

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„CAROL DAVILA”, BUCUREȘTI
ȘCOALA DOCTORALĂ
DOMENIUL
MEDICINĂ**

TEZĂ DE DOCTORAT

Conducător de doctorat:

PROF. UNIV. DR. ING. PURCĂREA VICTOR LORIN

Student-doctorand:

TIPA RALUCA OANA

2019

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „CAROL DAVILA” BUCUREȘTI

**ROLUL MANAGEMENTULUI MARKETINGULUI INTERN ÎN
SERVICIILE DE SĂNĂTATE MINTALĂ**

Conducător de doctorat:

PROF. UNIV. DR. ING. PURCĂREA VICTOR LORIN

Student-doctorand:

TIPA RALUCA OANA

2019

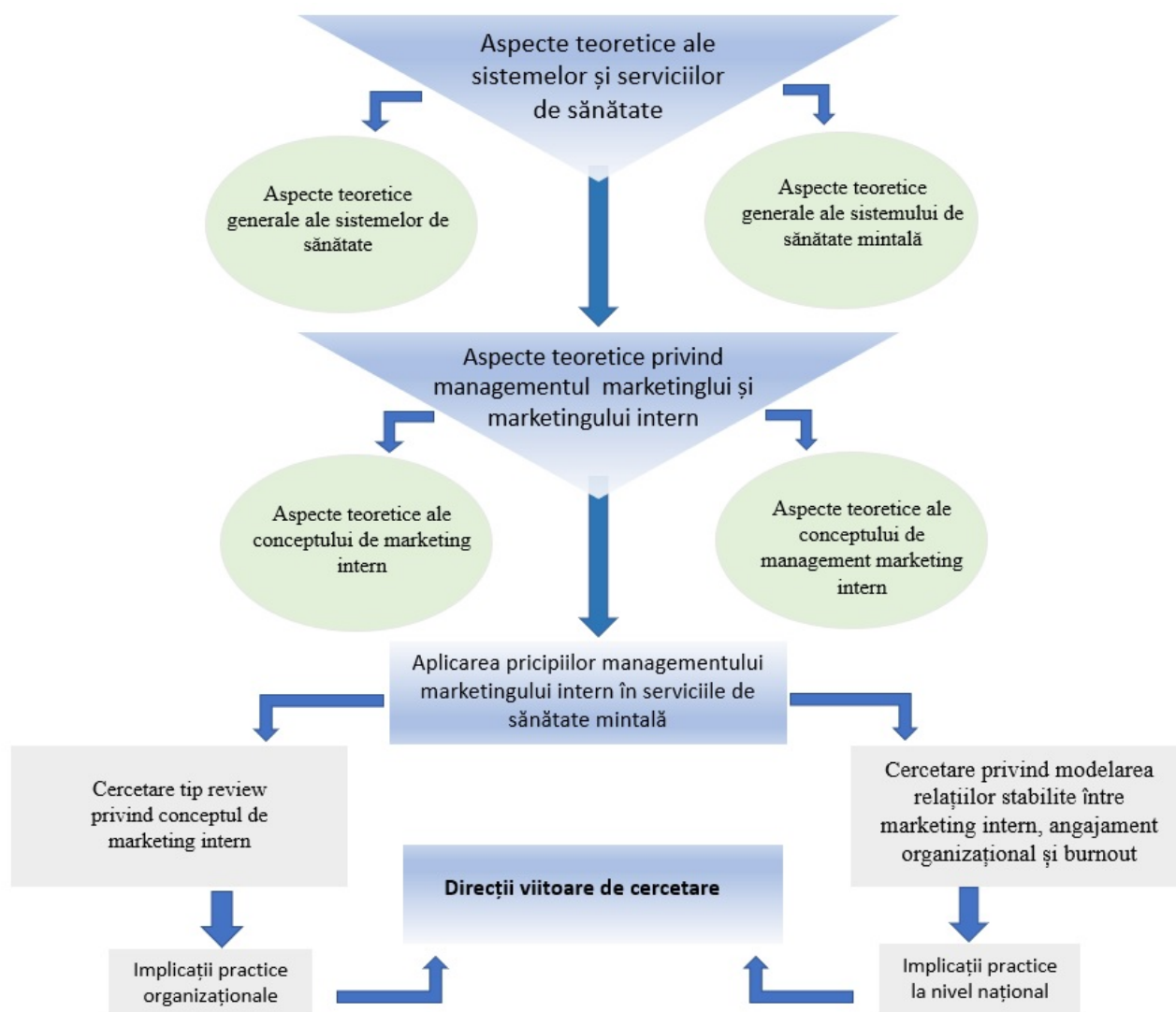
CUPRINS

INTRODUCERE	1
CAPITOLUL I. SISTEMUL DE SĂNĂTATE	6
1.1 Conceptul de sistem de sănătate.....	6
1.2 Structura unui sistem de sănătate.....	8
1.3 Relațiile, funcțiile și obiectivele unui sistem de sănătate.....	11
1.3.1. Relațiile stabilite într-un sistem de sănătate	11
1.3.2 Funcțiile și obiectivele unui sistem de sănătate.....	12
1.4 Conceptul de serviciu, caracteristicile și particularitățile acestuia.....	12
1.4.1 Conceptul de serviciu	12
1.4.2 Caracteristicile serviciilor	14
1.4.3 Particularitățile serviciilor de sănătate.....	17
1.5 Sistemul de sănătate din România	18
CAPITOLUL II. FUNDAMENTELE SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ.....	28
2.1. Istoricul dezvoltării serviciilor de sănătate mintală la nivel global	28
2.2. Istoricul serviciilor de sănătate mintală din România	33
2.3. Strategii și servicii de sănătate mintală	38
2.3.1 Modelul matriceal al sănătății mintale	47
2.4 Sistemul de sănătate mintală din România	49
2.4.1 Cadru legislativ în serviciile de sănătate mintală din România	53
CAPITOLUL III. CONCEPTUL DE MARKETING INTERN ÎN SERVICIILE DE SĂNĂTATE	56
3.1 Conceptul de marketing intern	56
3.2 Caracteristicile marketingului intern în serviciile de sănătate	61
3.3 Factori cauzali și cauzatori ai marketingului intern în serviciile de sănătate mintală.....	66
3.4 Importanța resursei umane în serviciile de sănătate mintală.....	69
CAPITOLUL IV. MANAGEMENTUL MARKETINGULUI SERVICIILOR DE SĂNĂTATE	74
4.1 Conceptul de management marketing în serviciile de sănătate	74
4.2 Principiile și funcțiile managementului serviciilor de sănătate.....	77
4.3 Particularitățile managementului marketingului serviciilor de sănătate mintală	81

