, being indicated by approx. 60% of them. It is followed by a general mention, i.e. reference to a specialized institution (58%). The union addressability is located somewhere around 40%. Attempts to resolve by dialogue the encountered situations are indicated by approx. 37% of the female respondents, and turn to the court of law by approx. 31% of the female respondents.

### ***Treatment differences***

Indication of treatment differences is positively correlated with the instruction level (in direct ratio), probably due to the increase of the awareness level proportionally to the instruction level. Given the great weight of the respondents (from the first research) indicating the presence of wage discrimination, we think this is the most probable cause to it.

The comparative analysis indicates a discreet correlation (in direct ratio) between taking up management positions by male employees and the instruction level, the place taken within the professional hierarchy (very visible at MDs), income level. There is an equal distribution between the two genders (related with the total number in every gender) of the answer to the three variants. Respondents working in *surgery* have the greatest percentage (related with the total number thereof) of answers for the variant *more men*, confirming thus the assumption of the masculinization of those jobs.

Assessment of the negative impact of taking up management positions by the two genders emphasises the respondents' perception on the first three domains that would suffer from such an impact, respectively *building conflictual situations*, *difficulties in job management* and, the most important, *quality decrease in terms of the provided healthcare services*.

### **Gender segregation**

Gender-based segregation is reported by approx. 22% of the respondents. Correlation assessment indicate the direct ratio between the instruction level, age, place held in the professional hierarchy, incomes and gender-based segregation. Taking into account this is a highly feminized sector, we think that a reduced perception of segregation could be caused by its association with discrimination, fact that is partially confirmed by the following answers listing quite close percentages. A relatively proximal percentage (26%) is listed by different treatment based on gender criteria during the training period. It correlates with a higher incidence in the 15-20 years old age group.

Reference to the share of employees based on gender in the regional healthcare sector indicates that the percentage of men holding management positions is double as to the share they have out of the total no. of employees. Yet, taking into account that a great deal of the management positions are represented by the head of department, this reference should not be made to all personnel, but only to MDs, as only them can hold such positions. From the total number of MDs, 70% are female. Within the context, the data is irrelevant. Taking into account that head of department and head nurse positions are evenly distributed, if we find that all head nurse positions are being held by females, we could speak in a relevant manner about the prevalence of men in the management positions (referenced to their percentage out of the total number of employees), opening thus the possibility of arguments on equality of opportunity.

From the correlation perspective, MD, irrespective of their professional level, males, surgery wards, administrative departments indicate a more significant percentage of a male taking up a management position. There are no relevant differences based on the unit type, ownership type, ethnicity or other variables. There is noticed a greater percentage of MDs and of male considering that their profession is more fit to males; ward maids, employees working in general care indicated their profession to be more fit for females. There is a significant variation according to the general activity type.

If we reference the assumption of an even gender-based distribution of jobs, we can find the following:

a) **From the perspective of lack of differences** the following variables record **the highest values**:

- *Specialty knowledge (approx. 60%);*

- *Team work (approx. 49%);*
- *Loyalty to profession (approx. 78%);*
- *Personal references (approx. 48%);*
- *Professional ethics and morality (approx.47%);*
- *Professional experience (approx. 46%).*

b) **From the perspective of presence of differences** the following variables record **the highest values**:

b1) According to the accrued value of all aspects indicating the presence of differences:

- *Attention to details (approx. 69%);*
- *Resistance to stress (approx. 67%);*
- *Self-control (approx. 63%);*
- *Risk assumption (approx. 61%)*
- *Communication abilities (approx. 60%)*

b2) According to the values *Very high* and *High*:

- *Attention to details*
- *Resistance to stress*
- *Risk assumption*
- *Responsibility*
- *Self-control*

We think these results should be construed in the sense of an exploratory research aiming at the identification of natural differences between the two genders, respectively at those reflecting an inadequate mentality with respect to the equality of opportunity principle.

A significant percentage of the respondents (approx. 26%) think that women are more exposed to the dismissal risk than men; the female employees from the *Medical support* department are feeling more threatened than the rest of the respondents. As we did not investigate during our research the presence of any evidence on this topic, we mention that it's about the employees' perception.

Taking into account the share of the female employees, we find that women are more at a disadvantaged than men with respect to all the mentioned criteria, the first places being held by *irony* (27,3%), *restraining expression possibilities* (26,8%) and *disavowal of professional merits* (26,5%). Two control questions indicate the need for a prudent approach of answers:

- Working in conditions posing a risk to health actually faces a proportional distribution in terms of gender. The answers trend to indicate that we should consider the influence of the subjective perception on the answers regarding the distribution on gender categories.
- Females are more favoured in malpraxis situations.



### ***Gender stereotypes***

The presence of gender-based stereotypes represents a problem, being notified by 23% out of the respondents. The significant percentage of the persons who answered “I don’t know” may be generated by the lack of understanding of the term *stereotype*. There is a discrete direct correlation between the instruction level and the indication of the gender-based stereotype presence, fact that would suggest a higher ability to notice or a reduced tolerance simultaneously with an increase of the instruction level. The same situation can be found in the family income case. Also, correlations indicate a discrete lower level in noticing the presence of stereotypes for the 45-54 age group. It seems interesting that both males and females indicate the presence or the absence of stereotypes in equal shares.

We can certainly speak about the presence of certain gender stereotypes in the mentality of the healthcare labourers, this being also emphasized in case of gender estimation concerning certain position in the system. So, from the perspective of positions that are more fit for female employees, with respect to the indicated specialties, it distinguishes by:

- Paediatrics (approx. 54%)
- Geriatrics (approx. 46%)
- Gynaecology (approx. 39%)
- Palliative medicine (approx. 37%)
- Endocrinology (approx. 34%)

From the perspective of the positions with the highest degree of evenly distribution on gender basis, the following specialties are distinguished:

- ORL (approx. 80%)
- Gastroenterology (76%)
- General medicine (approx. 76%)
- Infectious diseases (approx. 76%)
- Neurology (approx. 75%)
- Ophthalmology (approx. 75%)

From the perspective of the specialties for which the female respondent think male employees are best fit we distinguish:

- Surgery (52%), this trends to be a specialty where male employees are in majority;
- Physical medicine and recovery (approx. 28%)
- Psychiatry (approx. 25%)
- Urology (approx. 23%)

Given the distribution of the female employees in the total number of employees, there is a high probability that respondents might have associated the specialties with the

MDs engaged in the same specialties, trending to reflect the distribution at this professional category's level.

From the perspective of the positions for which female employees are best fit, with respect to the personnel categories from the healthcare system, we distinguish::

- Maternity nurse (84%)
- Nurse (approx. 67%)
- Record keeper (approx. 62%)
- Infant care nurse (approx. 59%)
- Social worker (57%)
- Psychologist (approx. 56%)
- Pharmacist (approx. 55%)

The following jobs are deemed specific to men:

- Ambulance driver (approx. 87%)
- Stretcher-bearer (77,5%)
- Orthopaedic nurse and anatomist (approx. 75%).

As for the positions having an even gender-based distribution we can notice:

- Medical doctors (approx. 66%)
- Dentists (approx. 57%)
- Heads of departments (approx. 49%)
- Managers (42,5%)
- Dental prosthetist (42,5%)
- Scientific explorers (approx. 41%)
- Ancillary personnel (approx. 41%)

### ***Multiple jobs***

Even if taking up multiple jobs by a single employee is, first of all, part of a survival strategy in respect of insufficient incomes, this situation also requires an investigation from the gender segregation perspective.

The most important information is represented by the indication from 50% of the respondents that healthcare employees also have a second job, this having as main effect a significant decrease of the free time. Weighing the information both with the percentage of the answers on the extra incomes and with the data from the previous researches, we are able to estimate that 40% of the employees have or had a second job. If we take into account both the gender based distribution and the fact that female persons are more involved in the household activities than the male persons are, it is obvious that the impact is greater for the first category. Although the percentage of female employees having a second job is around 4 times smaller than of male, the extra income only records a ratio of 1,5/1. There is indicated a gender difference concerning the medical activity cross-conditionality.

An implicit evaluation of the informal payments shows that they have been indicated by approx. 13% of the female respondents.

The gender-based distribution of the respondents having a secondary job is almost even. Given the share of female employees within the total number of employees, it is obvious that in absolute figures this category of personnel seems the most disadvantaged by the decrease of the free time. This issue is exacerbated with the additional load with family tasks.

As for the distribution of multiple jobs on personnel categories, we have the highest level for MDs (60,4%), followed by the nurses (49,5%), decreasing in direct ratio with the position held in the hierarchy, respectively with the professional training level.

