



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program: „Programul Educație și Ocupare” 2021-2027

Prioritate: P01 „Modernizarea instituțiilor pieței muncii”

Obiectiv specific: ESO4.2 „Modernizarea instituțiilor și a serviciilor pieței muncii pentru ca acestea să evalueze și să anticipeze necesitățile în materie de competențe, să asigure o asistență promptă și personalizată și să sprijine corelarea cererii și a ofertei, tranzițiile și mobilitatea pe piața muncii (FSE+)”

Apel de proiecte: „Consolidarea dialogului social și a parteneriatelor pentru ocupare și formare II - Federații”

Cod SMIS: 305588

Titlul proiectului: Dezvoltarea Capacității Administrative și de Dialog Social a Organizațiilor Sindicale din Sănătate

Riscul de epuizare profesională al medicilor care efectuează gărzi¹

Prof. univ. dr. Rotilă Viorel

¹ O primă formă a rezultatelor acestei cercetări a fost prezentată în cadrul conferinței [Multidisciplinaritate în Prevenția și Diagnosticul Precoc al Bolilor Profesionale](#), ca studiu de caz al prezentării **Evaluarea riscului de epuizare profesională - posibilități și limite. Studiu de caz: medicii din sectorul public de sănătate**. Varianta finală urmează să fie prezentată ca parte a studiului cu același nume, în volumul acestei conferințe.



Cuprins

Precizări metodologice	3
Rezultatele generale ale cercetării	5
Impactul vârstei asupra epuizării profesionale	8
Analiza diferențelor dintre specialități	8
Comparația cu alte categorii profesionale	14
Evaluarea dimensiunilor epuizării profesionale	17
Epuizare	17
Distanțare mentală	19
Corelații între dimensiuni (pe mediile pe specialitate)	20
Regulile de interpretare a relației dintre dimensiuni	20
Epuizare vs. distanțare	21
Distribuția pe județe	27
Date demografice	28
Concluzii	29
Recomandări	30
Câteva observații privind cadrul legal	30
Recomandări speciale	30



Precizări metodologice

Prezentul studiu a fost desfășurat în cadrul Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea” (CCDSS). El face parte din *Analiza calității vieții profesionale a angajaților din sănătate*, care se desfășoară în cadrul proiectului *Dezvoltarea Capacității Administrative și de Dialog Social a Organizațiilor Sindicale din Sănătate*.

Studiul prezintă rezultatele unei cercetări desfășurate în perioada 30 octombrie – 6 noiembrie, având ca subiecți 1100 de medici care efectuează gardi.

Din totalul celor 12.073 medici care efectuează gardi a fost trimisă invitația de a-și evalua riscul de epuizare profesională la 6.574 de medici (5.086 prin email și 5.009 prin SMS) pe care-i aveam în baza de date, 1100 dintre aceștia dând curs invitației în perioada de referință a cercetării. Dat fiind faptul că nu este cunoscută distribuția medicilor pe specialități și spitale, după aplicarea criteriului de selecție „medicii care afirmă că efectuează gardi”, am utilizat eșantionul de conveniență (non-aleatoriu), bazându-se pe disponibilitatea medicilor invitați de a-și evalua riscul de epuizare profesională.

Pentru cercetare am folosit platforma [BATEREP](#), invitând subiecții cercetări să-și evalueze riscul individual de epuizare profesională. Toți respondenții s-au autoevaluat utilizând varianta completă a testului BAT, caracteristicile și limitele acestuia fiind prezentate în cadrul [BATEREP](#). Datele generale rezultate din cercetare pot fi vizualizate în secțiunea Rapoarte public din cadrul BATEREP, [respectiv aici](#).² Pragurile testului BAT utilizate: $\geq 2,58$ risc mediu; $\geq 3,01$ risc mare.

Pentru comparațiile cu alte categorii profesionale și cu categoria generală *medici* am utilizat rezultatele anterioare ale campaniilor de autoevaluare a riscului de epuizare profesională, disponibile în cadrul platformei BATEREP.

Alături de specificul eșantionului de disponibilitate, rezultatele cercetării au următoarele limite:

Unele specialități au număr mic de respondenți, rezultatele fiind utile ca semnal, dar necesitând validare ulterioară. Pentru o bună parte din prelucrările grafice ale informațiilor am utilizat condiția ($N \geq 2$).

Scorurile sunt auto-raportate, putând exista biasuri de selecție și dezirabilitate socială. Efectul poate fi ponderat de principalul obiectiv al completării testului, aflarea rezultatului auto-evaluării, care poate determina o creștere a onestității furnizării datelor.

Din specificul grupului țintă face parte competența de înțelegere, identificare și evaluare a simptomelor. Ea ar putea pondera o parte a impactului subiectivității din perspectiva adecvării răspunsurilor la realitate.

² <https://baterep.ro/rapoarte/?raport=medici-garzi>



Datele cercetării sunt corelate cu situația obiectivă a medicilor care efectuează gardi, demonstrată de programul de lucru al acestora: durata activității profesionale zilnice aferente gardii este de 24 de ore de lucru continuu (putând ajunge la 30 de ore de lucru continuu) iar timpul de lucru săptămânal/lunar, depășește în mod semnificativ durata maximă legală a timpului de lucru (20% dintre medicii care efectuează gardi au indicat o medie de peste 67 de ore de lucru/săptămână, cca. 38% o medie situată în intervalul 50-67 ore/săptămână iar 42% au indicat că lucrează până la 50 ore de lucru/săptămână.³)

Concluziile sunt semnale robuste, dar necesită validare prin replicare. Desfășurarea unui screening național (de preferat, date fiind posibilitățile create de platforma BATEREP) sau a unei cercetări bazată pe eșantion reprezentativ sunt soluții optime de validare.

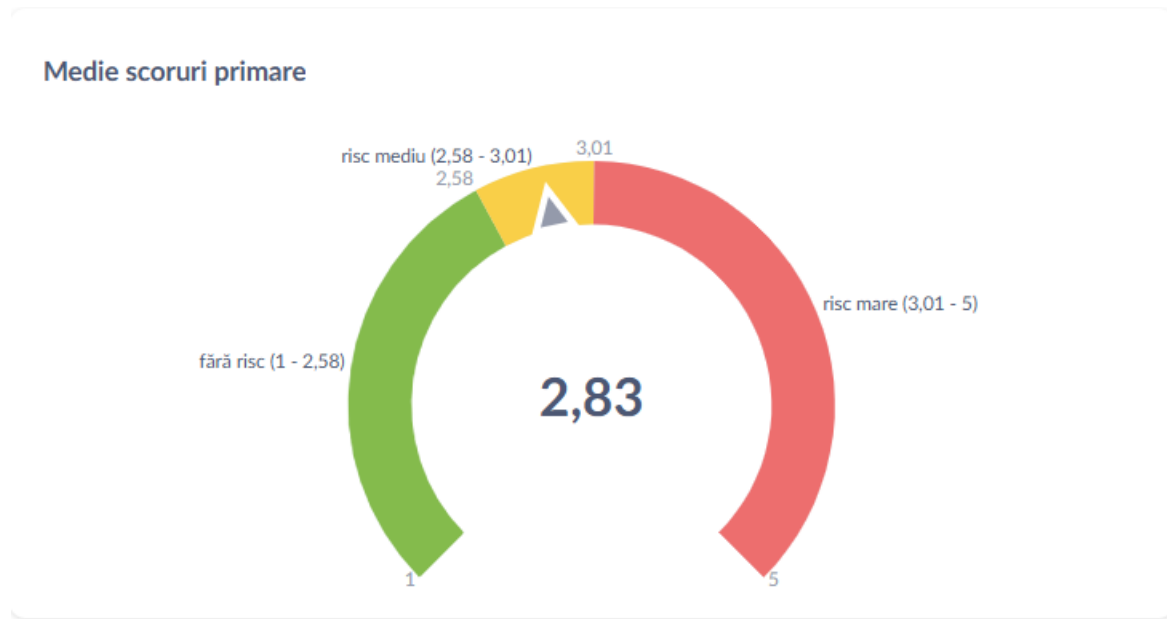
Precizăm că datele privind situația generală a angajaților/membrilor care completează testul de autoevaluare din cadrul BATEREP sunt accesibile tuturor unităților sanitare publice și principalelor organisme profesionale, acestea putând utiliza rapoartele specifice pentru măsurile de prevenire a epuizării profesionale. Cercetarea reprezintă în egală măsură un prin screening desfășurat la nivel național, utilizând un instrument de evaluarea a riscului de epuizare profesională, pe tema medicilor care efectuează gardi.

³ Sursa datelor: studiul [Evaluarea impactului sistemului malpraxis asupra profesioniștilor din sănătate. Probleme și soluții](#) - martie 2025



Rezultatele generale ale cercetării

38% dintre medicii care efectuează gărzi se află în **risc mare** de epuizare profesională. Cca. 51% dintre medicii care efectuează gărzi se află în **risc mediu** de epuizare profesională.



Figură 1 Media scorului BAT aferent cercetării. Sursa imaginii: BATEREP

Punctajul mediu (**2,83**) situează categoria *medici care efectuează gărzi* în zona riscului mediu de epuizare profesională.

La *categoriile de secții*, din perspectiva nivelului punctajului mediu pe primul loc se situează Urgența (2,99). Punctajul este situat în imediata vecinătate a riscului maxim de epuizare profesională.

Medicii din următoarele specializări se află în **zona riscului mare de epuizare profesională**;⁴

1. Terapie intensiva coronarieni-UTIC
2. Reumatologie
3. Chirurgie vasculara
4. Neurologie
5. Oncologie medicală
6. Pediatrie (pediatrie și recuperare pediatrica)
7. Hematologie
8. Urologie

⁴ Prezentăți în ordine ierarhică și reținând doar specializările care au minim 2 auto-evaluări completate.