4.4 Managementul marketingului intern în serviciile de sănătate mintală.....	82
4.4.1 Instrumente de management al marketingului intern	85
CAPITOLUL V. CERCETARE DE TIP REVIEW PRIVIND CONCEPTUL DE MARKETING INTERN ÎN CONTEXTUL SISTEMELOR DE SĂNĂTATE	89
5.1 Introducere.....	89
5.2 Metodologie	90
5.3 Rezultate	91
5.4 Discuții	97
5.5 Concluzii	98
CAPITOLUL VI. CERCETARE PRIVIND MODELAREA RELAȚIILOR STABILITE ÎNTRE MARKETINGUL INTERN ȘI BURNOUT ȘI ANGAJAMENTUL ORGANIZAȚIONAL ÎN RÂNDUL MEDICILOR PSIHIATRI	99
6.1 Ipoteza de lucru și obiectivele generale	99
6.2 Metodologia generală a cercetării	100
6.3 DETERMINAREA PROFILULUI DEMOGRAFIC AL PERSONALULUI SPECIALIZAT ÎN SERVICIILE DE SĂNĂTATE MENTALĂ DIN ROMÂNIA	103
6.3.1 Introducere.....	103
6.3.2 Material și metodă	103
6.3.3 Rezultate	105
6.3.4 Discuții	117
6.4 STUDIU PRIVIND APLICAREA MARKETINGULUI INTERN ÎN SERVICIILE DE SĂNĂTATE MENTALĂ DIN PERSPECTIVA PERSONALULUI MEDICAL SPECIALIZAT	119
6.4.1 Introducere.....	119
6.4.2 Material și metodă	119
6.4.3 Rezultate	122
6.4.3 Discuții	139
6.5 STUDIU PRIVIND MĂSURAREA ANGAJAMENTULUI ORGANIZAȚIONAL ÎN RÂNDUL PERSONALULUI SPECIALIZAT ÎN SERVICIILE DE SĂNĂTATE MENTALĂ.....	141
6.5.1 Introducere.....	141
6.5.2 Metodologie	141
6.5.3 Rezultate	143
6.5.4 Discuții	159

6.6 STUDIU PRIVIND CREAREA UNUI MODEL CARE SĂ CONȚINĂ MARKETINGUL INTERN, BURNOUTUL ȘI ANGAJAMENTUL ORGANIZAȚIONAL	161
6.6.1 Introducere.....	161
6.6.2 Modelarea aplicabilității marketingului intern în serviciile de sănătate mintală prin ecuații structurale	162
6.6.3 Modelarea prin ecuații structurale	166
6.6.4 Discuții	170
CAPITOLUL VII. CONCLUZII GENERALE.....	171
BIBLIOGRAFIE	174
ANEXE	180

SCHEMA LUCRĂRII



INTRODUCERE

Îngrijirea sănătății este unul dintre obiectivele fundamentale al oricărui stat, iar un sistem de sănătate eficient oferă servicii de calitate tuturor persoanelor, în funcție de nevoile acestora. Configurația exactă a serviciilor variază de la o țară la alta, dar în toate cazurile, acestea necesită un mecanism solid de finanțare, o forță de muncă bine pregătită și remunerată corespunzător, informații fezabile pe care să se bazeze deciziile și politicile de sănătate, facilități și logistică pentru a furniza medicamente și tehnologii de calitate.