The main reason for working in multiple places seems to be the desire to increment incomes. From this perspective, we can distinguish two categories of employees:

- Employees having incomes up to EUR 200, with a very low percentage of those who have multiple jobs (63% do not have a second job). The gender share is evenly distributed; the highest percentage is of the employees who have three children (62,5%), but they represent only 4% of the total. In 34% situations, it is the only income of the family. The picture suggests a significant level of the persons that are either reconciled with a small income or do not have other opportunities. The income level suggests that in fact we are dealing with a wage paucity.
- 62% of the persons with incomes above EUR 1400 do not have a second job. This could be a reference level for wage satisfaction.

Divorced or widowed trend to get additional jobs rather than the married persons.

## Concluzii generale

### *Segregarea pe orizontală*

Cercetarea indică în mod clar existența segregării pe orizontală, sectorul sanitar din regiunea studiată având caracteristici asemănătoare celui național. În principiu, două profesii generează ponderea cea mai mare a femeilor: asistentele medicale și infirmierele.

### *Segregarea pe verticală*

Având în vedere instrumentele de cercetare folosite, datele sunt relativ neconcludente în privința existenței segregării pe verticală. Totuși, chiar dacă ele nu pot oferi o evaluare obiectivă, sunt suficiente pentru a evalua mentalitățile din această perspectivă.

Putem vorbi doar în mică măsură de existența unui „plafon de sticlă” în privința avansării persoanelor de gen feminin pe scară ierarhică.

Putem vorbi de o distribuție mai mare a persoanelor de gen masculin pe funcțiile de conducere din unitățile sanitare, raportat la procentul pe care-l dețin în totalul salariaților. Situația trebuie privită cu prudență în privința posturilor din managementul unităților sanitare deoarece ocuparea acestora este influențată de-o altă variabilă, care tulbură dezvoltarea firească a carierelor profesionale, respectiv dependența acestor funcții de decizia politică, deseori arbitrară. Cu alte cuvinte, în măsura în care există o segregare la acest nivel ea este dependentă nu de îmbunătățirea mediului de dezvoltare a carierei, ci de permeabilitatea politicului pentru persoanele de gen feminin.

Una din problemele cele mai semnificative din perspectiva discriminării o constituie *discriminarea salarială*. Chiar dacă discriminarea salarială suportă câteva controverse privind încadrarea ei în problema egalității de gen, în condițiile în care este evident faptul că ponderea persoanelor de gen feminin este de cca. 86% din totalul personalului, am asumat clasificarea ei ca discriminare ce afectează în special această categorie, tratând-o ca o problemă semnificativă a sistemului sanitar. În acest sens, rezultatele cercetării au fost dublate de câteva soluții juridice pentru eliminarea discriminărilor salariale, ce fac obiectul unui volum colectiv de articole publicate în continuarea acestui studiu.<sup>19</sup>

Nu am constatat discriminări salariale pe criterii de gen între angajații din unitățile sanitare. Două informații importante ne oferă evaluarea veniturilor din cele două cercetări (ca medie a rezultatelor<sup>20</sup>): a) cca. 13% dintre respondenți se află în situația de sărăcie salarială (după cum am putut observa, acesta nu este determinată de discriminarea de gen, ci mai

---

<sup>19</sup> Viorel Rotilă și colab., *Unele forme de discriminare ale salariaților din sănătate; abordări conceptuale și soluții juridice. Ghid de bune practici*, Editura Sodalitas, Galați, 2015.

<sup>20</sup> De observat că diferențele dintre cele două cercetări sunt în limitele marjei de eroare.

curând de una sistemică) raportat la veniturile proprii (și cca. 6,5% raportat la veniturile per/familie); b) media veniturilor personale este situată în intervalul 200-400 euro.

În condițiile în care cercetările s-au limitat la statutul de angajați ale respondenților, rezultatele nu oferă informații privind eventuale segregări de gen în ocuparea funcțiilor de conducere în organismele/instituțiile conexe activităților profesionale, cum ar fi organismele profesionale și organizațiile sindicale. Chiar dacă nu ne putem pronunța în absența datelor, cu titlul de ipoteză de cercetare credem că ar trebui investigată dependența segregării de cultura organizațională a acestor organisme, ea putând fi considerată o variabilă independentă de cea a unităților sanitare.<sup>21</sup>

Punctul de vedere al Oanei Bălăuță privind tripla afectare a persoanelor de gen feminin din sectorul sanitar, derivată din tripla lor calitate (de lucrătoare ale sistemului, de paciente - într-un moment sau altul - și de persoane responsabile de îngrijirea în familie),<sup>22</sup> îl considerăm corect în principiu, necesitând însă două amendamente: a) deficitul de personal, ce caracterizează sistemul sanitar, dublat de preferința pentru a avea mai multe locuri de muncă în vederea completării câștigurilor, determină apariția unei a patra perturbări semnificative, respectiv reducerea semnificativă a timpului petrecut în afara locului de muncă; b) responsabilitatea îngrijirilor de sănătate în familie este parțial atenuată atât datorită accesului mai ridicat la serviciile medicale ca formă de tratament pentru membrii familiei (o afectare pozitivă) cât și datorită reducerii timpului disponibil (afectare negativă). În consecință, raportându-ne la propunerea de-a aplica această interpretare pentru analiza situație din Sănătate,<sup>23</sup> tripla afectare poate fi luată în considerare în calitate de ipoteză privind situația de ansamblu a persoanelor de gen feminin din România, ea cunoscând însă anumite particularități în privința angajatelor din sistemul sanitar românesc.

Segregarea de gen, evidentă în sistemul sanitar, este asociată de cca. 20% dintre respondente cu discriminarea. Nu au fost identificate restricții instituționale evidente în calea accesului persoanelor de gen masculin la formele de pregătire și la locurile de muncă considerate specifice persoanelor de gen feminin și nici în calea accesului persoanelor de gen feminin la funcțiile de conducere sau la locurile de muncă considerate specifice persoanelor de gen masculin.

---

<sup>21</sup> Unul dintre argumentele în acest sens îl reprezintă faptul că lucrarea *Segregarea de gen în sectorul medical românesc. Raport de cercetare* (Laura Grünberg și colab. *Segregarea de gen în sectorul medical românesc. Raport de cercetare*, Asociația „Centrul Român de Inițiative”, 2012), care a desfășurat cercetarea în cadrul Federației „Sanitas”, indică o pondere a persoanelor de gen feminin în organele de conducere ale sindicatelor membre de 20%, în timp ce în cadrul evaluării desfășurată de noi în cadrul Federației „Solidaritatea Sanitară” din România această pondere este de 46%.

<sup>22</sup> <http://centrulfilia.ro/publicatii/Impactul-Crizei-Economice-Asupra-Femeilor.pdf> , p. 23.

<sup>23</sup> Laura Grünberg și colab. *Segregarea de gen în sectorul medical românesc. Raport de cercetare*, Asociația „Centrul Român de Inițiative”, 2012, p.10  
[http://www.profeminantrep.ro/uploads/STUDIU\\_PRIVIND\\_SEGREGAREA\\_DE\\_GEN\\_PE\\_PIATA\\_MUNCII.pdf](http://www.profeminantrep.ro/uploads/STUDIU_PRIVIND_SEGREGAREA_DE_GEN_PE_PIATA_MUNCII.pdf)

Măsurile privind armonizarea vieții profesionale cu viața de familie considerăm că au un caracter urgent, acestea lipsind în sistemul sanitar. Sunt deosebit de afectate trei categorii de persoane: medicii, din cauza programului de lucru cu mult peste limitele legale,<sup>24</sup> persoanele de gen feminin, din cauza încărcării suplimentare cu atribuții de familie și asistentele medicale absolvente de postliceală, din cauza obligării la reluarea formării profesionale inițiale drept condiție de avansare profesională.<sup>25</sup>

Analiza corelațiilor evidențiază tendința generală de creștere a situațiilor de discriminare indicate direct cu proporțional cu nivelul de studii. Excepția de la această regulă o constituie absolventele de postliceală, majoritatea indicând faptul că au asistat la o situație de discriminare. Operăm cu două ipoteze explicative, pe care încercăm să le lămurim pe traseu: a) sentimentul discriminării ar putea fi generat de problema echivalării; b) este posibil ca acesta să fie categoria profesională cea mai discriminată.

Analiza pe categorii de personal a indicat faptul că absolvente de postliceală constituie proporția cea mai mare a respondenților care indică discriminări salariale, cca. 60% dintre ele aflându-se în această situație. Considerăm că acest fapt este determinat de nerespectarea principiului *la muncă egală salariu egal*, în discuție fiind așa numită problemă a echivalării. Profilul dominant al discriminărilor salariale este următorul: asistentă medicală, absolventă de postliceală, lucrează într-un spital județean, grupa de vârstă 35-44 de ani, peste 10 ani experiență, un copil în întreținere, venitul personal între 200 și 400 euro, venitul familiei între 200 și 700 euro,

Demnă de remarcat este corelația invers proporțională între mărimea venitului și plata atențiilor, care sugerează posibilitatea diminuării plăților informale proporțional cu creșterea veniturilor.