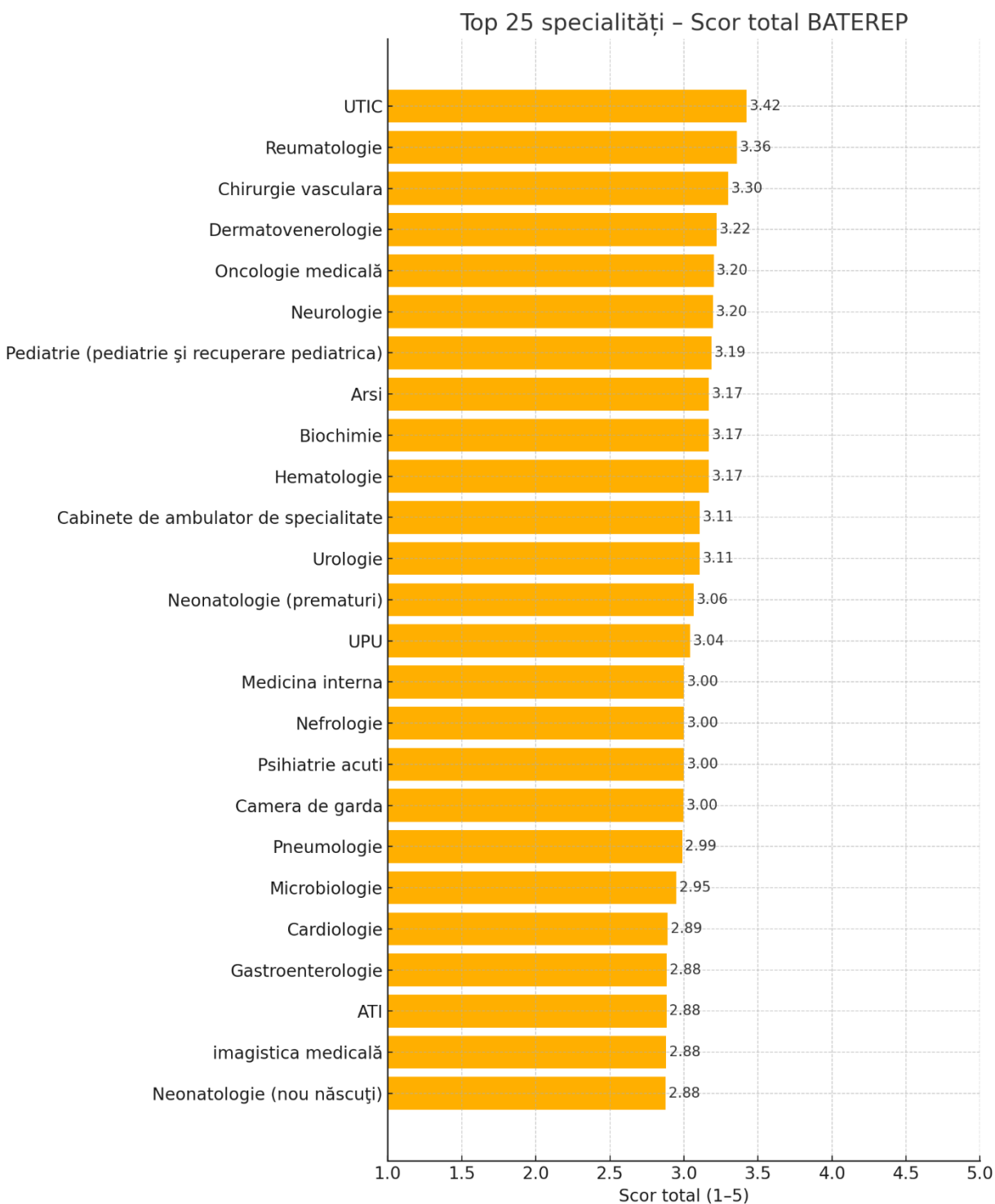


9. Urgenta – UPU.



Figură 2 Cele mai ridicate 25 de medii de scor, cu linii de referință 2,58 (risc mediu) și 3,01 (risc mare), doar specialități cu ≥ 2 respondenți. Imaginea prezintă cele mai afectate specialități medicale, în ordinea punctajului aferent riscului de epuizare profesională. Limitarea la 25 de specializări este condiționată de rațiuni de prezentare grafică.

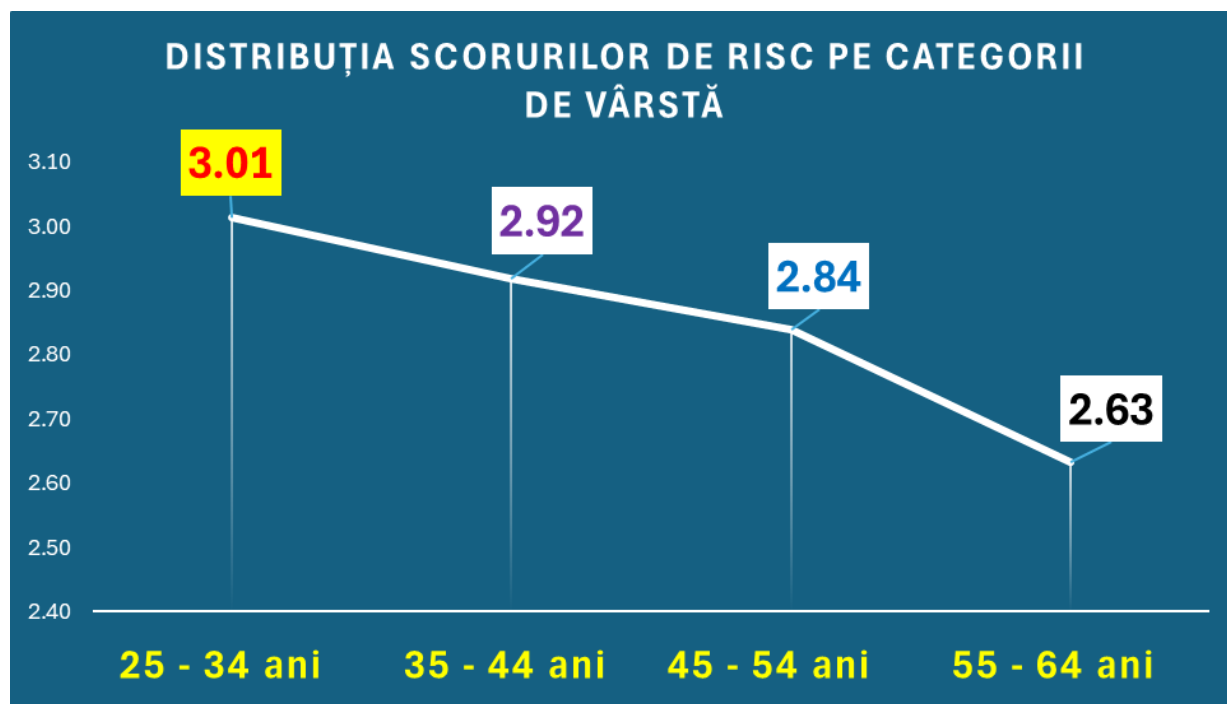
Graficul evidențiază principalele 25 de specialități aflate în zona riscului mare sau mediu de epuizare profesională, indicând totodată poziția pe care o ocupă fiecare dintre ele.



Figură 3 Distribuția ierarhică a scorurilor medii BAT pe specialități, fără condiția „doar specialități cu ≥ 2 ”



Impactul vârstei asupra epuizării profesionale

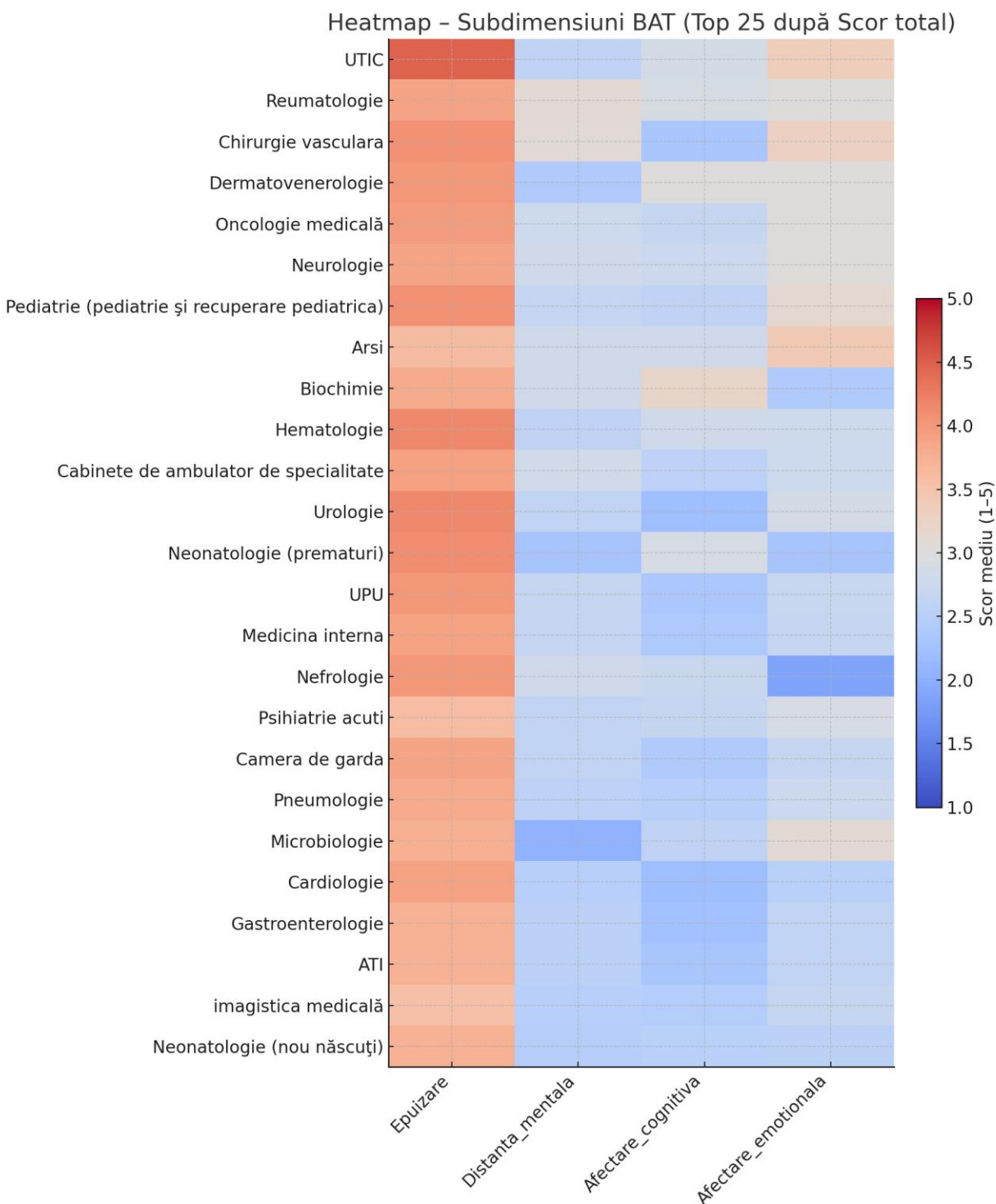


Figură 4 Distribuția scorului BAT pe categorii de vârstă. Imaginea prezintă o corelație, fiind necesară evaluarea unui potențial rol causal al acesteia.