La nivel mondial, în ultimile decenii, sistemele de sănătate s-au confruntat cu o expansiune semnificativă. La acest aspect au contribuit, pe de-o parte creșterea incidenței bolilor, în special a celor cronice, creștere legată de îmbătrânirea populației și creșterea speranței de viață, progresul medical și tehnologic, iar pe cealaltă parte, creșterea continuă atât a numărului cât și diversitatea actorilor care operează în cadrul acestuia. Cu toate acestea, fără o înțelegere mai aprofundată a ceea ce cuprinde un sistem de sănătate, fără coordonarea actorilor și a resurselor, abordarea eficientă a provocărilor actuale din domeniul sănătății rămâne doar un deziderat.

Organizarea și planificarea serviciilor de sănătate oferite pacientului ar trebui să fie bazate pe analiza evaluărilor periodice ale nevoilor populației, în general și a grupurilor vulnerabile, în particular. Numai în acest fel, un sistem de sănătate își poate îmbunătăți serviciile oferite și își poate atinge obiectivul primordial, cel de a furniza servicii medicale adaptate nevoilor pacientului.

România a traversat o perioadă lungă de tranziție de la un sistem economico-social de tip comunist, centralizat, la altul de tip capitalist, descentralizat. În consecință și sistemul de sănătate românesc a trecut printr-o serie de reforme și modificări în contextul schimbărilor politice, sociale și economice. În prezent, sistemul sanitar românesc se bazează în mare măsură pe îngrijirile spitalicești, fiind centrat într-o proporție mai mare pe tratament decât pe prevenție.

În comparație cu alte state europene, România a alocat pentru cheltuielile totale aferente sectorului medical cea mai mică sumă comparativ cu țările Uniunii Europene, astfel că, în perioada 2000-2010 s-a alocat aproximativ 5.41% din Produsul Intern Brut, în timp ce media Uniunii Europene pentru sănătate, pentru aceeași perioadă, a fost de 8,94% .

Sănătatea mintală este parte integrantă a sănătății și bunăstării, așa cum se reflectă în definiția din constituția Organizației Mondiale a Sănătății, iar tulburările psihice reprezintă o

problemă majoră de sănătate publică și pot afecta orice persoană, indiferent de vârstă, stare financiară, educație, gradul de cultură, religie. Pe de altă parte, sănătatea mintală nu reprezintă numai o responsabilitate medicală sau a sistemului de sănătate ci implică o abordare holistică a drepturilor omului, demnității și justiției sociale. Îngrijirea persoanelor cu probleme de sănătate mintală este în stransă legătură cu barierele de exercitare a drepturilor economice, sociale, culturale, stigma și discriminarea și implică schimbarea unei mentalități colective prin colaborarea multifactorială a factorilor de decizie la nivel național, respectiv Ministerul Sănătății (politicile și programele de sănătate în patologia psihiatrică), Casa Națională de Asigurări de Sănătate (finanțarea serviciilor), Ministerul de Interne și Ministerul Justiției (internările nevoluntare), Ministerul Muncii și Justiției Sociale (dizabilitățile psihiatrice generatoare de handicap, protecția socială și serviciile comunitare). Beneficiarii serviciilor de sănătate mintală sunt poziționați la confluența a numeroase vulnerabilități și respectarea dreptului pentru cel mai înalt standard posibil de sănătate mintală nu se poate obține decât printr-o abordare comprehensivă a politicilor și inițiativelor legislative care pe de-o parte să armonizeze legislația și procedurile de drept intern cu recomandările internaționale, iar pe de alta să-și asume sustenabilitatea economică a implementării acestora.