---

<sup>24</sup> Problema am evidențiat-o în Viorel Rotilă, *Studiu asupra timpului de munca în sectorul sanitar din România. Analiza de caz: garzile medicilor*, Editura Sodalitas, Galați, 2013.

<sup>25</sup> Problema o tratăm în cadrul articolului *O argumentație juridică privind eliminarea discriminărilor salariale în sectorul sanitar*, din cadrul volumului *Unele forme de discriminare ale salariaților din sănătate; abordări conceptuale și soluții juridice. Ghid de bune practici*, Editura Sodalitas, Galați, 2015.

## General conclusions

### ***Horizontal segregation***

The research clearly indicates the presence of horizontal segregation, the healthcare sector from the studied region having common characteristics with the national one. As a rule, there are two professions that generate the greatest share of the women: nurses and ward maids.

### ***Vertical segregation***

Considering the used research tools, the data is rather indecisive as far as the presence of vertical segregation is concerned. Yet, even if they cannot offer an objective evaluation, they are sufficient to evaluate the mentalities from this perspective.

We can only talk remotely about the presence of a “glass ceiling” as far as the career accession of female employees is concerned, determined by the emphasizing of greater distribution of male employees to management positions within healthcare units, with respect to the percentage they have among the total number of employees. This situation should be carefully approached as far as the management positions in the healthcare units is concerned, as manning such positions is being influenced by another variable that affects the natural development of the professional careers, respectively the dependency of these position to the political decision, which is most of the times arbitrary. In other words, if there is a segregation at this level, it depends not only on the improvement of the career development environment, but also on the political deciders’ permeability towards female persons.

One of the most important problems from the discrimination perspective is the *wage discrimination*. Even though wage discrimination indulges some disputes on its placing within the equality of gender, given that it is obvious that the share of female employees is of approx. 86% out of the total no. of employees, we undertook its classification as a discrimination affecting especially this category, and we approached it as a significant issue of the healthcare system. To that effect, the results of the research have been backed up by several legal solutions for the abolition of wage discrimination, which are subject to a collective volume of articles published further to this research.<sup>26</sup>

We did not find any gender-based discrimination among the employees of the healthcare system. Two important information offer the evaluation of incomes from the two studies (as an average of the results<sup>27</sup>): a) approx. 13% of the respondents are in a wage paucity (as we could notice, this is not caused by the gender-based discrimination, but by a

---

<sup>26</sup> Viorel Rotilă și colab., *Unele forme de discriminare ale salariaților din sănătate; abordări conceptuale și soluții juridice. Ghid de bune practici*, Editura Sodalitas, Galați, 2015.

<sup>27</sup> Note that differences between the two researches are within the error tolerance limits.

systemic discrimination) compared to own income (and approx. 6,5% compared to the family incomes); b) the average of personal incomes is located in the EUR 200-400 interval.

Given that research were limited to employee statute of the respondents, the results do not provide any information on eventual gender-based segregation when taking up management positions in the bodies / institutions having professionally related activities, such as professional organizations and unions. Even if we cannot deliver a conclusion due to the lack of information, as a research hypothesis we think that the segregation dependency from the organizational culture of the said bodies should be investigated, as it might be a variable acting independently towards healthcare units.<sup>28</sup>

Oana Bălăuță's opinion on the triple affection of the female employees of the healthcare system, derived from their triple capacity (employee of the healthcare system, patient – at a certain point – and persons responsible with care in the family),<sup>29</sup> is generally correct, yet it needs two amendments: a) the staff shortage which characterizes the healthcare system, doubled by the inclination to have multiple jobs in order to supplement incomes, cause the occurrence of a fourth important disturbance, respectively the significant decrease of the time spent outside the job; b) the family healthcare responsibility is partially attenuated due both to higher access to medical services as a treatment form for the family members (a positive interference) and to the decrease of the free time (negative interference). Accordingly, with respect to the proposal to apply this interpretation in order to analyse the Healthcare situation,<sup>30</sup> the triple interference may be considered as a hypothesis concerning the overall situation of females in Romania, as it has some particulars for the female employees of the Romanian healthcare system.

Gender-based segregation, obvious in the healthcare system, is being associated by approx. 20% of the female respondents to discrimination. There were not identified any explicit institutional restrictions for the accession of males to the training forms and jobs considered specific to the females, nor any restrictions for the accession of females in management positions or in jobs considered specific to males.

Measures on the harmonization of the professional and family life are urgent, as they are lacking from the healthcare system. Three categories of persons are highly affected:

---

<sup>28</sup> One argument to that effect is that the paper *Segregarea de gen în sectorul medical românesc. Raport de cercetare* (Laura Grünberg and co. *Segregarea de gen în sectorul medical românesc. Raport de cercetare*, Asociația „Centrul Român de Inițiative”, 2012), who carried out the research within „Sanitas” Federation, indicates a share of 20% of women in the management bodies of the member unions 20%, whilst this share is of 46% as per our evaluation at „Solidaritatea Sanitară” Federation.

<sup>29</sup> <http://centrulfilia.ro/publicatii/Impactul-Crizei-Economice-Asupra-Femeilor.pdf> , p. 23.

<sup>30</sup> Laura Grünberg și colab. *Segregarea de gen în sectorul medical românesc. Raport de cercetare*, Asociația „Centrul Român de Inițiative”, 2012, p.10  
[http://www.profeminantrep.ro/uploads/STUDIU\\_PRIVIND\\_SEGREGAREA\\_DE\\_GEN\\_PE\\_PIATA\\_MUNCII.pdf](http://www.profeminantrep.ro/uploads/STUDIU_PRIVIND_SEGREGAREA_DE_GEN_PE_PIATA_MUNCII.pdf)



MDs, due to the working schedule way beyond legal limits,<sup>31</sup> female employees, due to additional load with family tasks, and the nurses who graduated a post-high school, as they are forced to rerun the initial professional training as a condition to their professional accession.<sup>32</sup>

Also noticeable is the correlation between the amount of income in inverse proportion to the tipping, suggesting the possibility of reducing the informal payments in direct proportion with the increase of incomes.

The analysis of the correlations emphasizes the general tendency of growth in the indicated discrimination situations in direct relation with the level of studies. An exception to this rule is represented by the graduates of post-high school studies, most of them indicating they witnessed a discrimination situation. We have two operational hypotheses to be expounded on the course: a) the discrimination feeling might be caused by the equating; b) this could be the most discriminated professional category.

The analysis on personnel categories indicated that post-high school graduates represent the majority of the respondents indicating wage discrimination, as approx. 60% of them are in this situation. We think this is caused by the non-observance of the *same wage for the same work* principle, being discussed the so-called equating problem. The dominant profile of wage discrimination is the following: nurse, graduated from a post-high school, works in a county hospital, age group 35-44 years old, over 10 years of experience, supporting one child, personal income between EUR 200 and 400, family income between EUR 200 and 700.

---

<sup>31</sup> We emphasized this problem in Viorel Rotilă, *Studiu asupra timpului de munca in sectorul sanitar din Romania. Analiza de caz: garzile medicilor*, Editura Sodalitas, Galați, 2013.

<sup>32</sup> We approach this issue within the article *O argumentație juridică privind eliminarea discriminărilor salariale în sectorul sanitar*, volume *Unele forme de discriminare ale salariaților din sănătate; abordări conceptuale și soluții juridice. Ghid de bune practici*, Editura Sodalitas, Galați, 2015.

## Bibliografie

Grünberg, Laura; Matei, Ștefania; Jugaru, Anca, *Segregarea de gen în sectorul medical românesc. Raport de cercetare*, Asociația „Centrul Român de Inițiative”, 2012. [http://www.profeminantrep.ro/uploads/STUDIUL\\_PRIVIND\\_SEGREGAREA\\_DE\\_GEN\\_PE\\_PIATA\\_MUNCII.pdf](http://www.profeminantrep.ro/uploads/STUDIUL_PRIVIND_SEGREGAREA_DE_GEN_PE_PIATA_MUNCII.pdf)

Băluță, Oana; Bragă, Andreea; Iancu, Alice, *Impactul crizei economice asupra femeilor*, București, Maiko, 2011. <http://centrulfilia.ro/publicatii/Impactul-Crizei-Economice-Asupra-Femeilor.pdf>

Rotilă, Viorel; Palade, Traian; Spulber, Fănel; Celmare, Lidia; Ciobanu, Georgiana, *Unele forme de discriminare ale salariaților din sănătate; abordări conceptuale și soluții juridice. Ghid de bune practici*, Editura Sodalitas, Galați, 2015.

Rotilă, Viorel, *Studiu asupra timpului de munca în sectorul sanitar din România. Analiza de caz: gărzile medicilor*, Editura Sodalitas, Galați, 2013.