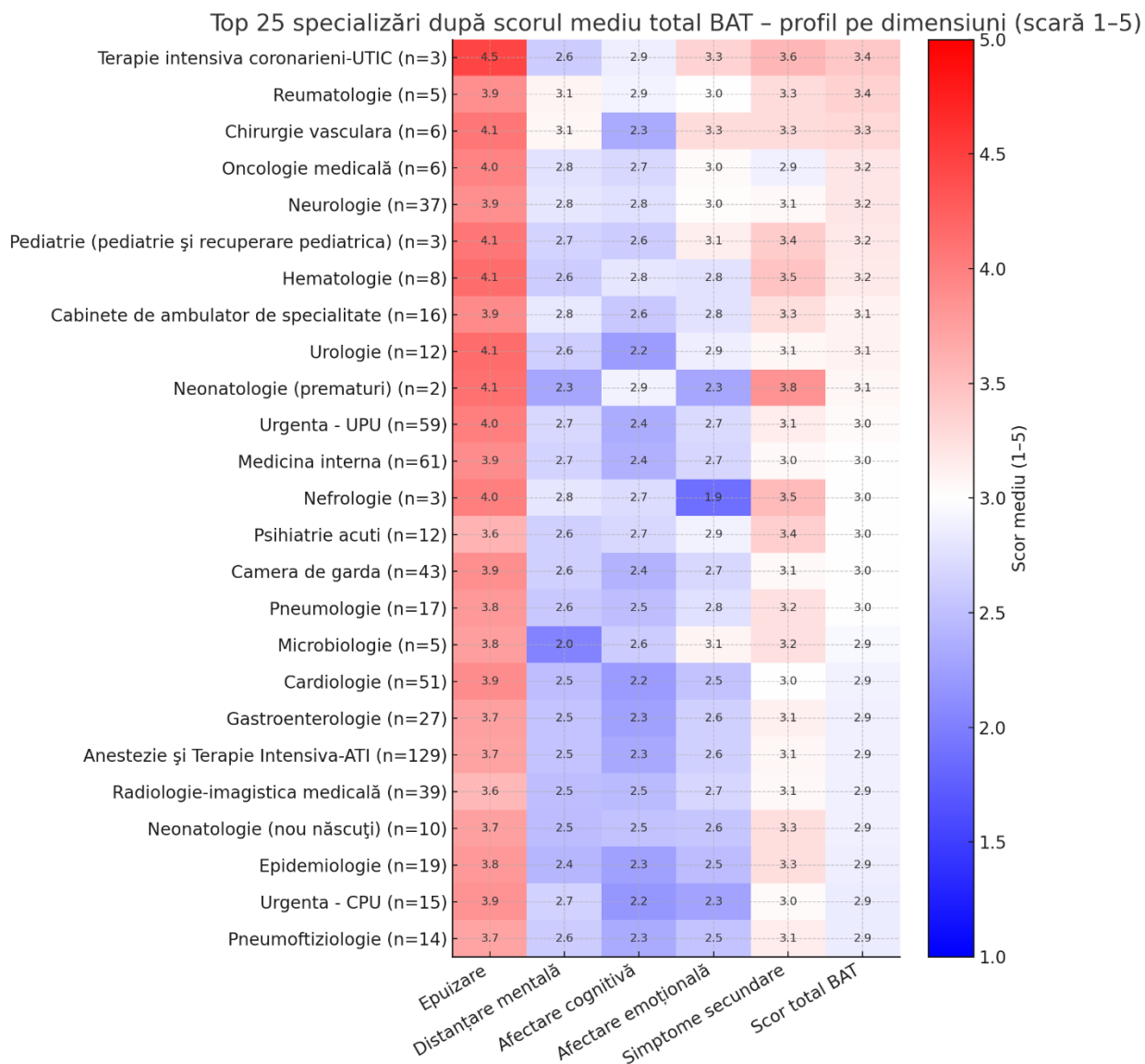
Riscul de epuizare profesională este distribuit invers proporțional cu vârsta, medicii tineri (intervalul 25-34 de ani) fiind situația în zona riscului foarte mare de epuizare profesională. O ipoteză explicativă o constituie existența unui raport direct proporțional între vârstă și capacitatea de reziliență.⁵

Analiza diferențelor dintre specialități

⁵ Pentru a fi verificată este necesară cel puțin eliminarea posibilității unei distribuții asimetrice a sarcinilor de lucru.



Figură 5 Heatmap: Subdimensiunile BAT (Epuizare, Distanțare, Cognitiv, Emoțional) pentru Top 25 specializări după scorul total.



Figură 6 Heatmap: Scorul total, scorul pentru subdimensiunile BAT (Epuizare, Distanțare, Cognitiv, Emoțional) și scorul pentru Simptome secundare - top 25 specializări după scorul total, cu afișarea punctajelor

Pentru cele două figuri pot fi reținute următoarele aspecte:

Roșu intens pe *Epuizare* și roșu pe *Simptome secundare* la aceeași specialitate sugerează oboseală sistematică cu manifestări somatice, acestea fiind zone prioritare de intervenție (program, volum, recuperare).

Distanțare mentală moderat-ridică ($\geq 2,6-3,1$) indică decuplare afectivă/cognitivă de la muncă. În combinație cu epuizarea ridicată, semnaleză risc de cronicizare.



Afectarea cognitivă cu un punctaj mai redus decât cel pentru *Epuizare* sugerează că primul front de intervenție este încărcarea și recuperarea, urmate de măsuri pe climat și autonomie (care influențează distanțarea).

Concluzii operaționale

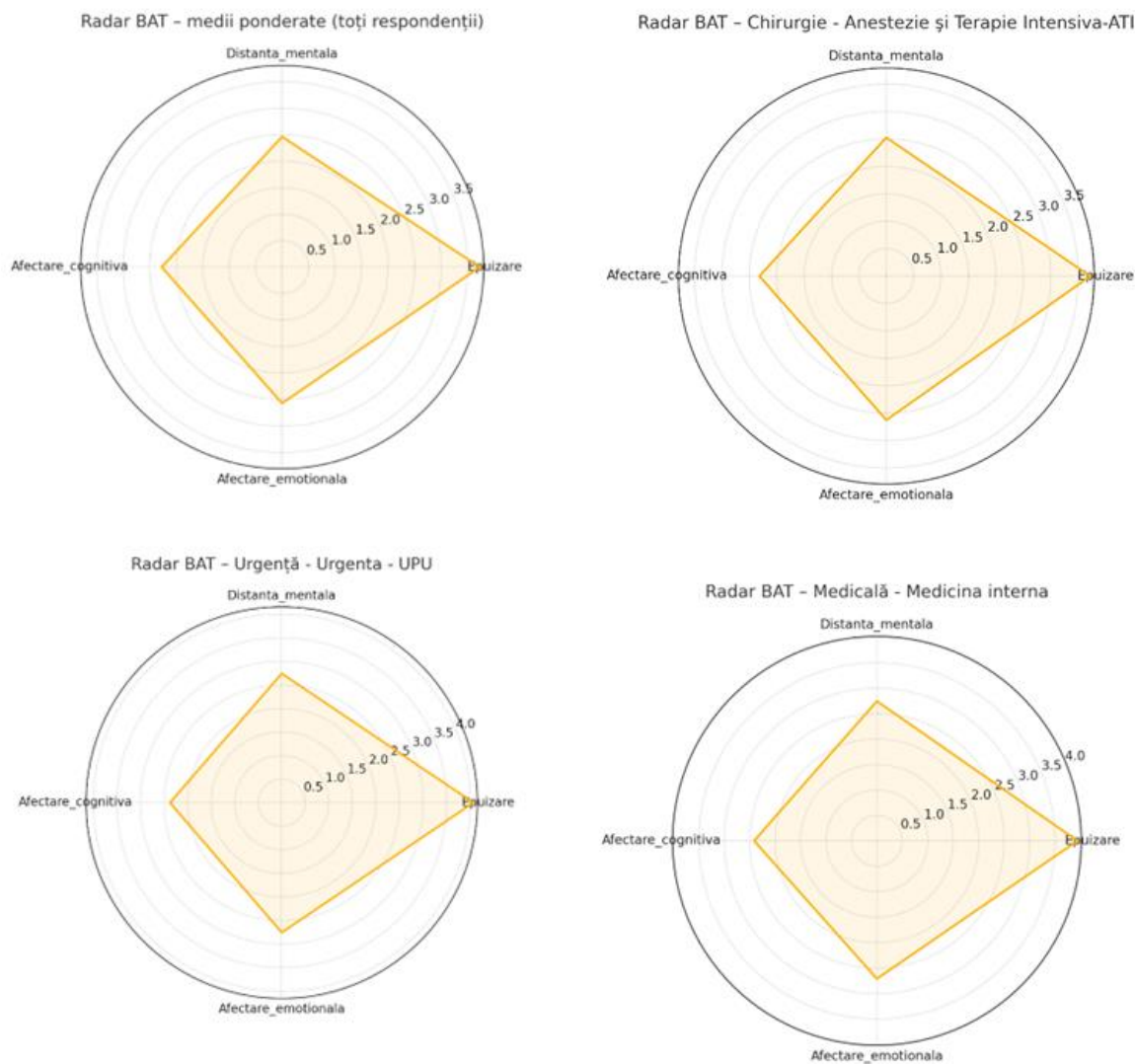
Epuizarea este vectorul principal al riscului în top 25 specializări medicale.

Intervențiile ce pot avea un impact rapid:

- controlul timpului de muncă (gărzi/ore suplimentare, recuperare efective);
- redistribuirea încărcării cu sarcini de muncă și număr de specialiști adecvat;
- ferestre de recuperare predictibile, micro-pauze, rotații raționale;
- recunoașterea și recompensa adecvată a activității.

Distanțarea mentală impune măsuri de normalizare a climatului organizațional, autonomie și amplificarea intervențiilor privind donarea de sens muncii: feedback pozitiv, suport al conducerii, reducerea presiunilor neclinice, forme de recunoaștere.

Simptome secundare cu scor de peste 3 în multe specialități au ca recomandare screening sistematic pentru manifestări somatice ale stresului și acces facil la consiliere/psihologie ocupațională.



Figură 7 O analiză comparativă (model radar dimensiuni BAT) - scorul mediu general și câteva specializări

Analiza comparativă a distribuției scorurilor pe dimensiuni evidențiază următoarele:

- **Scorul mediu:** riscul de burnout este determinat în special de *Epuizare*; celelalte subdimensiuni sunt între „la limită” și „mediu”. Per ansamblul sugerează un profil de burnout în fază de acumulare, cu uzură energetică ridicată înainte ca detașarea/decalajele cognitive să explodeze.

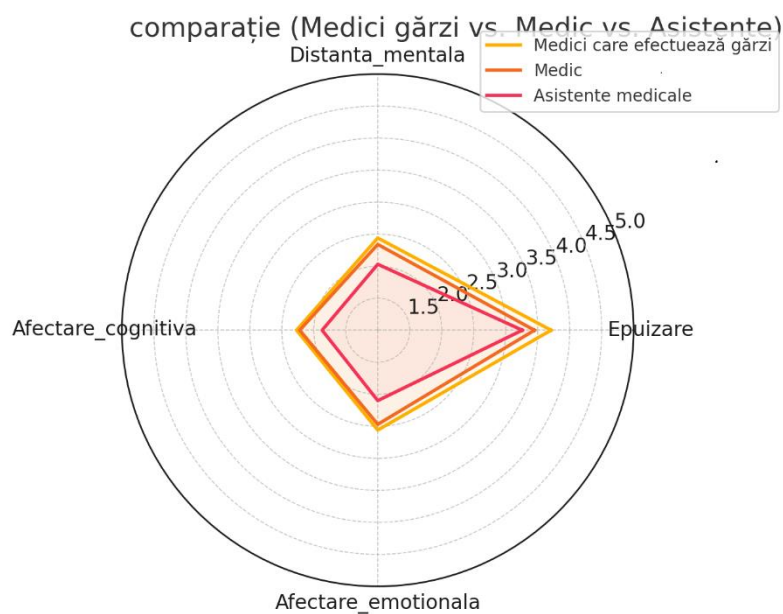


- **Specializarea ATI** se menține aproape de profilul general, cu *epuizare* foarte ridicată și restul dimensiunilor pe mediu/limită. Specificul muncii critice și al gărzilor frecvente ar putea explica presiunea.
- **UPU** este vârful de risc pe *epuizare* (cca. 4). *Distanțarea mentală* și *afectarea cognitivă* urcă la limita riscului mediu, semn că stresul acut și încărcarea cu sarcini de muncă încep să se traducă și în mecanisme de protecție (detașare) și în scăderi funcționale.
- **Medicina internă** are un profil aproape identic cu UPU la *epuizare* (foarte ridicată), cu *distanțare mentală* ușor mai mare (cca. 2,7), care sugerează uzura mecanismelor de coping la presiune constantă și complexitate clinică mare.