Așadar, modul în care serviciile sunt organizate are o influență majoră asupra eficienței lor și asupra îndeplinirii obiectivelor politicilor de sănătate mintală. În ultimii 50 de ani, în România, nu s-au dezvoltat noi servicii de psihiatrie și sănătate mintală, deși nevoia dovedită de valorile crescute ale morbidității tulburărilor psihice ar fi impus aceste măsuri. Mai mult, domeniul sănătății mintale din România se caracterizează prin dezvoltarea insuficientă a serviciilor comunitare și de reabilitare psiho-socială, rolul asistenței spitalicești fiind esențial. Nivelul cheltuielilor publice pentru sănătatea mintală este foarte scăzut în țările cu venituri mici și medii și mai mult de 80% din aceste fonduri sunt alocate spitalelor de psihiatrie și nu către alte servicii. În consecință, redirectionarea finanțelor către servicii bazate pe comunitate, integrarea sănătății mintale în sistemul general de asistență medicală și programele speciale de reabilitare pentru suferințele psihice cronice ar permite servicii mai bune și mai rentabile din punct de vedere economic pe termen lung.

Organizația Mondială a Sănătății subliniază faptul că una din patru persoane din lume va fi afectată de o tulburare mintală sau neurologică la un moment dat în viață. Conform acesteia, aproximativ 450 de milioane de persoane suferă de astfel de afecțiuni, plasând tulburările psihice

printre cauzele principale de boală și dizabilitate la nivel mondial. Mai mult, diagnosticul unei tulburări psihice se reflectă atât asupra pacientului dar și asupra microgrupului din care acesta face parte (familie, cerc de prieteni, loc de muncă), povara morbidității psihiatrice putând fi exprimată și ca perturbare a funcționării sociale.

Tulburările mintale creează costuri directe considerabile pentru serviciile de sănătate și de asistență socială, având un impact economic considerabil și asupra societății. Acestea sunt asociate cu pierderi semnificative de capital uman productiv, atât în populația generală, cât și în populația activă, fiind corelate cu afectarea funcționalității din punct de vedere social, ocupațional, dar și cu un absenteism crescut și scăderea productivității în muncă.

În ciuda acestui fapt, dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală nu reprezintă o prioritate mai ales în țările cu venituri mici și mijlocii.

Conform Planului pentru Sănătatea Mintală 2014-2020 elaborat de Organizația Mondială a Sănătății, există un deficit important în ceea ce privește resursa umană în domeniul sănătății mintale. Aproximativ jumătate din populația lumii trăiește în țări cu venituri mici și medii, unde, există un psihiatru la circa 200.000 de persoane. În România, forța de muncă în domeniul sănătății mintale este scăzută comparativ cu alte țări ale Uniunii Europene, de exemplu, numărul de asistenți în psihiatrie a fost de 16,8 la 100.000 în 2014, comparativ cu 31,9 la 100.000 în țările cu venituri mari, conform clasificării în funcție de venituri a Băncii Mondiale.

În anul 2018, în România, activau un total de 2035 medici dintre care: 1503 psihiatri în domeniul public și un număr de 551 de medici rezidenți iar în domeniul privat un număr de 530 de medici psihiatri. Nevoia de îmbunătățire a condițiilor de muncă trebuie să devină o preocupare colectivă, determinată atât de considerente umanitare, cât și economice. Un mediu de lucru sigur și sănătos este un element esențial al calității muncii, chiar necesar în domeniul sănătății mintale.

Numărul redus de specialiști disponibili, infrastructura deficitară, serviciile comunitare insuficient dezvoltate, dar și modelul prevalent de îngrijire în servicii spitalicești „necentrat pe pacient”, constituie principalele provocări legate de sistem. În aceste condiții și datorită creșterii acute a nevoii de profesioniști, se conturează și următoarele aspecte cu care se confruntă sistemul medical în domeniul sănătății mintale:

- Epuizarea profesională (burnoutul);
- Demoralizarea și demotivarea personalului;

- Nesiguranța cu privire la veniturile salariale;
- Scăderea efectivului de personal prin migrația personalului calificat în alte țări;
- Pensionările masive într-o perioadă scurtă de timp ale personalului medical cu experiență și angajarea de personal recent calificat cu o experiență redusă;

Este unanim cunoscut faptul că resursa umană din sectorul sanitar este una din cele mai importante și mai costisitoare, de aceea managementul resurselor umane este și va fi o provocare, dar și o componentă vitală pentru succesul întregului sistem medical. O politică de resurse umane adecvată domeniului sănătății mintale trebuie să fie elaborată pentru a oferi un cadru productiv dezvoltării forței de muncă. Aceasta trebuie să fie direct legată de planificarea resurselor umane la toate nivelele, conform strategiei naționale de sănătate mintală. Mai mult, este necesar să se ia măsuri pentru corectarea factorilor care afectează forța de muncă, cum ar fi intenția de renunța la locul de muncă și fenomenul migrației medicale, minimizând consecințele acestora.

Utilizarea instrumentelor, metodelor și strategiilor propuse de teoreticienii marketingului intern (MI) pentru a regândi relația dintre managementul organizațional și diferiții profesioniști din sectorul asistenței medicale, poate duce la o îmbunătățire a gradului de satisfacție al personalului din domeniul asistenței medicale și a angajamentului față de organizație.