# ANEXE

## Anexa nr. 1 - Chestionarul primei cercetări

### ASPECTE GENERALE

**Q1. Cunoașteți semnificația termenului „discriminare” și situațiile în care acesta este aplicabil în relațiile de muncă?**

1. Da; 2. Nu.

**Q2. La locul dvs. de muncă (în secția/departamentul/compartimentul în care lucrați) personalul este format:**

1. Numai din femei; 5. Mai mult bărbați decât femei;  
2. Majoritatea femei; 6. Majoritatea bărbați;  
3. Mai mult femei decât bărbați; 7. Numai bărbați.  
4. Aproximativ același număr de femei și de bărbați;

**Q3. Dvs. ați asistat la o situație în care o persoană era discriminată direct<sup>33</sup> la locul de muncă?**

1. Da; 2. Nu; 3. Nu știu.

**Q4. Dvs. ați asistat la o situație în care o persoană era discriminată indirect<sup>34</sup> la locul de muncă?**

1. Da; 2. Nu; 3. Nu știu.

**Q5. Având de ales între două persoane cu același nivel de calificare și aceeași experiență/aceleași rezultate profesionale, considerați că angajatorul dvs. ar alege:**

	1. Mai curând un bărbat decât o femeie;	2. Mai curând o femeie decât un bărbat;	3. Nu ar conta genul persoanei	4. Ar conta alte criterii	5. Nu știu
5.1 Să angajeze					
5.2 Să promoveze					
5.3 Să recompenseze					
5.4 Să concedieze					
5.5 Să trimită la cursuri de formare finanțate de unitate					
5.6 Să trateze mai puțin favorabil					

<sup>33</sup> **Discriminări directe** sunt situațiile în care este aplicat tratament diferit unor persoane, grupuri sau comunități diferite, aflate însă în situații similare sau comparabile, tratament care are un impact negativ asupra unora dintre ele, dezavantajându-le. *Exemplu: anunțul de angajare de tipul „Angajăm tinere cu aspect plăcut...!”*

<sup>34</sup> **Discriminarea indirectă** apare în situația în care o prevedere, un criteriu sau o practică, care sunt în aparență neutre și fără potențial discriminatoriu, dezavantajează anumite persoane prin comparație cu alte persoane, având un impact negativ disproporționat asupra unui grup. *Exemplu: cerința ca toți candidații pentru un post să aibă înălțimea de 1,70 m, în condițiile în care pentru postul respectiv nu este justificată o asemenea cerință.*

**Q6. Considerați necesară/utilă/relevantă abordarea problemei discriminării de gen în sectorul sanitar?**

1. Da (*treceți la Q8*); 2. Nu; 3) Nu știu.

**Q7. Care sunt motivele pentru care nu este necesară/utilă/relevantă abordarea problemei discriminării de gen în sectorul sanitar?**

1. În sectorul sanitar nu există discriminare de gen.
2. Discriminarea de gen este o falsă problemă.
3. În sectorul sanitar sunt discriminați mai curând bărbații decât femeile.
4. Altele.....

**Q8. Care din următoarele situații vă corespund?**

	1.Da	2.Nu	3.Nu știu
8.1 Ați fost informat/informată de către angajator cu privire la interzicerea discriminării în unitate?			
8.2 Unitatea în care lucrați are adoptată o politică/strategie privind combaterea discriminării?			
8.3 Există o procedură clară privind gestionarea situațiilor de discriminare la nivelul unității?			
8.4 La locul de muncă aveți colegi/colege cu dizabilități?			
8.5 La locul de muncă există facilități pentru persoanele cu dizabilități (pacienți sau salariați)?			
8.6 Criteriile de angajare respectă principiul egalității de șanse?			
8.7 Unitatea are implementată o strategie de adaptare la nevoile specifice ale femeilor?			
8.8 Procedurile de evaluare a activității profesionale asigură gradul de obiectivitate necesar pentru respectarea principiului egalității de șanse?			
8.9 Unitatea are implementată o strategie de integrare a noilor angajați?			
8.10 La nivelul unității există o strategie de promovarea care să asigure condiții obiective, respectând principiul egalității de șanse?			
8.11 În alegerea profesiei, a contat faptul că ea era văzută ca una destinată în special femeilor/bărbaților?			

**Q9. Considerați că la locul dvs. de muncă sunteți discriminat/ă datorită statutului social?**

1. Da; 2. Nu.

**DISCRIMINARE PROFESIONALĂ**

**Q10. Care considerați că este frecvența de apariție a următoarelor criterii de discriminare a salariaților la locul dvs. de muncă?**

	1.Niciodată	2.Foarte rar	3. Rar	4. Des	5.Foarte des	6. Mereu
10.1 Etnie						
10.2 Dizabilități						
10.3 Sex						
10.4 Vârstă						
10.5 Orientările sexuale						
10.6 Naționalitate						
10.7 Culoarea pielii						
10.8 Starea de sănătate						
10.9 Orientare religioasă						
10.10 Obligații de familie						
10.11 Apartenența sindicală						
10.12 Statut marital						
10.13 Copii în întreținere						
10.14 Statutul social						

**Q11. La locul dvs. de muncă aveți angajați/angajate în subordine?**

1. Da ;            2. Nu ;            3. Nu, dar am avut în trecut.

**Q12. Coordonatorul locului dvs. de muncă este de gen:**

1. feminin;            2. masculin.

**Q13. Considerați că ați fi un/o bun(ă) conducător/conducătoare dacă vi s-ar oferi șansa de a conduce departamentul în care lucrați?**

1. Da;            2. Nu, deoarece.....            3. Nu știu.

**Q14. Considerați că femeile sunt potrivite pentru posturi de conducere?**

1. Da (treceți la Q16);            2. Nu;            3. Nu știu.

**Q15. Care considerați că este/sunt motivul/motivale pentru care femeile nu sunt potrivite în ocuparea posturilor de conducere?**

1. nu au fermitatea unui bărbat și nu se pot face respectate de către echipă;
2. nu iau decizii suficient de rapid ;
3. nu își asumă riscuri;
4. sunt potrivite pentru anumite funcții și mai puțin potrivite pentru altele;
5. sunt mai degrabă subiective și emoționale decât obiective și raționale;
6. sunt dispuse în mai mică măsură să presteze ore suplimentare și să facă deplasări atunci când au familie și copii;
7. pot rămâne însărcinate și să părăsească organizația pentru mult timp;
8. alt motiv (menționați).....

**Q16. Conducerea unității dvs. consideră că femeile sunt potrivite pentru posturi de conducere?**

1. Da; 2. Nu; 3. Nu știu.

**Q17. În unitatea dvs. există diferențe între femei și bărbați în ceea ce privește următoarele aspecte?**

	1.Da	2.Nu	3.Nu știu
17.1 Participarea la procesul decizional la locul de muncă			
17.2 Accesul la promovare			
17.3 Accesul la programele de perfecționare			
17.4 Nivelul de salarizare pentru pregătire și competențe egale			
17.5 Acordarea altor beneficii			
17.6 Tratamentul general la locul de muncă			

#### DISCRIMINARE SALARIALĂ

**Q18. Considerați că există discriminări salariale la locul dvs. de muncă ?**

- 1.Da; 2. Nu ; 3. Nu știu.

**Q19. Dvs. personal considerați că există o legătură între salariul pe care-l aveți și genul căruia îi aparțineți?**

- 1.Da; 2. Nu ; 3. Nu știu.

**Q20. Considerați că există o legătură între salariul dvs. și faptul că lucrați în sectorul bugetar?**

- 1.Da; 2. Nu ; 3. Nu știu.

**Q21. În unitatea dvs. există categorii de salariați/salariate care întâmpină bariere în avansarea profesională?**

- 1.Da; 2. Nu ; 3. Nu știu.

#### „CULTURA DISCRIMINĂRII”

**Q22. Care considerați că este frecvența de apariție a următoarelor criterii de discriminare a pacienților la locul dvs. de muncă?**

	1.Niciodată	2.Foarte rar	3.Rar	4.Des	5.Foarte des	6.Mereu
22.1 Etnie						
22.2 Dizabilități						
22.3 Sex						
22.4 Vârstă						
22.5 Orientările sexuale						
22.6 Naționalitate						
22.7 Culoarea pielii						
22.8 Starea de sănătate						
22.9 Orientare religioasă						
22.10 Plata unor „atenții”						
22.11 Apartenența sindicală						
22.12 Statut marital						
22.13 Nivelul veniturilor						

22.14 Vestimentație						
22.15 Statut social						
22.16 Intervenția unei persoane cunoscute						

### MECANISMELE DE PREVENȚIE ȘI APĂRARE

#### Q23. La cine ați apela pentru a vă apăra împotriva discriminărilor?

1. La organizația sindicală;
2. La un avocat;
3. La o instituție a statului responsabilă cu egalitatea de tratament;
4. La superiorul ierarhic;
5. Nu știu, nu cunosc;
6. Altcineva (menționați):.....