Radarele BAT arată un risc mare de burnout prin *epuizare* la toate categoriile analizate, cu vârfuri în UPU și Medicină internă (cca. 4,0). *Distanțarea mentală* și *afectarea emoțională* se află deja în zona de risc mediu, iar *afectarea cognitivă* este la limită, acesta putând fi interpretat ca un semnal timpuriu că, în absența unor măsuri, există riscul de impact asupra calității muncii și siguranței actului medical. Altfel spus, fără intervenții cresc probabilitatea de erori, absențe, intenție de părăsire a locului de muncă și scade satisfacția pacientului. Cel mai sever impact îl suferă însă profesioniștii în cauză.

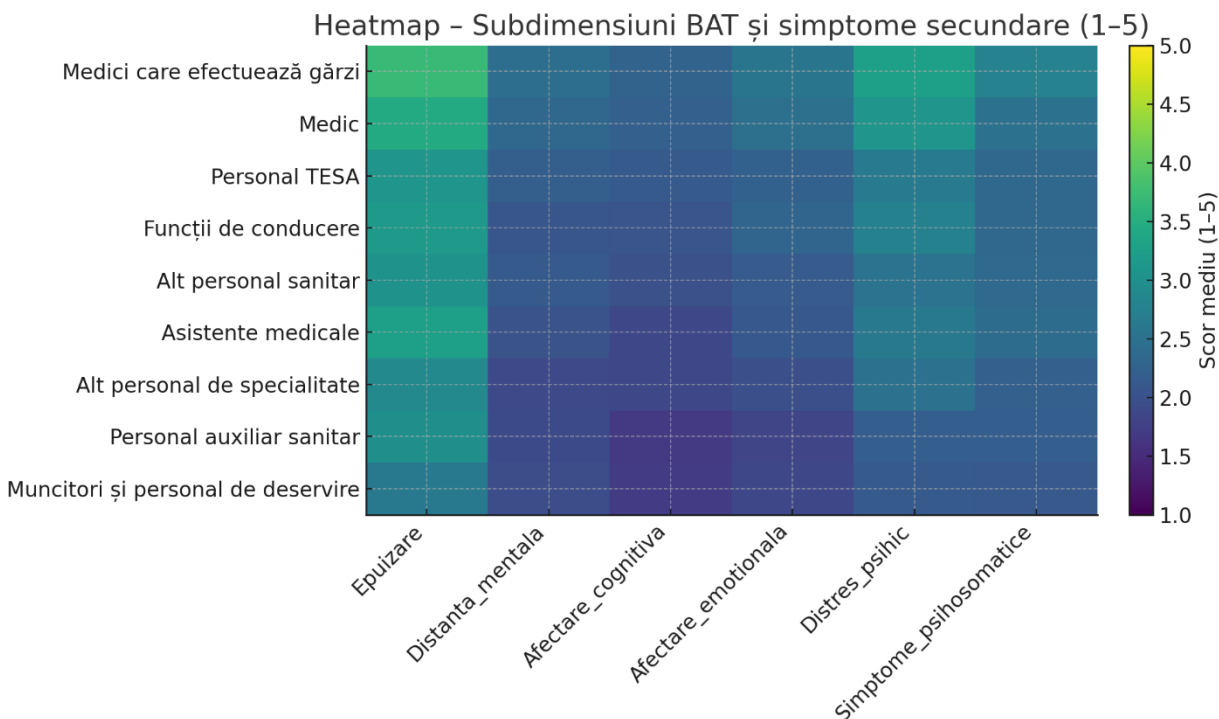


Comparația cu alte categorii profesionale



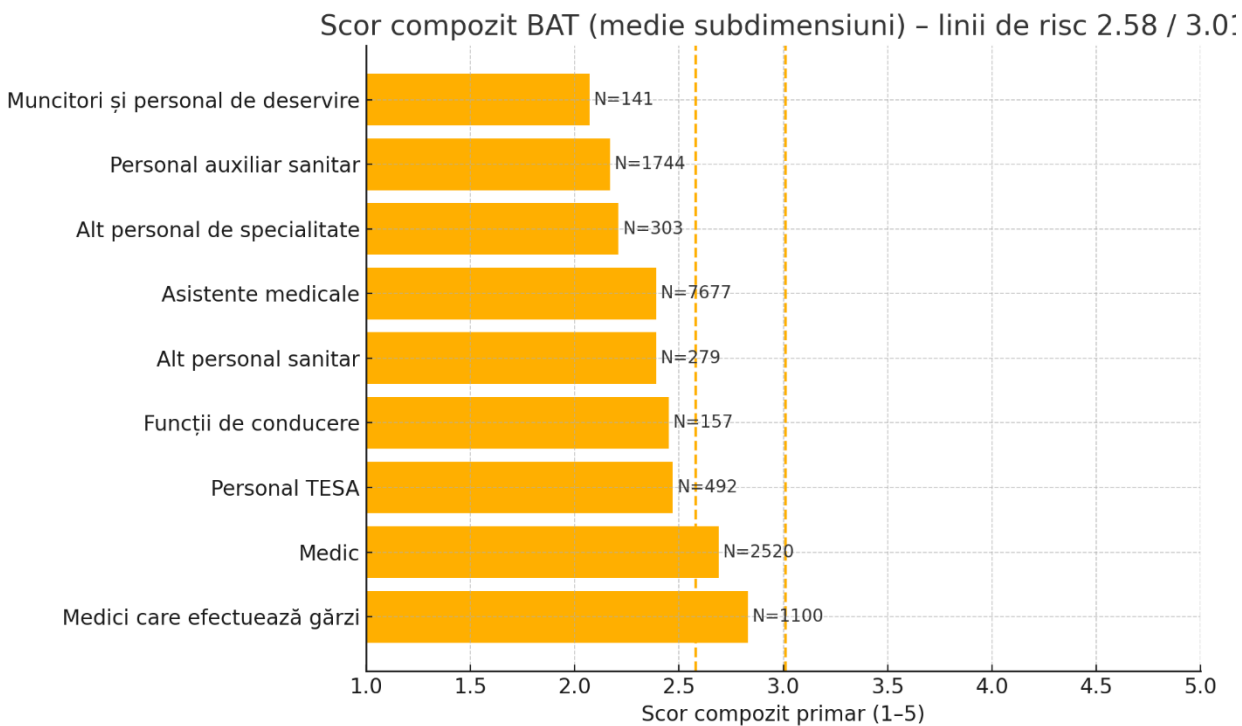
Figură 8 Comparație radar trei categorii

Imaginea indică faptul că garda amplifică nu doar Epuizarea, ci și Distanța mentală (detașare), și Afectarea emoțională/cognitivă.



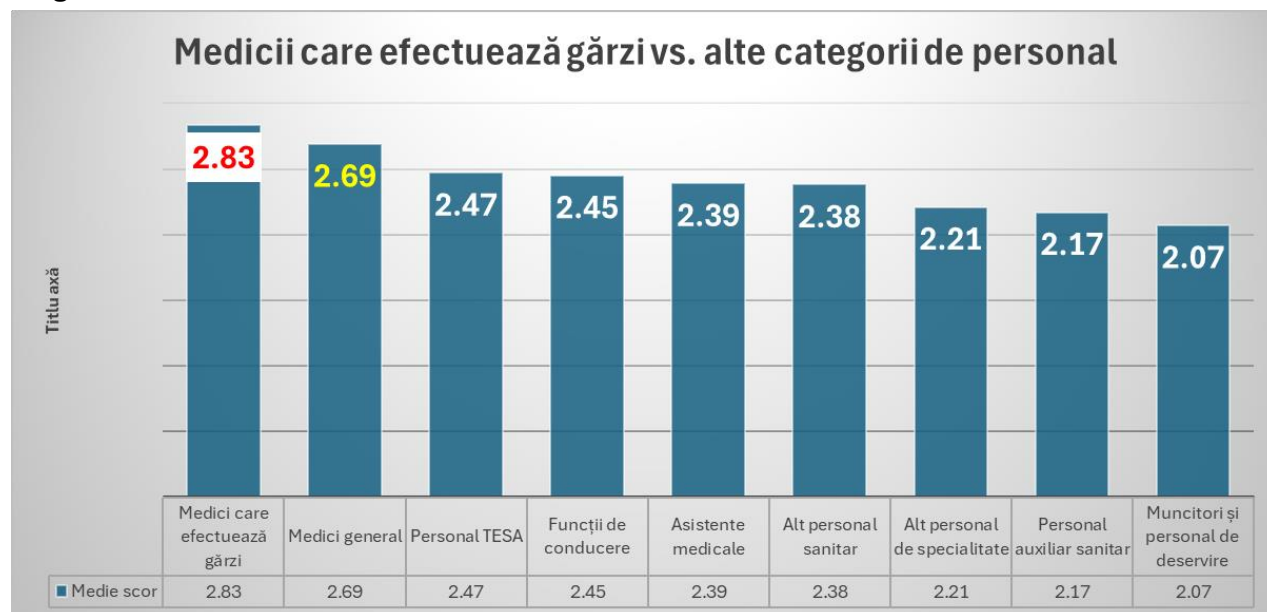
Figură 9 Heatmap comparativ între categoriile profesionale, pe dimensiuni BAT

Epuizarea este cea mai ridicată dintre dimensiunile primare pentru toate categoriile. Constituie segmente critice medici care efectuează gărzi, având adevărate „insule fierbinți” pe Epuizare și nivel ridicat la Distanță mentală. Medicii (categoria toți) au același profil, dar o treaptă mai jos. Asistentele medicale au un profil moderat, însă tot cu Epuizarea la nivel ridicat.