De asemenea, MI poate reprezenta un instrument de eficientizare a organizării personalului medical și de creștere a productivității și performanței acestuia astfel încât să ofere pacientului servicii de îngrijire a sănătății la cele mai înalte standarde.

În acest context, cercetarea de față își propune să studieze impactul MI asupra resursei umane din psihiatrie, nivelul de burnout în rândul personalului medical specializat în psihiatrie și modelarea prin ecuații structurale a dinamicii MI, burnout-ului și angajamentului organizațional la nivelul sistemului de sănătate mintală din România.

Cercetarea cuprinde o parte generală formată din patru capitole și numeroase subcapitole și reprezintă partea teoretică a stadiului actual al cunoașterii în domeniu, creând astfel cadrul necesar pentru expunerea ulterioară a contribuției personale.

Partea de cercetări și contribuții personale este alcătuită din două capitole ce cuprind cinci studii. Astfel, capitolul 5 – Studiul „*Cercetare de tip review privind conceptul de marketing intern în contextul sistemelor de sănătate*” vizează revizuirea literaturii de specialitate privind aplicarea instrumentelor MI, a metodelor și strategiilor în contextul

sistemelor internaționale de sănătate. Capitolul 6 – „*Cercetare privind modelarea relațiilor stabilite între marketingul intern și burnout și angajamentul organizațional în rândul medicilor psihiatri din România*” cuprinde 4 studii, fiecare având obiective specifice, cu scopul de a construi un model care să măsoare impactul MI asupra burnoutului în rândul personalului medical specializat în psihiatrie din România:

Studiul 1 – Determinarea profilului demografic al personalului specializat în serviciile de sănătate mintală din România;

Studiul 2 – Studiu privind aplicarea marketingului intern în serviciile de sănătate mintală din România din perspectiva personalului medical specializat;

Studiul 3 – Studiu privind măsurarea angajamentului organizațional în rândul personalului specializat în serviciile de sănătate mintală din România;

Studiul 4 – Studiu privind crearea unui model care să conțină marketingul intern, burnoutul și angajamentul organizațional.

CAPITOLUL I. SISTEMUL DE SĂNĂTATE

Noțiunea de sistem de sănătate se bazează pe înțelegerea noțiunilor de stare de sănătate și boală. Conceptul de sănătate, ca echilibru între persoană și mediu, reprezintă baza sistemelor de sănătate; sănătatea fiind un drept fundamental al fiecărui individ, indiferent de rasă, religie, credință politică, condiție economică sau socială [1].

Un sistem de sănătate este format din toate organizațiile, resursele umane și acțiunile cu scop principal de a promova, trata sau menține starea de sănătate. Acesta include eforturile de a influența factorii determinanți ai sănătății, precum și activității de îmbunătățire. Un sistem de sănătate este, prin urmare, mai mult decât piramida de facilități publice care livrează servicii de sănătate [13].

Sistemul sanitar trebuie să fie organizat de așa manieră încât să fie eficient și să poată răspunde nevoilor pacientului într-un mod rapid și la costuri rezonabile. Structurile sistemului sanitar nu pot funcționa în mod individual și nu ar putea asigura servicii eficiente pacientului. Este imperios necesară colaborarea atât între toate sub-sistemele și segmentele sistemului medical, cât și între toate categoriile de resursă umană. Pe lângă acestea, sunt esențiale și politicile și strategiile de sănătate cu direcții clare de acțiune.

În prezent, numeroase sisteme de sănătate se află în plin proces de reformă, fie la nivel de macro, fie la nivel de microstructură. Acest aspect a fost cauzat în principal de o majorare exponențială a costurilor îngrijirilor de sănătate, însă neînsoțită în aceeași măsură, de îmbunătățirea rezultatelor, în termeni de speranță de viață fără incapacitate, calitate a vieții, ani de viață câștigați sau satisfacție a pacientului.

Progresul economic și tehnologic contribuie semnificativ la dezvoltarea organizațiilor, aducând de fapt în prim plan recunoașterea rolului din ce în ce mai important al serviciilor în toate domeniile.

În sectorul sanitar, serviciile pot fi clasificate în funcție de o mare varietate de criterii precum [4]:

- După **nivelul îngrijirilor**, serviciile de sănătate pot fi clasificate astfel: asistență medicală primară, asistență medicală secundară, asistență medicală terțiară;
- După **beneficiari**, serviciile de sănătate pot fi clasificate astfel: servicii de sănătate individuale, servicii de sănătate publică;

- Dacă ne ghidăm după ***necesitatea serviciilor*** acestea pot fi clasificate astfel: servicii de sănătate obligatorii, servicii de sănătate obligatorii facultative;
- În ceea ce privește ***gradul de dificultate***, serviciile de sănătate sunt: servicii de rutină, servicii de urgență, servicii cronice;
- Dacă analiza este făcută după ***durata petrecută în cadrul instituției furnizorului de servicii*** atunci acestea pot fi clasificate astfel: internare de zi, internare continuă, servicii ce nu presupun internare;
- După ***contribuția terțului plătitor*** clasificarea se face astfel: servicii finanțate, servicii nefinanțate.