### DATE FACTUALE

#### Q24. Ultima formă de învățământ absolvită în domeniul dumneavoastră de activitate a fost:

- |                                    |                        |
|------------------------------------|------------------------|
| 1. școala generală                 | 7. colegiul            |
| 2. 10 clase                        | 8. studii universitare |
| 3. Cursuri de calificare CNFPA/ANC | 9. masterat            |
| 4. școala profesională             | 10. specializare       |
| 5. liceul                          | 11. doctorat.          |
| 6. școala postliceală              |                        |

#### Q25. Profesia/meseria.....

#### Q26. Postul ocupat/funția

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1. Medic:                             | 4. personal auxiliar sanitar            |
| 1.1 medic primar                      | 4.1 infirmieră                          |
| 1.2 medic specialist                  | 4.2 îngrijitoare/brancardier            |
| 1.3 medic rezident                    | 5. alt personal medical (ex. farmacist, |
| biolog,                               | stomatolog, kinetoterapeut)             |
| 2. asistent/ă medical/ă sau moașă     | 5.1 cu studii superioare                |
| 2.1 absolvent/ă de liceu              | 5.2 cu studii medii                     |
| 2.2 absolvent/ă de școală postliceală | 6. muncitor                             |
| 2.3 absolvent/ă de colegiu            | 7. altă categorie de personal.....      |
| 2.4 absolventă de facultate           | .....                                   |
| 2.5 absolventă de școală profesională |   |
| 3. personal TESA:                     |   |
| 3.1 cu studii superioare:             |   |
| 3.1.1 funcție de conducere            |   |
| 3.1.2 funcție de execuție             |   |
| 3.2 cu studii medii                   |   |

#### Q27. Domiciliul în mediul:

1. rural                      2. urban

#### Q28. Bifați căsuța care corespunde vârstei dumneavoastră:

1. sub 25 ani      2. 25 - 34 ani      3. 35 - 44 ani      4. 45 - 54 ani      5. 55 - 64 ani      6. 65 ani și peste

#### Q29. Genul:

1. feminin                      2. masculin

#### Q30. Starea civilă:

- |                  |               |                                    |
|------------------|---------------|------------------------------------|
| 1. căsătorit/ă   | 3. divorțat/ă | 5. separat/ă                       |
| 2. necăsătorit/ă | 4. văduv/ă    | 6. uniune consensuală (concubinaj) |

**Q31. Copii în întreținere:**

1. niciunul                      2. unul                      3. doi    4. trei                      5. peste trei

**Q32. Venitul dvs. lunar este:**

- a) până în 200 euro            3. între 400 și 700 euro                      5. între 1000 și 1400 euro  
b) între 200 și 400 euro    4. între 700 și 1000 euro                      6. peste 1400 de euro.

**Q33. Venitul lunar al familiei dvs. este:**

1. până în 200 euro            4. între 700 și 1000 euro    7. între 2000 și 3000 euro  
2. între 200 și 400 euro            5. între 1000 și 1400 euro            8. între 3000 și 4000 euro  
3. între 400 și 700 euro            6. între 1400 și 2000 euro            9. peste 4000 euro.

**Q34. Unitatea în care lucrați:**

1. spital județean                      4. clinică                      7. alta unitate, specificați.....  
2. spital municipal                      5. cabinet individual  
3. spital orașenesc                      6. ambulatoriul de specialitate

**Q35. Vechimea dvs. în muncă:**

1. sub 6 luni;                      4. între 3-5 ani;  
2. 6-12 luni                      5. între 5-10 ani;  
3. între 1-3 ani;                      6. peste 10 ani de experiență.

**Q36. Vechimea la actualul loc de muncă:**

1. sub 6 luni;                      4. între 3-5 ani;  
2. 6-12 luni                      5. între 5-10 ani;  
3. între 1-3 ani;                      6. peste 10 ani de experiență

**Q37. Secția:**.....**Q38. Unitatea:**.....**Q39. Județul:** 1. Galați; 2. Brăila; 3. Vrancea; 4. Buzău; 5. Tulcea; 6. Constanța**ECHILIBRUL DINTRE VIAȚA PROFESIONALĂ ȘI VIAȚA DE FAMILIE/PERSONALĂ****Q40. Vă rugăm menționați frecvența cu care întreprindeți următoarele activități:**

	1.Mereu	2.Foarte des	3.Des	4.Rar	5.Foarte rar	6.Niciodată
40.1 Activități casnice						
40.2 Activități de îngrijire a copiilor						
40.3 Activități de educație a copiilor						
40.4 Activități recreative (citit, uitat la TV)						
40.5 Accesarea internetului						
40.6 Reuniuni de familie						
40.7 Vacanțe/ieșiri în aer liber						
40.8 Muncă desfășurată peste timpul normal de lucru						
40.9 Lucrul desfășurat la al doilea loc de muncă						



**Q41. Vă rugăm să apreciați frecvența următoarelor situații:**

	1.Mereu	2.Foarte des	3.Des	4.Rar	5.Foarte rar	6.Niciodată
41.1 Responsabilitățile dvs. față de familie/prieteni v-au împiedicat să vă îndepliniți atribuțiile de serviciu.						
41.2 A trebuit să vă luați de lucru acasă ca să terminați ceea ce aveți de făcut la serviciu.						
41.3 Munca dvs. v-a creat dificultăți în îndeplinirea responsabilităților față de familie/prieteni.						
41.4 Munca dvs. v-a creat dificultăți în îndeplinirea unor sarcini gospodărești.						
41.5 Timpul suplimentar alocat sarcinilor de muncă reduce timpul petrecut cu familia.						
41.6 Implicarea emoțională în activitățile profesionale afectează viața personală/de familie						
41.7 Probleme de familie afectează activitatea profesională						
41.8 Efectuarea turelor de noapte vă afectează viața personală.						

**Q42. Vă rugăm să bifați frecvența apariției următoarelor situații în activitatea dvs.:**

	1.Niciodată	2.Foarte rar	3.Rar	4.Des	5.Foarte des	6.Mereu
42.1 Efecte negative determinate de supraîncărcarea cu sarcinile de serviciu și cu sarcinile gospodăriei						
42.2 Flexibilitatea timpului de lucru						
42.3 Stres determinat de conflictele dintre viața profesională și viața de familie						
42.4 Dezechilibrul dintre timpul de lucru și timpul petrecut cu familia						
42.5 Funcțiile de conducere afectează negativ viața de familie						

## Anexa nr. 2 Ghidul focus grup – prima cercetare

1. Știți ce este discriminare?
2. Cum ați defini-o cu cuvintele dvs.?
3. Cunoașteți cazuri de discriminare la locul de muncă?
4. Dvs. ați asistat la o situație în care o persoană era discriminată la locul de muncă?  
Dacă da:
  - 4.1 Cum au fost ele rezolvate?
  - 4.2 Cine erau autorii discriminării?
5. Vă considerați discriminate la locul de muncă?  
Pentru da:
  - 5.1 În funcție de ce criterii?
  - 5.2 De către cine?
6. Considerați că la locul de muncă ați fost tratată mai puțin favorabil decât alte colegi?  
(Pentru DA se solicită exemple!)
7. Ați fost informată de către angajator cu privire la interzicerea discriminării în unitate?
8. La cine ați apela pentru a vă apăra împotriva discriminărilor?(Considerați că sindicatul are vreun rol?)
  - 9. În alegerea meseriei a contat faptul că ea era văzută ca una destinată femeilor?
  - 10. Considerați că există posturi destinate femeilor și posturi destinate bărbaților?
  - 11. Ați prefera ca șef o femeie sau un bărbat? De ce? (argumente pentru fiecare variantă expusă)
  - 12. Considerați că femeile sunt potrivite pentru posturi de conducere?
  - 13. Există discriminări salariale la locul dvs. de muncă? Dați exemple?
  - 14. Care sunt criteriile de discriminare care intervin în aceste cazuri?
  - 15. Care considerați că sunt criteriile de discriminare cele mai frecvente în societatea românească?
16. În unitatea dvs. există categorii de salariați/salariate care întâmpină bariere în avansarea profesională?
  - 17. Considerați că unitatea în care lucrați ar trebui să angajeze persoane cu dizabilități? (Pentru NU: Care sunt motivele pentru care nu ar trebui să facă asta?)
18. Considerați că vă este utilă strategia de combatere a discriminărilor? Este utilă și altor colegi/colegi?
  - 19. Sunteți nevoită să lucrați peste programul de lucru? Dacă da, cât de frecvent?
  - 20. Sunteți plătită pentru orele suplimentare?
  - 21. Cum vă afectează activitatea profesională viața personală?