Figură 10 O ierarhie a scorurilor BAT pe categorii profesionale

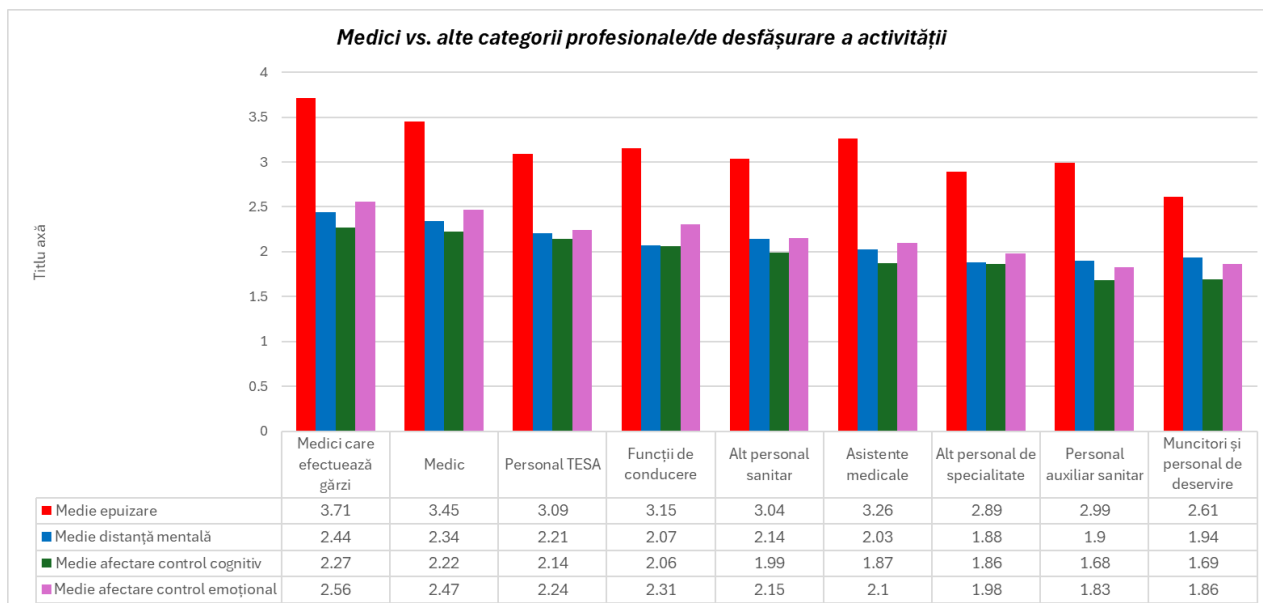
Garda diferențiază clar riscul: aceeași profesie (medic) urcă o treaptă când intră în regimul de gărzi.



Figură 11



Mențiune: categoria generală *medici* include și medicii care efectuează gărzi.



Figură 12

Medicii care fac gărzi conduc în toate dimensiunile BAT. Diferența e consistentă, nu doar pe epuizare.

Rezumat executiv

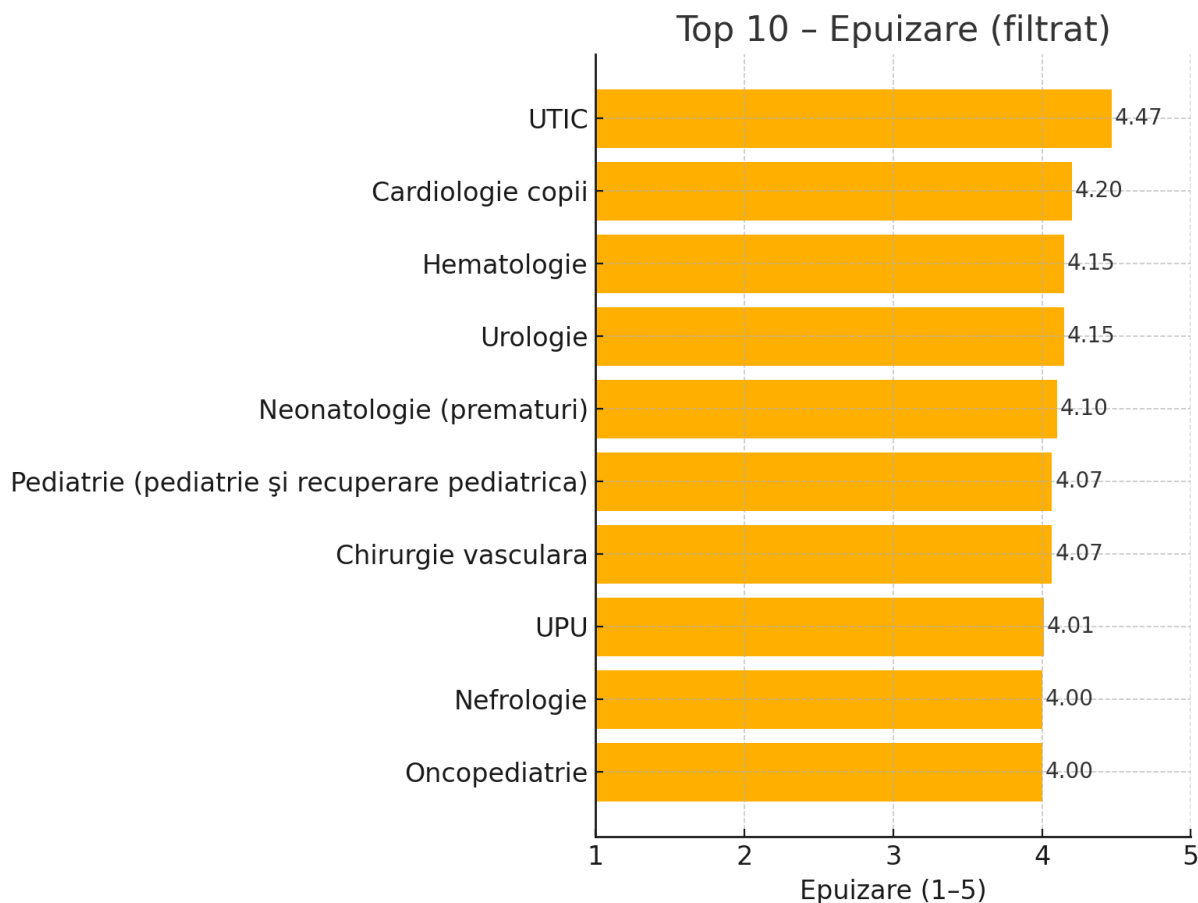
Riscul de burnout este prevalent în eșantion, cu vârful la medicii care fac gărzi. Garda contează, medicii care efectuează gărzi ating pragul de risc mare la burnout.

Epuizarea este cauza principală, urmată de distanțare, Specialitățile cu gărzi intense (ATI, UPU) reproduc același model de risc ridicat.

Asistentele medicale și alte categorii au risc mediu sau sub mediu, dar nu lipsit de semnificație la Epuizare. Ceea ce arată că soluțiile sunt structurale: programare, norme și recuperare, alături de sprijin psihologic.

Evaluarea dimensiunilor epuizării profesionale

Epuizare



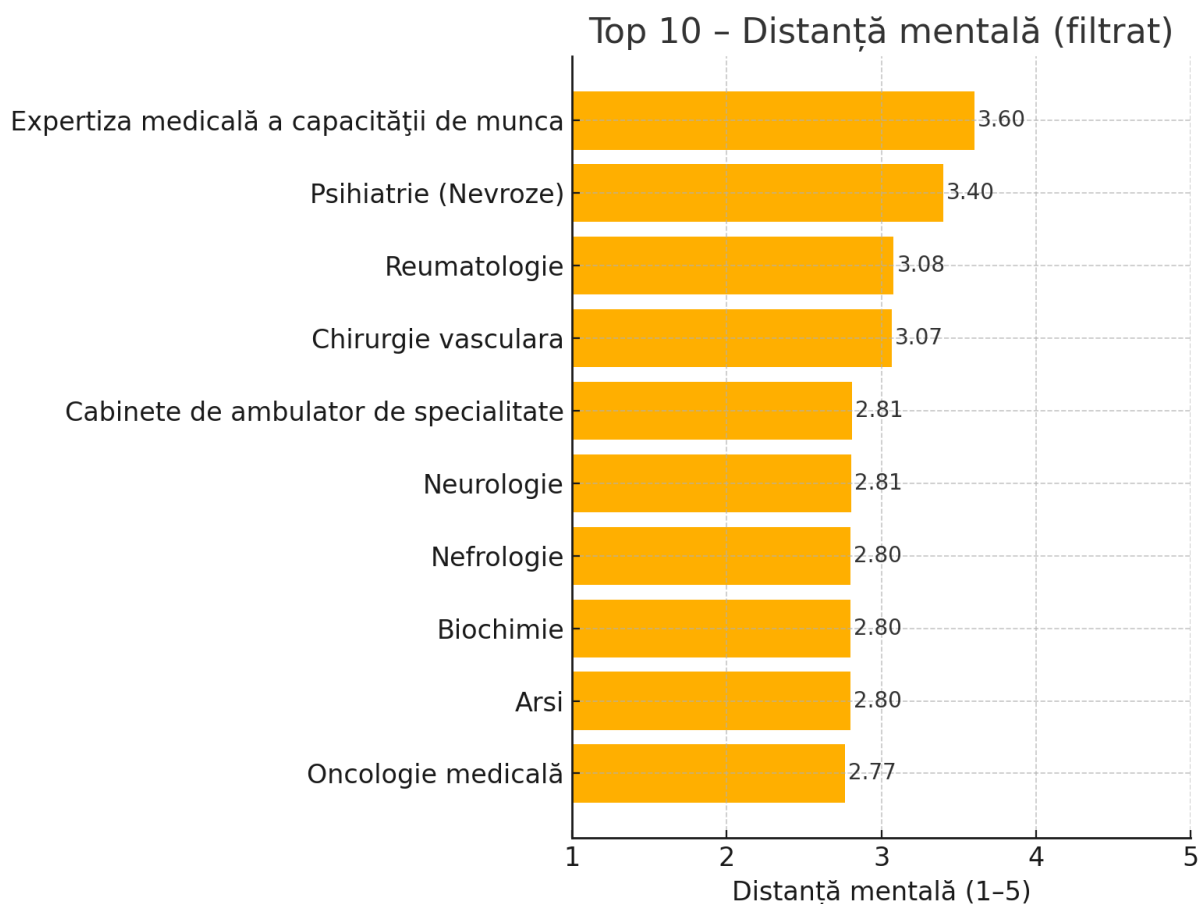
Figură 13 Bară orizontală: top 10 Epuizare.

Scorurile ≥ 4 pe o scală 1–5 indică simptome frecvente (aproape zilnic): oboseală fizică și psihică, lipsă de recuperare, somn inefficient. Cauze posibile: UTIC și UPU indică încărcare permanentă, cazuri critice. Neonatologie (prematuri), Cardiologie copii, Oncopediatrie au încărcătură emoțională mare plus complexitate tehnică. Hematologie, Nefrologie: pacienți cronici, proceduri solicitante și expunere la complicații prelungite. Chirurgie vasculară: presiune intra/postoperatorie și urgențe.

Între primul și al zecelea loc diferența e 0,47 puncte (4,47–4,00) – semn că toate aceste specialități sunt consistent la nivel înalt de epuizare (vârf compact).



Distanțare mentală



Figură 14 Bară orizontală: top 10 Distanță mentală.