Începând cu anul 1990, sistemul de sănătate din România a trecut printr-o lungă perioadă de tranziție și diverse provocări. Schimbările politice și un ritm variat al progresului au dus la inconsecvență, și mai apoi, la o amplă și adâncă criză medicală într-o societate ce trecea oricum printr-o tranziție dificilă de la un sistem comunist la democrație. Resursele materiale și umane puține, finanțarea deficitară, strategiile politice, numărul tot mai mare de pacienți și-au pus amprenta și au adâncit această criză.

Așadar, începând cu anii 1990, sistemul de sănătate românesc a trecut printr-o serie de reforme în contextul schimbărilor politice, sociale și economice. Transformările au fost lente, iar înlocuirea sistemului de tip Semashko în care statul deținea monopolul s-a realizat treptat începând cu o primă schimbare, și anume, liberalizarea pieței serviciilor medicale. Schimbarea majoră s-a produs în anul 1998 când se trece de la sistemul de finanțare din taxe și impozite generale la un sistem de asigurări sociale de sănătate obligatorii, modelul Bismarck.

Sistemul sanitar românesc se bazează în mare măsură pe îngrijirile spitalicești, cu utilizarea necorespunzătoare a asistenței medicale în ambulatoriu, primară și comunitară. Pacienții tind să ocolească serviciile de asistență primară și să consulte direct specialiștii, accesând serviciile spitalicești sau de urgență sau serviciile de ambulanță, chiar și pentru probleme de sănătate minore. Dacă în anul 2010 sistemul medical avea un total de 503 spitale - 428 de stat și 75 de spitale private [5], în anul 2018, sistemul medical a avut un total de 515 spitale, dintre care 368 publice și 147 private.

Astfel, este necesară o reevaluare în ceea ce privește tipurile de asistență medicală în România - asistența medicală primară, secundară, terțiară, spitalicească și ambulatorie (Fig. 4) întrucât utilizarea inegală a acestora a condus la disfuncționalități și la creșterea costurilor într-

o manieră neechitabilă. 23,5 % din fondurile Casa Națională a Asigurărilor de Sănătate (CNAS) sunt cheltuite pentru asistență medicală primară, aproximativ 16% pe asistență medicală ambulatorie și aproximativ 50% pentru spitale.

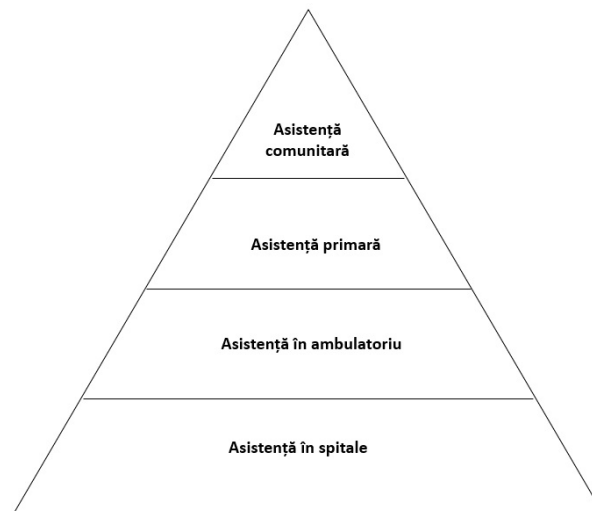


Figura 1. Distribuția actuală a serviciilor medicale în sistemul de sănătate - Piramida serviciilor medicale din România

Concret, în anul 2018, rețeaua sanitară din România, a pus la dispoziția consumatorilor de servicii medicale, următoarele categorii de unități [5]:

- 515 spitale și unități asimilate spitalelor (inclusiv institute, centre de sănătate, centre medicale și clinici asimilate spitalelor care oferă servicii de spitalizare cu internare continuă sau servicii de internare continuă și de zi):
 - 368 în domeniul public – 335 în mediul urban și 33 în mediul rural;
 - 147 în domeniul privat – 134 în mediul urban și 13 în mediul rural;
- 10.944 cabinete independente de medicină de familie:
 - 21 în domeniul public – 16 în mediul urban și 5 în mediul rural;
 - 10.923 în domeniul privat – 6516 în mediul urban și 4407 în mediul rural;
- 726 cabinete independente de medicină generală:
 - 20 în domeniul public – 15 în mediul urban și 5 în mediul rural;
 - 706 în domeniul privat – 615 în mediul urban și 91 în mediul rural;
- 11.382 cabinete medicale independente de specialitate;
 - 1 în domeniul public în mediul urban;
 - 11.381 în domeniul privat – 10.943 în mediul urban și 438 în mediul rural;