## Anexa nr. 3 – Chestionarul celei de-a doua cercetări

### ASPECTE GENERALE

**Q1. În prezent aveți ca șef o femeie sau un bărbat?**

1. O femeie; 2. Un bărbat.

**Q2. Considerați că pentru profesia dvs. sunt mai indicate...**

1. Persoanele de gen feminin; 2. Persoanele de gen masculin.

**Q3. La locul dvs. de muncă ați întâlnit stereotipuri bazate pe gen?<sup>35</sup>**

1. Da; 2. Nu; 3. Nu știu.

**Q4. Considerați că în sistemul sanitar există segregare bazată pe gen?<sup>36</sup>**

1. Da; 2. Nu; 3. Nu știu.

**Q5. În cursul perioadei dvs. de formare ați întâlnit tratamente diferite pe criterii de gen?**

1. Da; 2. Nu; 3. Nu știu.

**Q6. Dvs. ați fost subiectul unor diferențe de tratament?**

1. Da; 2. Nu; 3. Nu știu.

### DIFERENȚIERI FEMEI-BĂRBAȚI

**Q7. În ce măsură în unitatea dvs. există diferențe între femei și bărbați în ceea ce privește următoarele aspecte?**

		1.Foarte mare	2.Mare	3.Mică	4.Foarte mică	5. Nu există
7.1	Cunoștințe de specialitate					
7.2	Aspect fizic plăcut					
7.3	Abilități de comunicare					
7.4	Abilități de organizare					
7.5	Responsabilitate					
7.6	Experiență în domeniu					
7.7	Lucru în echipă					
7.8	Rezistență la stres					
7.9	Atenție la detalii					
7.10	Asumare a riscurilor					
7.11	Moralitate și etică profesională					
7.12	Devotament față de profesie					
7.13	Conduită civilizată					
7.14	Capacitate de autoevaluare					
7.15	Stăpânire de sine					
7.16	Referințe profesionale					

<sup>35</sup> Stereotipurile de gen sunt sisteme organizate de credințe și opinii consensuale cu privire la caracteristicile femeilor și bărbaților precum și despre calitățile presupuse ale masculinității și feminității. Trăsăturile pe care oamenii le asociază bărbaților și femeilor au un caracter nu numai descriptiv, ci și prescriptiv. Credințele stereotipe ne spun nu numai cum sunt femeile și bărbații dar și cum ar trebui ei să fie.

<sup>36</sup> Segregarea ocupațională de gen se referă în sens larg la orice diferențiere semnificativă între bărbați și femei sub aspectul laturii ocupaționale și/sau poziționării în cadrul unui anumit domeniu de activitate (în acest caz la sectorul sanitar), respectiv la separarea femeilor și bărbaților pe diferite tipuri de ocupații/profesii.

**Q8. În secția în care lucrați care este repartiția femei-bărbați în următoarele situații?**

		1. Mai mulți bărbați decât femei;	2. Mai multe femei decât bărbați;	3. Repartiție egală femei-bărbați
8.1	Funcțiile de conducere			
8.2	Specializări			
8.3	Funcțiile administrative			
8.4	Intervenții medicale complexe			
8.5	Intervenții medicale uzuale			

**Q9. Având în vedere următoarele domenii de specialitate din domeniul sanitar românesc și specificul profesional al fiecăruia în parte, vă rugăm bifați varianta de răspuns care considerați că reflectă opinia dvs.:**

		1. Bărbații sunt mai potriviți pentru a lucra în acest domeniu	2. Femeile sunt mai potrivite pentru a lucra în acest domeniu	3. Acest domeniu este potrivit în egală măsură
9.1	Medicină generală			
9.2	Medicină paliativă			
9.3	Dermatologie			
9.4	Stomatologie			
9.5	Psihiatrie			
9.6	Chirurgie			
9.7	Geriatrică			
9.8	Pediatrie			
9.9	Cardiologie			
9.10	Oftalmologie			
9.11	Gastroenterologie			
9.12	Boli infecțioase			
9.13	Neurologie			
9.14	Oncologie			
9.15	Endocrinologie/Nutriție			
9.16	Imunologie/Alergie			
9.17	Hematologie			
9.18	Ginecologie / Obstetrică			
9.19	Medicină audio-vestibulară			
9.20	Medicină genito-urinară			
9.21	Medicină fizică și reabilitare			
9.22	Genetică			
9.23	Medicină de familie			

**Q10. Considerați că femeile sunt mai vulnerabile în ceea ce privește șansele de concediere decât bărbații?**

1. Da; 2. Nu; 3. Nu știu.

**Q11. Având în vedere experiența dvs. din domeniul sanitar și a cunoștințelor cu privire la repartitia posturilor în domeniu, vă rugăm bifați varianta de răspuns care considerați că reflectă opinia dvs. pentru fiecare categorie profesională:**

	Categorie profesională	1. Aceste posturi sunt ocupate preponderent de bărbați	2. Aceste posturi sunt ocupate preponderent de femei	3. Aceste posturi sunt ocupate în egală măsură atât de bărbați, cât și de femei	4. Nu știu
11.1	Medic primar/specialist/rezident				
11.2	Farmacist primar/specialist/rezident				
11.3	Fiziokinetoterapeut				
11.4	Bioinginer medical				
11.5	Dentist/ Stomatolog				
11.6	Biolog/ Chimist/Fizician				
11.7	Logoped/Asistent social				
11.8	Psiholog				
11.9	Profesor CFM				
11.10	Cercetător științific				
11.11	Asistent medical/ Asistent farmacie				
11.12	Moașă				
11.13	Educator-puericultor				
11.14	Tehnician dentar				
11.15	Oficiant medical/ Laborant				
11.16	Statistician medical				
11.17	Gipsar/ Autopsier				
11.18	Operator registrator/ Telefonist				
11.19	Infirmier/Agent DDD				
11.20	Brancardier				
11.21	Îngrijitor/ Băiaș				
11.22	Ambulanțier/ Șofer autosanitară				
11.23	Personal auxiliar				
11.24	Director general/ adjunct				
11.25	Șef secție/ laborator/ unitate/ atelier				

**Q12. În unitatea în care lucrați, cum apreciați relațiile de serviciu dintre:**

		1. Foarte bune	2. Bune	3. Nici bune, nici rele	4. Rele	5. Foarte rele
12.1	Femei - femei					
12.2	Femei - bărbați					
12.3	Bărbați-bărbați					

12.4	Șefi bărbați-subalterni bărbați				
12.5	Șefi bărbați-subalterni femei				
12.6	Șefi femei- subalterni bărbați				
12.7	Șefi femei- subalterni femei				

**Q13. În secția în care lucrați, considerați că există următoarele categorii de comportamente de avantajare?**

		1.Da	2.Nu	3.Nu știu
13.1	Femeile și bărbații avantajează femeile			
13.2	Femeile și bărbații avantajează bărbații			
13.3	Femeile avantajează bărbații, iar bărbații avantajează femeile			
13.4	Femeile avantajează femeile, iar bărbații avantajează bărbații			

**Q14. Dacă există următoarele situații la locul dvs. de muncă ele afectează mai mult:**

		1.Femeile	2.Bărbații	3. Nu există astfel de situații
14.1	Un(ui)(ei) angajat(e) i se îngreșește posibilitatea de exprimare			
14.2	Un/o angajat(ă) este izolat(ă) față de colegii de lucru			
14.3	Un/o angajat(ă) este discreditat(ă) pe plan profesional			
14.4	Un/o angajat(ă) lucrează în condiții care îi periclitează sănătatea (lucrul cu substanțe toxice, pacienți cu boli contagioase etc.)			
14.5	Un/o angajat(ă) este ironizat(ă) în fața colegilor/colegelor de lucru			
14.6	Un(ui)(ei) angajat(e) nu îi sunt recunoscute meritele profesionale			
14.7	Un/o angajat(ă) este hărțuit(ă) sexual			
14.8	Un/o angajat(ă) este avantajat(ă) în situații de malpraxis			
14.9	Un/o angajat(ă) este defavorizat(ă) profesional			

**Q15. Raportat la condițiile de lucru din unitatea în care sunteți angajat(ă), vă rugăm bifați varianta de răspuns care corespunde cel mai bine femeilor sau bărbaților:**

		1.Corespun de mai degrabă angajaților bărbați	2.Corespunde mai degrabă angajaților femei	3. Corespunde în egală măsură atât angajaților bărbați, cât și femei	4. Nu corespunde nici angajaților bărbați, nici angajaților femei
15.1	Angajaților le sunt alocate sarcini dificile				
15.2	Angajații trebuie să respecte un program rigid de lucru				
15.3	Angajații au acces la posibilități de promovare				
15.4	Angajații au acces la posibilități de instruire				
15.5	Angajații au un nivel ridicat de salarizare				
15.6	Angajații întreprind sarcini ce presupun muncă fizică				
15.7	Angajații întreprind sarcini ce presupun muncă intelectuală				