Epuizarea este foarte ridicată în toate specialitățile din Top 10 (toate scoruri ≥ 4 , cu vârful în UTIC – 4,47), indicând simptome frecvente ale oboselii extreme la locul de muncă. Distanța mentală (detașarea/cinismul față de muncă) este moderată spre ridicată în câteva arii, maxim în Expertiza medicală a capacității de muncă – 3,60 și Psihiatrie (nevroze) – 3,40; restul sunt în jur de 2,8–3,1.

Epuizare fără (încă) distanță mentală mare – ex. UTIC, UPU, Pediatrie: oamenii sunt foarte obosiți, dar rămân implicați. Risc: dacă persistă, poate evolua spre cinism/detașare.

Distanță mentală relativ mare, epuizare mai puțin vizibilă în Top 10 (excepții: Expertiza capacității de muncă, Psihiatrie) mai curând detașare decât oboseală extremă; necesită intervenții de suport etic/psihologic și reducere a fricțiunii de rol.



Recomandări posibile:

- Pentru epuizare ridicată (UTIC, UPU, Neonatologie, Pediatrii, Hematologie etc.):
 - o Optimizarea programării (ture, număr de gărzi), micro-pauze obligatorii, limite clare pentru ore suplimentare.
 - o Calibrare de normativ și mix de competențe pe gardă; back-up real în orele de vârf.
 - o Recuperare: zile tampon după ture grele; acces facil la consiliere/psiholog clinic.
 - o Debriefing structurat după cazuri critice (10–15 min, lider de tură).
- Pentru distanță mentală (Expertiza capacității de muncă, Psihiatrie, Ambulatorii):
 - o Clarificare de rol și autonomie (mai puțină muncă administrativă repetitivă, protocoale clare pentru situații conflictuale).
 - o Supervizare clinică (spațiu de procesare emoțională).
 - o Mici ajustări ale conținutului muncii (rotație de sarcini, intervale cu activități variate).

Corelații între dimensiuni (pe mediile pe specialitate)

Asociere moderată:

- Distanță mentală - afectare cognitivă: 0,57
- Epuizare - distanță mentală: 0,58

Asociere slabă (0,18) între epuizare și afectarea emoțională: sugerează că oboseala nu vine neapărat cu reactivitate emoțională mare în toate specialitățile.

Regulile de interpretare a relației dintre dimensiuni

În analiza datelor utilizăm următoarele reguli de interpretare

Situație	Interpretare posibilă	Semnal organizațional
<i>Epuizare mare, Distanță mică</i>	Faza „e avertisment” oamenii sunt epuizați, dar încă implicați	Risc de colaps, intervenție urgentă (rotații, timp liber, suport)

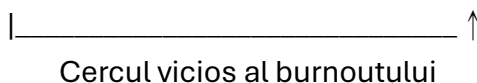


Epuizare mare, Distanță mare	Burnout avansat; cinism, detașare, scădere a performanței	Risc de demisie, absenteism, erori clinice
Epuizare mică, Distanță mare	Devalorizare profesională, lipsă de sens; posibil conflict de valori	Reorganizare a rolurilor, supervizare.
Epuizare și Distanță reduse	Funcționare sănătoasă, angajament stabil	Menținerea echilibrului și a resurselor

În termeni de intervenție (ce spune relația lor despre acțiune):

- Epuizarea este țintă pentru intervenții fiziologice și de volum: program, încărcare, somn, rotații, pauze.
- Detașarea mentală trebuie ținută prin intervenții motivaționale și culturale: recunoaștere, autonomie, sens, suport social.
- Când ambele cresc, e nevoie de intervenție complexă, combinând măsuri organizaționale (SSM, HR) cu suport psihologic.

Stres cronic → Epuizare → Detașare mentală → Ineficiență profesională

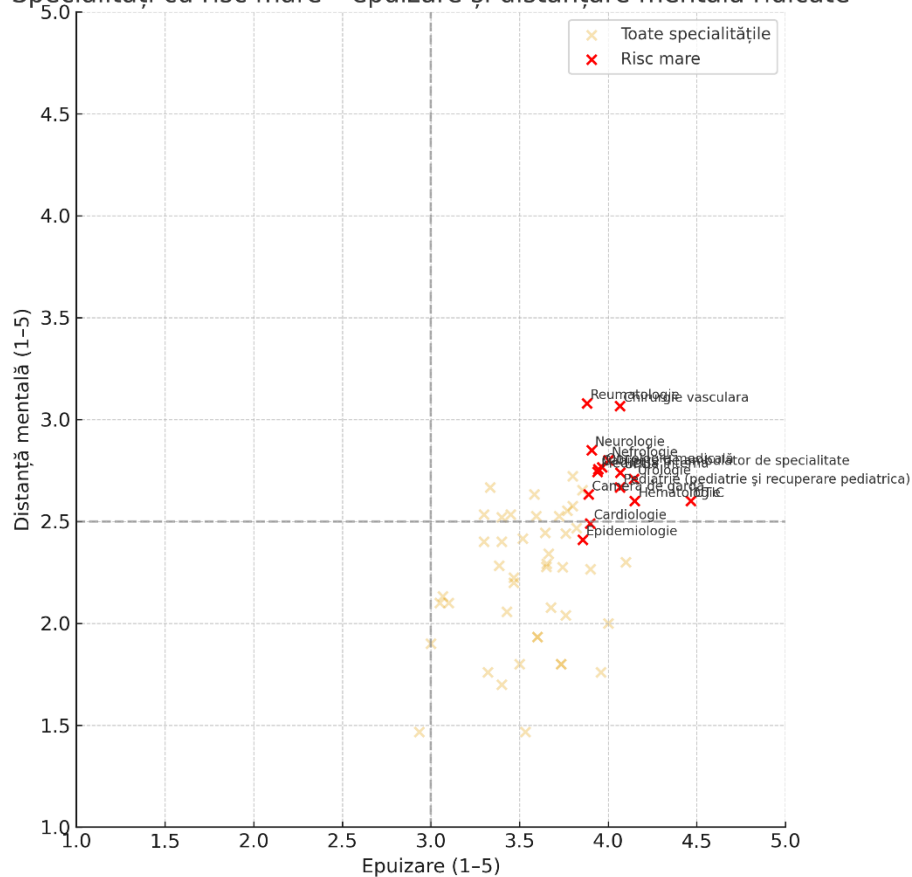


Epuizare vs. distanțare

$r(\text{Epuizare, Distanță mentală}) = 0.58$, indicând relație moderat-puternică. Cu alte cuvinte, atunci când crește epuizarea, crește și detașarea, dar nu în mod perfect: există specialități „epuizate, dar încă angajate” (UPU, ATI, chirurgie pediatrică etc.). Această discrepanță (Epuizarea mai mare decât Distanță mentală) sugerează faza de „burnout activ”, în care profesioniștii continuă să se implice, dar la costuri psihice enorme, fiind un semnal critic pentru prevenție.



Specialități cu risc mare - epuizare și distanțare mentală ridicate



Figură 15

Lista specialităților care prezintă cel mai mare risc de burnout, adică au epuizare $\geq 3,0$ și distanțare mentală $\geq 2,5$, deci se află simultan în zona de oboseală cronică și detașare psihologică ridicată:



Nr.	Specialitate	N	Epuizare	Distanțare mentală
1	UTIC	3	4,47	2,60
2	Hematologie	8	4,15	2,60
3	Urologie	11	4,15	2,71
4	UPU (Urgență)	56	4,07	2,74
5	Pediatrică / Recuperare pediatrică	3	4,07	2,67
6	Chirurgie vasculară	6	4,07	3,07
7	Nefrologie	3	4,00	2,80
8	Oncologie medicală	6	3,97	2,77
9	Cabinete de ambulator	14	3,94	2,76
10	Medicină internă	57	3,94	2,74
11	Neurologie	36	3,91	2,85
12	Camera de gardă	43	3,89	2,63
13	Reumatologie	5	3,88	3,08
14	CPU (Compartiment de primiri urgențe)	15	3,85	2,65
15	Pneumoftiziologie / Pneumologie	13– 17	3,80	2,58–2,72
16	Gastroenterologie	26	3,77	2,55
17	ATI (Anestezie și Terapie Intensivă)	126	3,72	2,53
18	Radiologie-imagistică medicală	38	3,59	2,53
19	Psihiatrie acută	12	3,58	2,63
20	Neurochirurgie	12	3,45	2,53
21	Obstetrică	5	3,40	2,52
22	Recuperare medicală / Medicină fizică și balneologie	3	3,33	2,67
23	Diabet, nutriție și boli metabolice	6	3,30	2,53

Aceste specialități se află în cadranul roșu al burnout-ului:

- *Epuizare mare* înseamnă energie, resurse și motivație consumate.
- *Distanțarea mentală mare* generează cinism, dezangajare, retragere psihologică.

Ele reflectă etapa avansată a sindromului, unde riscul de erori, absenteism și intenție de plecare este cel mai mare.