- 117 unități de ambulanță și Serviciul Mobil de Urgență, Reanimare și Descarcerare (SMURD);
 - 83 în domeniul public – toate sunt situate în mediul urban;
 - 34 în domeniul privat – 31 în mediul urban și 3 în mediul rural;
- 110 de ambulatorii de specialitate:
 - 39 în domeniul public – 38 în mediul urban și 1 în mediul rural;
 - 71 în domeniul privat – 64 în mediul urban și 7 în mediul rural;
- 363 de ambulatorii integrate spitalelor:
 - 338 în domeniul public – 314 în mediul urban și 24 în mediul rural;
 - 25 în domeniul privat – toate sunt situate în mediul urban;
- 6.523 laboratoare medicale și laboratoare de tehnică dentară;
- 9.953 farmacii, drogherii și puncte de lucru ale farmaceutice.
- 331.640 cadre sanitare – 35,0% cadre sanitare cu pregătire superioară (medici, medici dentiști, farmaciști, fiziokinetoterapeuți, asistenți medicali și alt personal sanitar - biologi, chimiști etc.), 43,8% cadre medicale cu pregătire sanitară medie și 21,2% personal sanitar auxiliar.

Conform Institutului Național de Statistică (INS), în 2018, rețeaua medicală a beneficiat de un număr de 133.181 de paturi pentru forma de internare continuă și de 9.507 de paturi pentru forma de internare de zi. De asemenea, în 2018 numărul cazurilor de pacienți internați sub formă de internare continuă a fost de **4.228.211 de pacienți** cu o durată totală de spitalizare (om-zile spitalizare contabile) de **30.572.989 de zile**. De îngrijire medicală sub forma internării de zi au beneficiat **4.494.930 de pacienți** [6].

Dar în sistemul medical, în anul 2018, au fost raportate un număr total de paturi de 142.688 – 131.420 în sectorul public și 11.268 în sectorul privat [6].

În ceea ce privește personalul medical, conform INS, în anul 2018 erau angajate 331.640 cadre sanitare după cum urmează – 35% cu pregătire superioară, 43,8% cu pregătire sanitară medie și 21,2% personal auxiliar [6].

În 2018, numărul medicilor a fost de 60.585 (exclusiv dentiști), 3,4% mai mulți decât în anul 2017 repartizați astfel 54.875 în mediul urban și 5.710 în mediul rural. Din totalul de 60.585, 38.064 de medici lucrau în sectorul public (37.427 în mediul urban și 637 în mediul rural) și 22.521 în sectorul privat (17448 în mediul urban și 5073 în mediul rural) [6].

În ceea ce privește personalul sanitar mediu, în România, în anul 2018 erau angajate 145.317 de persoane (129.432 în mediul urban și 15.885 în mediul rural) [6]:

- 94.355 în domeniul public;
- 50.962 în domeniul privat.

Din totalul de 145.317 de persoane 130.567 erau asistenți medicali și 70.257 de persoane erau personalul sanitar auxiliar [6].

Un indicator statistic care reprezintă gradul de încărcare a personalului medical este numărul de locuitori ce revin unui cadru medical. Comparativ cu anul 2007, în care România aderă la UE când reveneau 447 locuitori la un medic; 1465 locuitori la un medic de familie; 1849 locuitori la un medic dentist; 1939 locuitori la un farmacist; 158 locuitori la un cadru sanitar mediu, în anul 2018, au fost raportați 322 de locuitori la un medic, 1624 de locuitori la un medic de familie, 1187 locuitori la un medic stomatolog, 1108 de locuitori la un farmacist, 134 de locuitori la un cadru sanitar mediu. Altfel spus, în 2018 s-a înregistrat o medie de 31 de medici la 10.000 de locuitori, 8 medici stomatologi, 9 farmaciști și 74 de cadre sanitare medii [6].

Diferențele între mediile de rezidență sunt marcate de inechități. Accesul la servicii medicale este redus, asigurarea populației din mediul rural cu medici este de peste 3 ori mai mică față de rata medie a asigurării cu medici în mediul urban, existând aproape 100 de localități fără niciun medic. În același timp, există importante diferențe de acoperire regională.

Numărul spitalelor funcționale în mediul rural este foarte scăzut - 33 față de 335 în mediul urban. Având în vedere faptul că jumătate din populația țării locuiește în mediul rural, se pune problema accesibilității la serviciile medicale de bază [6].