**Q16. Având în vedere activitatea profesională din unitatea în care lucați, care din următoarele efecte negative considerați că ar putea să apară dacă posturile de conducere sau cele cu responsabilități majore ar fi ocupate de bărbați sau de femei?**

		1.Șef bărbat	2. Șef femeie	3.Nu afectează
16.1	Scăderea calității serviciilor de sănătate oferite			
16.2	Diminuarea prestigiului instituției medicale			
16.3	Crearea unor situații conflictuale sau amplificarea tensiunilor între colegii de lucru			
16.4	Dificultăți în organizarea și distribuirea sarcinilor în rândul personalului medical			
16.5	Creșterea frecvenței erorilor și accidentelor medicale			
16.6	Sporirea insatisfacției pacienților privind serviciile primite			
16.7	Dificultăți în introducerea noilor tehnologii medicale în sistemul sanitar			

VENITURI SUPLIMENTARE

**Q17. Dacă există următoarele situații la locul dvs. de muncă, cărei categorii i se potrivesc mai mult:**

		1.Angajatele femei	2.Angajații bărbații	3.Nu există astfel de situații
17.1	Beneficiază de plăți informale			
17.2	Condiționează actul medical			
17.3	Oferă servicii medicale de o calitate mai slabă pacienților care nu oferă plăți informale			
17.4	Desfășoară activitate și la un alt loc de muncă (variante: contract individual de muncă în sectorul public dar lucrează și în sectorul privat și reciproc)			
17.5	Realizează în proporție mai mare venituri suplimentare			

**MIGRAȚIE**

**Q18. La locul dvs. de muncă intenția de migrare este mai ridicată în rândul:**

1. Femeilor; 2. Bărbaților; 3. Ambele sexe în mod egal; 4.Nu este cazul.

**Q19. Următoarele cauze ale migrației afectează/atrag mai mult:**

		1.Femeile	2.Bărbații	3. Ambele sexe în mod egal	4.Nu este cazul
19.1	Salariile mai mari din străinătate				
19.2	Nemulțumirea față de starea materială actuală				
19.3	Nevoile legate de întreținerea familiei				
19.4	Condițiile de lucru mai bune				
19.5	Nivelul de civilizație mai ridicat				
19.6	Dorința de realizare profesională				
19.7	Statutul social mai ridicat în țările de destinație				
19.8	Perspective mai bune pentru propria familie				
19.9	Urmarea soțului/soției plecat(e)				

## HĂRȚUIREA SEXUALĂ

**Q20. Sunteți informat(ă) privind hărțuirea sexuală?**

1. Da; 2. Nu; 3. Nu știu.

**Q21. Cunoașteți semnificația termenului „hărțuire sexuală”<sup>37</sup>**

1. Da; 2. Nu; 3. Nu știu.

**Q22. Ați fost victima hărțuirii sexuale?!**

1. Da; 2. Nu (treceți la Q25).

**Q23. Dacă da, care a fost momentul/momentele în care ați fost hărțuită:**

1. La locul de muncă; 5. Conferințe;  
2. La alt loc de desfășurare a activității; 6. Întâlniri;  
3. Evenimente organizate de unitate; 7. Deplasări.  
4. Cursuri;

**Q24. Sub ce forme ați fost hărțuită/hărțuit?**

1. Fizic; 4. Scris/grafic;  
2. Verbal; 5. Psiho-emoțional.  
3. Nonverbal;

**Q25. Care din următoarele situații vă corespund?**

		1.Da	2.Nu	3.Nu știu/nu răspund
25.1	Aveți cunoștință de cazuri de colege/colegi care au fost hărțui(ți)(te)?			
25.2	La locul dvs. de muncă au existat cazuri de acuzații de hărțuire sexuală?			
25.3	În regulamentul intern al unității sunt prevăzute sancțiuni disciplinare împotriva hărțuirii sexuale?			
25.4	Ați fost informat(ă) privind interdicerea hărțuirii și a hărțuirii sexuale la locul de muncă?			

**Q26. Ce ați face dacă v-ați afla în situația de a fi hărțuit(ă) la locul de muncă (bifați în căsuța corespunzătoare variantei/variantelor la care ați recurge):**

		Da
26.1	M-aș adresa unei instituții care se ocupă cu soluționarea cazurilor	
26.2	Aș încerca să discut cu cel care mă hărțuiește	
26.3	Aș da agresorul/agresoarea în judecată	
26.4	Aș face plângere scrisă către conducerea unității	
26.5	M-aș adresa sindicatului din care fac parte	

<sup>37</sup> Definiție: situația în care se manifestă un comportament nedorit cu conotație sexuală, exprimat fizic, verbal sau nonverbal, având ca obiect sau ca efect lezarea demnității unei persoane și, în special, crearea unui mediu de intimidare, ostil, degradant, umilitor sau jignitor.



26.6	Aș spera că lucrurile se vor rezolva cu timpul	
26.7	Aș demisiona pentru a scăpa de problemă	
26.8	Nu aș face nimic din toate acestea	
26.9	Altceva, anume.....	
26.10	Nu știu/nu răspund	

**Q27. Ce instituții considerați că au responsabilități de cercetare și sancționare a cazurilor de hărțuire sexuală?**

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| 1. Inspecția Muncii;                                     | 4. Instanțele judecătorești; |
| 2. Poliția;  | 5. Protecția consumatorului; |
| 3. Consiliul Național pentru Combaterea Discriminărilor; | 6. Prefectura.               |

**DATE FACTUALE**

**Q28. Ultima formă de învățământ absolvită în domeniul dumneavoastră de activitate a fost:**

- |                                    |                        |                  |
|------------------------------------|------------------------|------------------|
| 1. școala generală                 | 5. Liceul              | 9. masterat      |
| 2. 10 clase                        | 6. școala postliceală  | 10. specializare |
| 3. Cursuri de calificare CNFPA/ANC | 7. Colegiul            | 11. doctorat     |
| 4. școala profesională             | 8. studii universitare |                  |

**Q29. Profesia/meseria.....**

**Q30. Postul ocupat/funcția**

- |                                       |                              |                                |
|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 1. Medic:                             | 3. personal TESA:            | 5. alt personal medical        |
| 1.1 medic primar                      | 3.1 cu studii superioare:    | 5.1 cu studii superioare       |
| 1.2 medic specialist                  | 3.1.1 funcție de conducere   | 5.2 cu studii medii            |
| 1.3 medic rezident                    | 3.1.2 funcție de execuție    | 6. muncitor                    |
| 2. asistent/ă medical/ă sau moașă     | 3. 2 cu studii medii         | 7. altă categorie de personal: |
| 2.1 absolvent/ă de liceu              | 4. personal auxiliar sanitar | .....                          |
| 2.2 absolvent/ă de școală postliceală | 4.1 infirmieră               |                                |
| 2.3 absolvent/ă de colegiu            | 4.2 îngrijitoare/brancardier |                                |
| 2.4 absolventă de facultate           |                              |                                |
| 2.5 absolventă de școală profesională |                              |                                |

**Q31. Domiciliul în mediul:** 1. rural 2. urban

**Q32. Bifați căsuța care corespunde vârstei dumneavoastră:**

1. sub 25 ani 2. 25 - 34 ani 3. 35 - 44 ani 4. 45 - 54 ani 5. 55 - 64 ani 6. 65 ani și peste

**Q33. Genul:** 1. feminin 2. masculin

**Q34. Starea civilă:**

- |                  |               |                                    |
|------------------|---------------|------------------------------------|
| 1. căsătorit/ă   | 3. divorțat/ă | 5. separat/ă                       |
| 2. necăsătorit/ă | 4. văduv/ă    | 6. uniune consensuală (concubinaj) |

**Q35. Copii în întreținere:**

2. niciunul 2. unul 3. doi 4. trei 5. peste trei

**Q36. Venitul dvs. lunar este:**

- |                          |                          |                            |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| c) până în 200 euro      | 3. între 400 și 699 euro | 5. între 1000 și 1399 euro |
| d) între 200 și 399 euro | 4. între 700 și 999 euro | 6. peste 1400 de euro.     |

**Q37. Venitul lunar al familiei dvs. este:**

- |                          |                            |                            |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. până în 200 euro      | 4. între 700 și 999 euro   | 7. între 2000 și 2999 euro |
| 2. între 200 și 399 euro | 5. între 1000 și 1399 euro | 8. între 3000 și 3999 euro |
| 3. între 400 și 699 euro | 6. între 1400 și 1999 euro | 9. peste 4000 euro.        |

**Q38. Unitatea în care lucrați:**

- |                     |                                 |                                   |
|---------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| 1. spital județean  | 4. clinică                      | 7. alta unitate, specificați..... |
| 2. spital municipal | 5. cabinet individual           |                                   |
| 3. spital orășenesc | 6. ambulatoriul de specialitate |                                   |