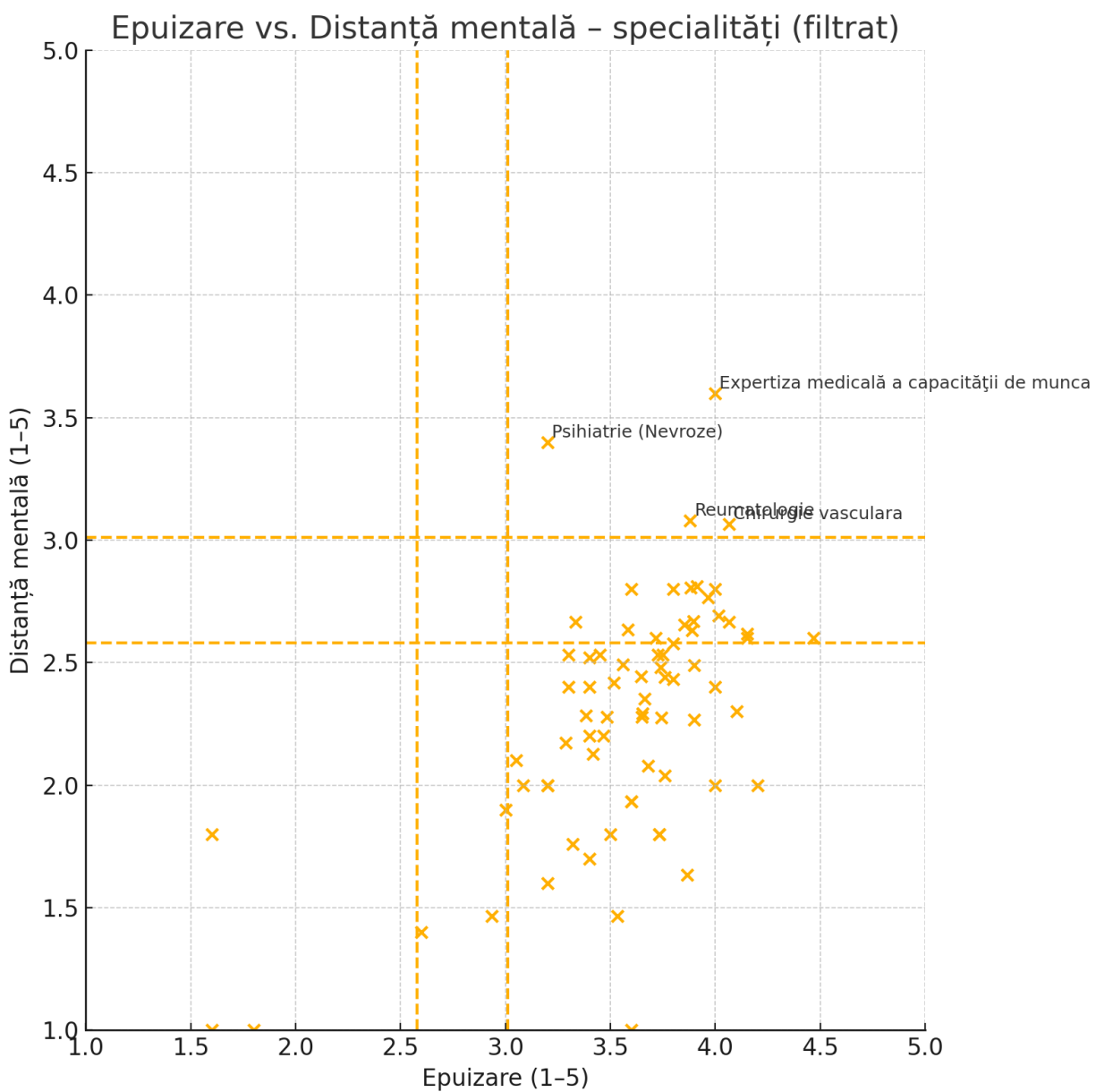
- Cazurile cele mai grave combină expunerea continuă la urgență / suferință și lipsa controlului asupra programului (UPU, ATI, chirurgie, medicină internă).
- Specialitățile cronice sau de contact prelungit cu pacientul (oncologie, reumatologie, nefrologie) prezintă *distanțare mentală ridicată* prin mecanisme defensive.
- UTIC și Chirurgia vasculară se remarcă prin valori simultan foarte mari la ambele dimensiuni, sugerând profil de burnout disociativ complet.



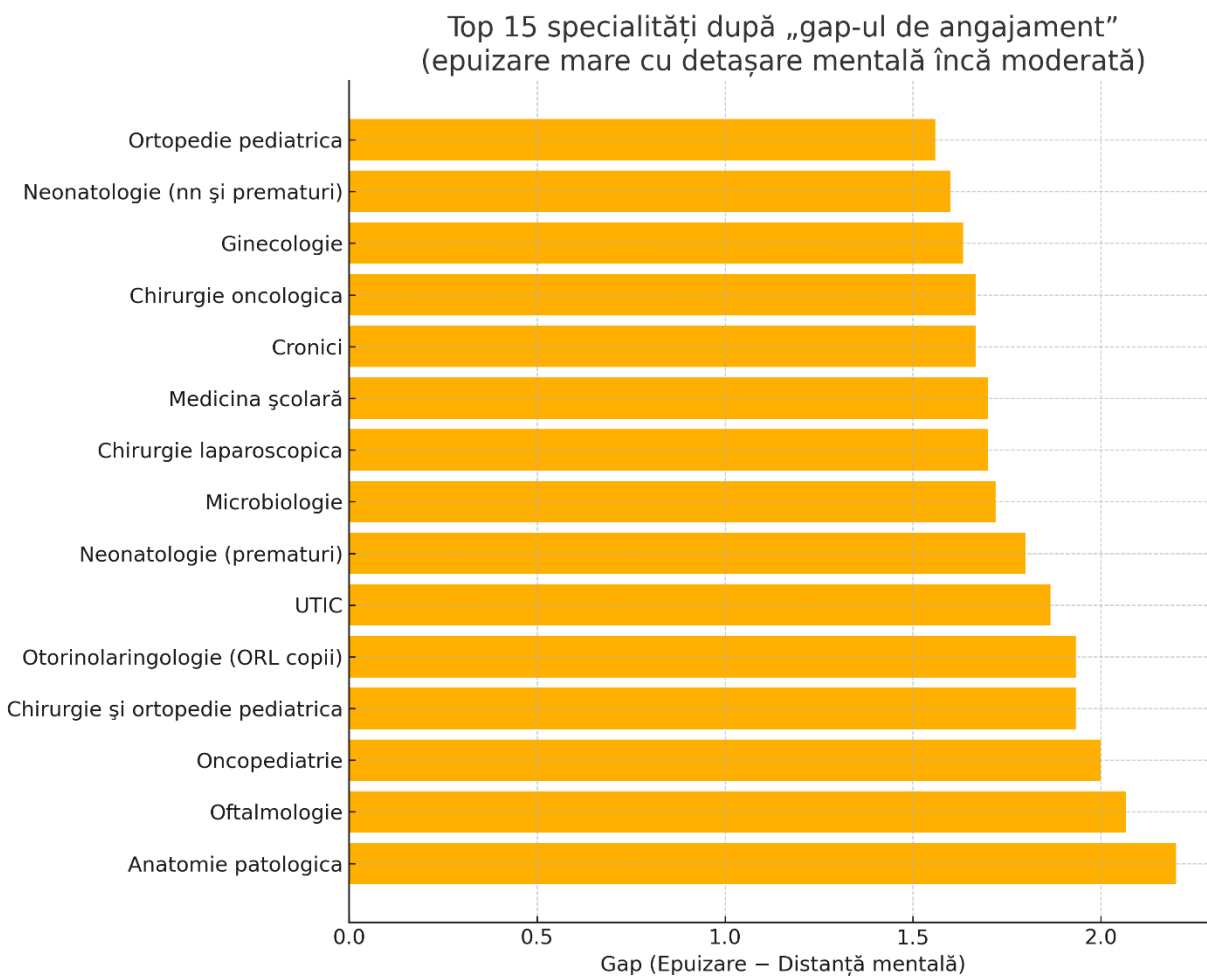
Specialități în risc dublu (Epuizare $\geq 3,01$ și Distanțare $\geq 3,01$):

Specialitate	Număr respondenți	Epuizare	Distanțare
Chirurgie vasculara	6	4.07	3.07
Expertiza medicală a capacității de munca	1	4.00	3.60
Reumatologie	5	3.88	3.08
Psihiatrie (Nevroze)	1	3.20	3.40

Câteva specialități ies clar în cadranul de dublu-risc (Epuizare mare, Distanțare mare):
Chirurgie vasculară, Reumatologie, ce poate fi interpretat ca risc de burnout avansat.



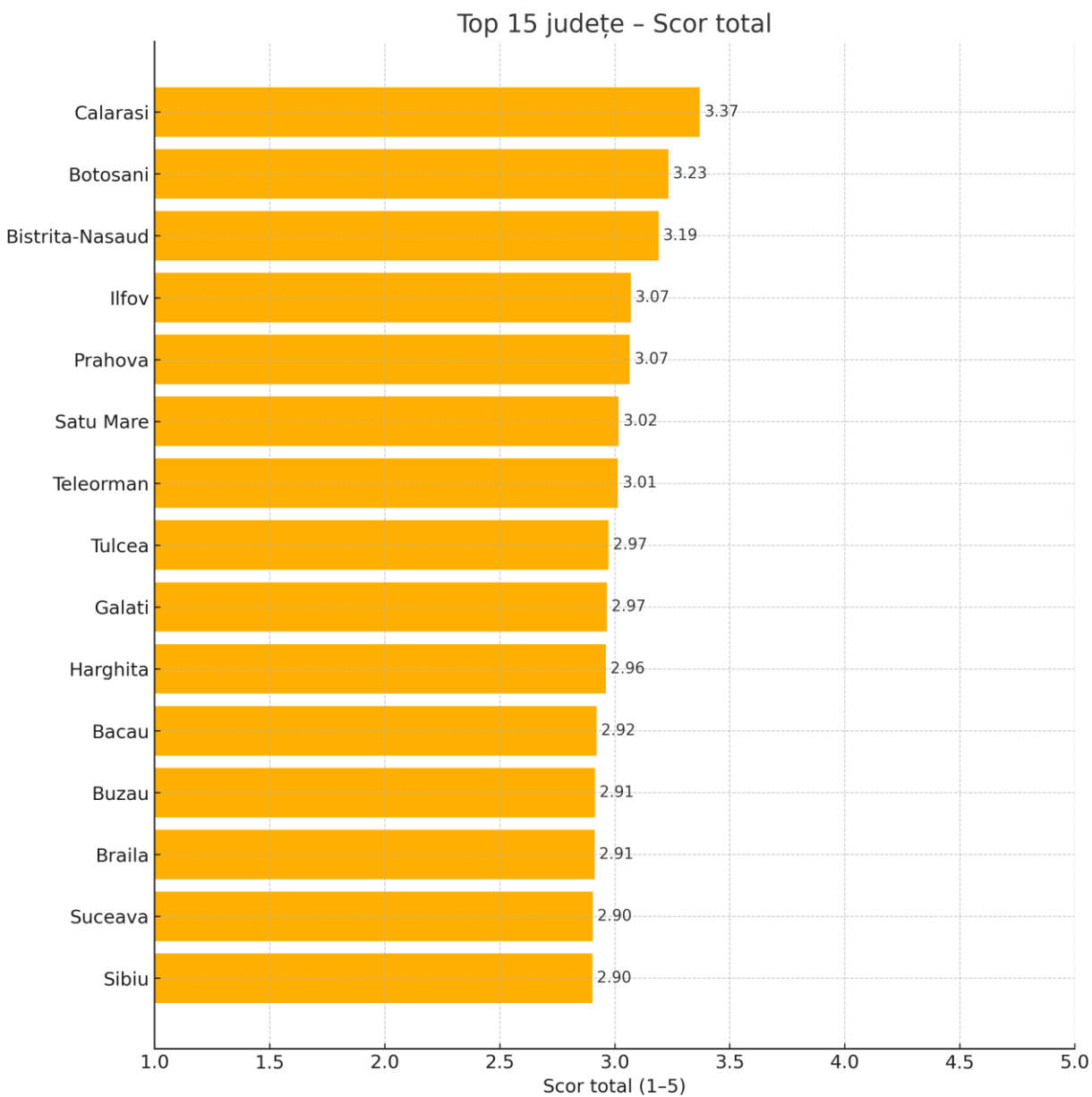
Figură 16 Dispersie: Epuizare vs. Distanțare (linii la 2,58 și 3,01; etichete pentru dublu-risc).