**Q39. Vechimea dvs. în muncă:**

- |                   |                           |                           |
|-------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1. sub 6 luni;    | 4. între 3-5 ani;         | 7. Între 20 și 30 de ani; |
| 2. 6-12 luni;     | 5. între 5-10 ani;        | 8. Peste 30 de ani.       |
| 3. între 1-3 ani; | 6. Între 10 și 20 de ani; |                           |

**Q40. Vechimea la actualul loc de muncă:**

- |                   |                           |                           |
|-------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1. sub 6 luni;    | 4. între 3-5 ani;         | 7. Între 20 și 30 de ani; |
| 2. 6-12 luni      | 5. între 5-10 ani;        | 8. Peste 30 de ani.       |
| 3. între 1-3 ani; | 6. Între 10 și 20 de ani; |                           |

**Q41. Secția:.....Q42. Unitatea:.....**

**Q43. Județul:** 1. Galați; 2. Brăila; 3. Vrancea; 4. Buzău; 5. Tulcea; 6. Constanța

**Q44. Unitatea în care lucrați este în sectorul:** 1. public; 2. privat.

**Q45. Religia.....Q46. Etnia.....**

## Anexa nr. 4 – Ghid focus grup a doua cercetare

### ASPECTE GENERALE

1. Cunoașteți semnificația conceptului „hărțuire sexuală”? Cum l-ați descrie?

### DIFERENȚIERI FEMEI-BĂRBAȚI

2. Existe diferențe între bărbați și femei în privința ocupării și exercitării funcțiilor de conducere? Dacă da, vă rugăm să indicați câteva diferențe!
3. Dar în ceea ce privește relațiile acestora cu subordonații de sex opus și de același sex?
4. Considerați că femeile sunt mai vulnerabile în ceea ce privește riscul de concediere decât bărbații? Vă rugăm să argumentați!
5. În secția în care lucrați, considerați că există comportamente care avantajează fie bărbații, fie femeile? Dacă da, vă rugăm să dați exemple de moduri de avantajare sau dezavantajare a unuia sau altuia dintre genuri!
6. În cadrul interviului de angajare sau de-a lungul activității ați fost întrebat/întrebată de reprezentanții angajatorului/șeful ierarhic despre următoarele aspecte: orientare sexuală, caracteristici genetice, vârstă, apartenență națională, rasă, culoare, etnie, religie, opțiune politică, origine socială, handicap, situație sau responsabilitate familială, apartenență ori activitate sindicală? Dacă da, enumerați care dintre aspecte au făcut obiectul unor întrebări și descrieți pe scurt contextul!
7. În unitatea în care lucrați există diferențe de tratament între femei și bărbați în privința aspectelor profesionale sau personale? Dacă da, vă rugăm să le descrieți!

### VENITURI SUPLIMENTARE

8. Considerați că la locul dvs. de muncă, există o diferențiere între femei și bărbați în ceea ce privește plățile informale sau obținerea de venituri suplimentare?

### MIGRAȚIE

9. La locul dvs. de muncă intenția de migrare este mai ridicată în rândul femeilor sau bărbaților? Care considerați că sunt cauzele și factorii determinanți ai acestora pentru a migra?

### HĂRȚUIREA SEXUALĂ

10. În calitate de salariat/salariată sunteți informat/ă în legătură cu regulile privitoare la hărțuirea sexuală în cadrul unității?
11. Dvs. ați fost victimă a hărțuirii sexuale în calitate de angajat/angajată? Dacă da, vă rugăm să ne descrieți cum s-a întâmplat!
12. Cunoașteți cazuri de hărțuire sexuală la locul de muncă? Dacă da, vă rugăm să le prezentați pe scurt, inclusiv în ceea ce privește efectele acestora!
13. Ce ați face dacă v-ați afla în situația de a fi hărțuit(ă) la locul de muncă?
14. La ce instituții/organizații ați apela dacă v-ați afla într-o asemenea situație?

## Anexa nr. 5 – Ghid de interviu - a doua cercetare

### GHID DE INTERVIU

În cadrul cercetării privind segregarea bazată pe gen existentă în sectorul sanitar din regiune, din cadrul proiectului *Egalitate de gen și acces în sănătate (EGAS) - Formare, cercetare și conștientizare pentru dezvoltarea și promovarea principiului egalității de șanse și de gen în sectorul sanitar din Regiunea Sud - Est*, contract

POS DRU/146/6.3/G/128685

**1. Cunoașteți semnificația conceptului „hărțuire sexuală”? Cum l-ați descrie?**

.....  
.....  
.....  
.....

**2. Existe diferențe între bărbați și femei în privința ocupării și exercitării funcțiilor de conducere? Dacă da, vă rugăm să indicați câteva diferențe!**

.....  
.....  
.....  
.....

**3. Dar în ceea ce privește relațiile acestora cu subordonații de sex opus și de același sex?**

.....  
.....  
.....  
.....

**4. Considerați că femeile sunt mai vulnerabile în ceea ce privește riscul de concediere decât bărbații? Vă rugăm să argumentați!**

.....  
.....  
.....  
.....

**5. În secția în care lucrați, considerați că există comportamente care avantajează fie bărbații, fie femeile? Dacă da, vă rugăm să dați exemple de moduri de avantajare sau dezavantajare a unuia sau altuia dintre genuri!**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6. În cadrul interviului de angajare sau de-a lungul activității ați fost întrebat/întrebată de reprezentanții angajatorului/șeful ierarhic despre următoarele aspecte: orientare sexuală, caracteristici genetice, vârstă, apartenență națională, rasă, culoare, etnie, religie, opțiuni politică, origine socială, handicap, situație sau responsabilitate familială, apartenență ori activitate sindicală? Dacă da, enumerați care dintre aspecte au făcut obiectul unor întrebări și descrieți pe scurt contextul!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. În unitatea în care lucrați există diferențe de tratament între femei și bărbați în privința aspectelor profesionale sau personale? Dacă da, vă rugăm să le descrieți!

.....

.....

.....

.....

8. Considerați că la locul dvs. de muncă, există o diferențiere între femei și bărbați în ceea ce privește plățile informale sau obținerea de venituri suplimentare?

.....

.....

.....

9. La locul dvs. de muncă intenția de migrare este mai ridicată în rândul femeilor sau bărbaților? Care considerați că sunt cauzele și factorii determinanți ai acestora pentru a migra?

.....

.....

.....

.....

10. În calitate de salariat/salariată sunteți informat/ă în legătură cu regulile privitoare la hărțuirea sexuală în cadrul unității?

.....

.....

.....

11. Dvs. ați fost victimă a hărțuirii sexuale în calitate de angajat/angajată? Dacă da, vă rugăm să ne descrieți cum s-a întâmplat!

.....

.....

.....

12. Cunoașteți cazuri de hărțuire sexuală la locul de muncă? Dacă da, vă rugăm să le prezentați pe scurt, inclusiv în ceea ce privește efectele acestora!

.....

.....

.....

**13. Ce ați face dacă v-ați afla în situația de a fi hărțuit(ă) la locul de muncă?**

.....  
.....  
.....  
.....

**14. La ce instituții/organizații ați apela dacă v-ați afla într-o asemenea situație?**

.....  
.....  
.....  
.....



[www.cercetare-sociala.ro](http://www.cercetare-sociala.ro)

[www.fssr.ro](http://www.fssr.ro)

**Redactori:** Ciobanu Georgiana

**Copertă:** Lungu Laurențiu

**Corectură și paginare:** Ciobanu Georgiana

**Traducere:** Centrul de Traduceri TRANSLATOR, S.C. EDORAS S.R.L.

Bun de tipar: 2015. Apărut: 2015

Editura **Sodalitas**, str. Col. Nicolae Holban, nr. 10bis, corp C1, CP 800217, Galați

Tel: 0336/106.365, Fax: 0336/109.281

---







## CENTRUL DE CERCETARE ȘI DEZVOLTARE SOCIALĂ "SOLIDARITATEA"

### PROGRAMUL OPERAȚIONAL SECTORIAL DEZVOLTAREA RESURSELOR UMANE 2007-2013

#### TITLUL PROIECTULUI:

Egalitate de gen și acces în sănătate (EGAS) - Formare, cercetare și conștientizare pentru dezvoltarea și promovarea principiului egalității de șanse și de gen în sectorul sanitar din Regiunea Sud-Est contract POSDRU/146/6.3/G/128685

#### EDITORUL MATERIALULUI:

CENTRUL DE CERCETARE ȘI DEZVOLTARE SOCIALĂ „SOLIDARITATEA”

#### EDITURA: SODALITAS

#### DATA PUBLICĂRII: NOIEMBRIE 2015

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială a Uniunii Europene sau a Guvernului României