Figură 17



Distribuția pe județe



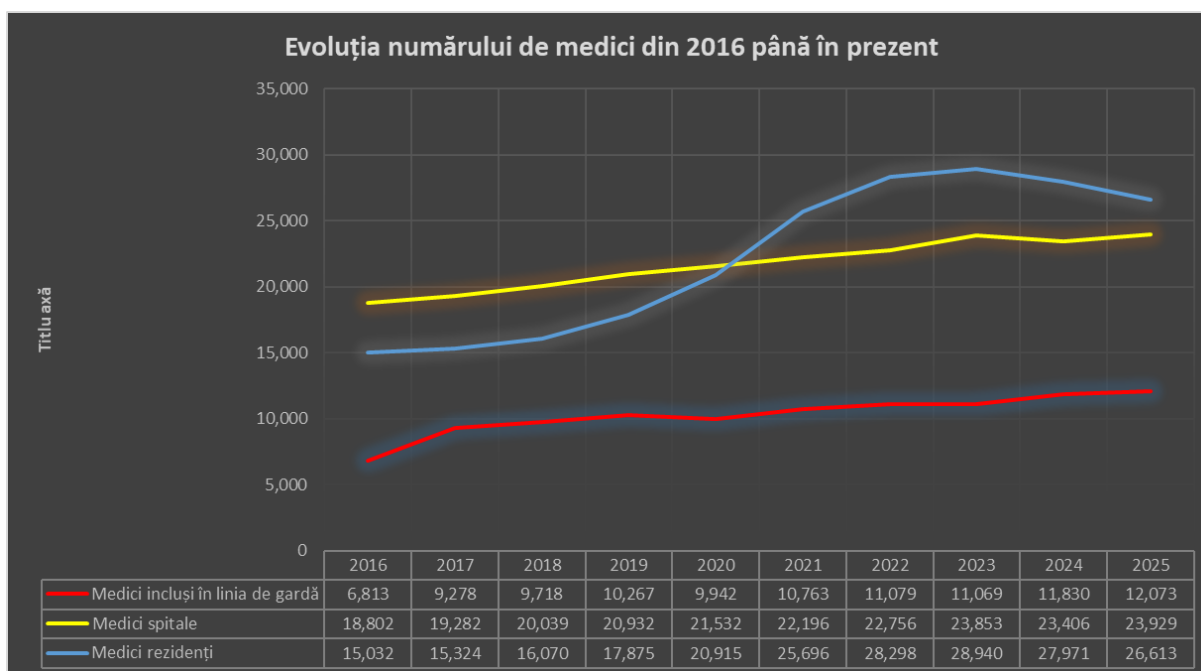
Figură 18 Top 15 județe după Scor total.



Date demografice

Ca referință pentru populația cercetării am avut în vedere informațiile obținute din Platforma de monitorizare a resurselor din sănătate <https://exanalitica.solidaritatea-sanitara.ro/> La data cercetării în sectorul public la data desfășurării cercetării existau:

- 23.795 medici, din care 12.073 medici care efectuează gardzi
- 27.713 medici rezidenți.



Figură 19

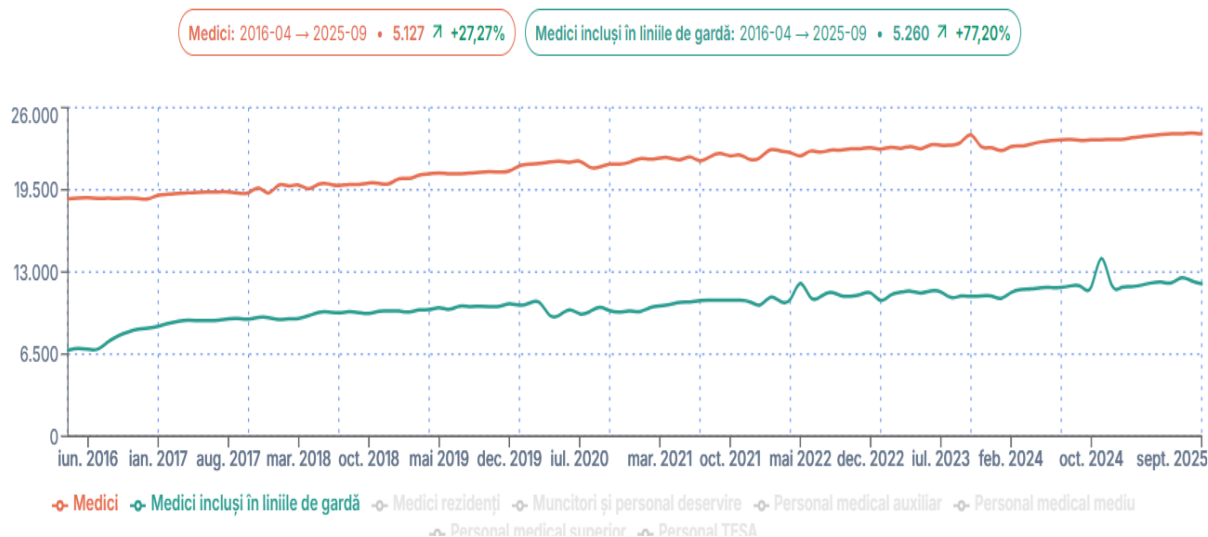
Graficul utilizează ca referință generală luna septembrie a fiecărui an, excepție făcând anul 2016, când referința o constituie luna aprilie.

O versiune detaliată a acestor informație, preluată direct din aplicație, este următoarea:



Evoluția posturilor ocupate în funcție de categoria de personal

Suma lunară per indicator



Figură 20

Concluzii

Medici care efectuează gărzi au epuizare ridicată, dar, în medie, distanțare mentală moderată. Aceasta indică angajament încă mare în condiții de oboseală intensă. Combinația poate crește riscul de erori și decompensări rapide dacă nu se intervine organizațional (program, odihnă, rotații, suport).

Oboseala este componenta dominantă; distanța mentală rămâne moderată. Peste 3 din 4 specialități sunt cel puțin la risc mediu.

Per ansamblul, angajamentul este încă mare, dar pe fond de oboseală cronică.

Principala ipoteză cauzală privind nivelul crescut al riscului de epuizare profesională a medicilor o reprezintă programul de lucru al acestora, raportat la cele două dimensiuni ale sale: durata activității desfășurată într-o zi de gardă (care pornește de facto de la 24 de ore de lucru continuu și poate ajunge la 30 de ore de lucru continuu) și timpul de lucru săptămânal/lunar, care depășește în mod semnificativ durata maximă legală a timpului de lucru. Ipoteza se bazează pe prezumția legală a ivirii riscurilor în momentul depășirii limitelor timpului de lucru.



Recomandări

Câteva observații privind cadrul legal

Dată fiind principala ipoteză cauzală, recomandare principală o constituie modificarea programului de lucru al medicilor care efectuează gardzi, în special prin reducerea numărului de ore de lucru continuu.

Jurisprudența CJUE stabilește că garda la locul de muncă se consideră integral timp de muncă, inclusiv perioadele inactive. Interpretarea este transpusă în legislația din România. Hotărârea CJUE în cauza C-585/19 (în cazul Academia de Studii Economice din București vs. OI POCU MEN) publicată pe 17 martie 2021, clarifică interpretarea Directivei 2003/88/CE privind organizarea timpului de lucru în cazul salariaților cu mai multe contracte de muncă la același angajator. În acest caz CJUE s-a raportat atât la prevederile Directivei 2003/88/CE cât și la cele din Codul Muncii, stabilind că în cazul angajaților care au mai multe CIM-uri la același angajator, limitele timpului de lucru se calculează *per angajat* (luând în considerare toate CIM-urile în mod simultan) nu *per contract*. În aceste condiții principala recomandare o constituie modificarea prevederilor OMS nr. 870/2004.⁶ În discuție este prioritizarea intervențiilor cu caracter structural, dată fiind probabilitatea ca principala cauză să o constituie durata foarte mare a timpului de lucru în gardă.

Recomandări speciale

Cea mai importantă recomandare o constituie evaluarea riscului de epuizare profesională la nivel național, prin utilizarea unui sistem unic de evaluare (BATEREP-ul oferind un bun exemplu).

Datele existente sugerează oportunitatea urgentării intervențiilor în specialitățile aflate în risc mare și dublu-risc (cele care au atât scorurile de epuizare crescute cât și pe cele de distanțare mentală).

Următoarele intervenții pot contribui la îmbunătățirea semnificativă a situației:

- Utilizarea mecanismelor de recuperare post-gardă, rotații și planificare anticipată a vârfurilor de activitate.
- Implementarea screening-ului țintit și monitorizare periodică (BATEREP) pentru secțiile din zona roșie și cea galbenă.

⁶ Analiza OMS 870/2004 și prima variantă a propunerilor de modificare ale acestui act normativ, transmisă Grupului de lucru pentru modificarea OMS nr. 870/2004 din cadrul Ministerului Sănătății, [pot fi găsite aici](https://solidaritatea-sanitara.ro/proiectul-de-modificare-a-oms-8702004-prima-forma-a-propunerilor-inaintate-grupului-de-lucru-din-cadrul-ms): <https://solidaritatea-sanitara.ro/proiectul-de-modificare-a-oms-8702004-prima-forma-a-propunerilor-inaintate-grupului-de-lucru-din-cadrul-ms>



- Indicatori de alertă: creșteri de $>0,2$ pe dimensiuni BAT, absențe, erori raportate, rotație de personal.
- Acces la consiliere psihologică; programe de prevenție a burnoutului.
- Consolidarea dialogului social (SSM/HR/sindicate) pentru ajustarea resurselor și a normelor de timp de muncă.
- Ferestre de recuperare în timpul de lucru predictibile, micro pauze în ture lungi, programe scurte de igienă a somnului și supervizare psihologică pentru echipele expuse.
- Monitorizarea și raportarea timpului de muncă real (incluzând gărzile și norma de bază) și a odihnei compensatorii; rotații și redistribuirea încărcării la specialitățile din zona roșie.
- Pentru tinerii medici: mentorat și protecție de program pentru grupa 25–34 ani (pilot în urgență/ATI/medicină internă/neurologie).
- Corecții salariale orientate pe risc și sarcină reală: componentă de risc/complexitate pentru ATI, UPU, specialități acute. Tarif orar corect pentru gărzi (inclusiv suplimentare) și indexare predictibilă. Revizuirea tarifului orar al gărzilor și a pachetelor de retenție în arii deficitare (ATI/UPU).
- Personal și finanțare: norme de personal adaptate încărcării reale (24/7), cu finanțarea posturilor pe criterii obiective.
- Timp de lucru și recuperare: plafonare efectivă a numărului de gărzi/lună; garantarea timpilor de repaus post-gardă; monitorizare centrală a cumulului de ore.
- Organizarea gărzilor: rotații echitabile, evitarea lanțurilor de gărzi; planificare pe volum real; back-up funcțional.
- Igiena gărzilor: limitarea cumulului de gărzi, timp de recuperare garantat, rotații mai echitabile; planificare cu „ferestre verzi” post-gardă.
- Formare pentru șefi de secție în managementul epuizării, încărcare și suport echipă; mecanisme de feedback fără sancțiuni.
- Module despre igiena somnului, coping, lucru în echipă, comunicare în situații cu încărcare mare (rezidențiat și formare continuă).
- Ajustarea normativului la încărcarea reală (mai ales ATI/UPU), redistribuire sarcini non-clinice.

13.XI.2025

Prof. univ. dr. Rotilă Viorel