Mai mult, în mediul urban, în anul 2018 s-au regăsit [6]:

- 91,3% din numărul total de spitale și unitățile asimilate spitalelor;
- 93,2% din totalul ambulatoriilor integrate spitalelor și al ambulatoriilor de specialitate;
- 97,8% din totalul dispensarelor medicale;
- 98,1% din totalul policlinicilor;
- 98,2% din centrele medicale de specialitate;
- 97,4% din unitățile de ambulanță, transport pacienți și SMURD;
- toate centrele de sănătate mintală;
- toate centrele de transfuzie sanguină;

- toate sanatoriile TBC.

Conform statisticilor prezentate, din punct de vedere al distribuției personalului sanitar pe medii de rezidență se observă că există discrepanțe majore între mediul urban și cel rural, la acest aspect contribuind, de fapt, repartizarea teritorială a unităților sanitare [6].

Pe cealaltă parte, rețeaua sanitară din sectorul privat a continuat să se dezvolte. Dacă în 2011 sectorul privat dispunea de 97 spitale din sectorul privat, în 2018 numărul acestora a ajuns la 147. Așadar, în 7 ani apar 50 de spitale private și niciunul public [6].

CAPITOLUL II. FUNDAMENTELE SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ

Spre deosebire de alte ramuri medicale, domeniul sănătății mintale are multiple particularități. Sănătatea mintală este o componentă intrinsecă a naturii și civilizației umane, omul fiind o "unitate" existențială, biologică, psihică și socială [7].

Psihiatria nu a existat ca ramură medicală până la începutul secolului XIX. Aceasta s-a dezvoltat, însă în strânsă legătură cu domeniul științelor. Mai mult, dezvoltarea acesteia trebuie privită în raport cu dezvoltarea societății și, în consecință, în strânsă legătură cu relațiile socio-economice ale epocii. Istoria psihiatriei reflectă schimbările majore de paradigmă în ideologiile istorice și culturale ale umanității [7, 8]. Dezvoltarea psihiatriei românești s-a făcut în funcție de dezvoltarea economică, socială și politică a vremurilor [7].

Tulburările psihice reprezintă o problemă majoră de sănătate publică și pot afecta orice persoană, indiferent de vârstă, stare financiară, educație, gradul de cultură, religie [9]. OMS subliniază faptul că una din patru persoane din lume va fi afectată de o tulburare mintală sau neurologică la un moment dat în viață. Conform acesteia, aproximativ 450 de milioane de persoane suferă de astfel de afecțiuni, plasând tulburările psihice printre cauzele principale de boală și dizabilitate la nivel mondial [10].

Tulburările mintale crează costuri directe considerabile pentru serviciile de sănătate și de asistență socială, având un impact economic considerabil și asupra societății. Acestea sunt asociate cu pierderi semnificative de capital uman productiv, atât în populația generală, cât și în populația activă [11], fiind corelate cu afectarea funcționalității din punct de vedere social,

ocupational [12], dar și cu un absenteism crescut [13, 14] și scăderea productivității în muncă [15, 16].

În ciuda acestui fapt, dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală nu reprezintă o prioritate mai ales în țările cu venituri mici și mijlocii [17].

În țările cu venituri mici, numărul personalului medical în domeniul sănătății mintale poate fi mai mic de 2 la 100 000 de locuitori, comparativ cu peste 70, în țările cu venituri mari. Acest lucru este în contrast puternic cu cererea, având în vedere că se estimează că o persoană din 10 are nevoie de îngrijiri de sănătate mintală la un moment dat.

Nivelul cheltuielilor publice pentru sănătatea mintală este foarte scăzut în țările cu venituri mici și medii și mai mult de 80% din aceste fonduri sunt alocate spitalelor de psihiatrie și nu către alte servicii [9]. La nivel global, de exemplu, cheltuielile anuale pentru sănătatea mintală sunt mai mici de 2 dolari pe persoană, iar în țările cu venituri mari, cheltuielile ajung la 50 de dolari pe persoană [18]. Numărul mediu al paturilor în domeniul sănătății mintale este de 5 la 100.000 de locuitori în țările cu venituri mici și medii și de 50 în țările cu venituri mari [9].

Tulburările mintale pot fi extrem de costisitoare pentru familii, comunități și economii naționale - în 2010, costul global al tulburărilor psihice a fost de 2493 de miliarde de dolari și se estimează că va depăși 6000 de miliarde de dolari până în 2030 [19].

OMS a elaborat o piramidă care descrie o combinație optimă de servicii pentru furnizarea îngrijirilor de sănătate mintală – Figura 2. Aceasta poate fi utilizată drept cadru de ghidare pentru furnizarea de servicii și pentru promovarea unui acces sporit la servicii [20].

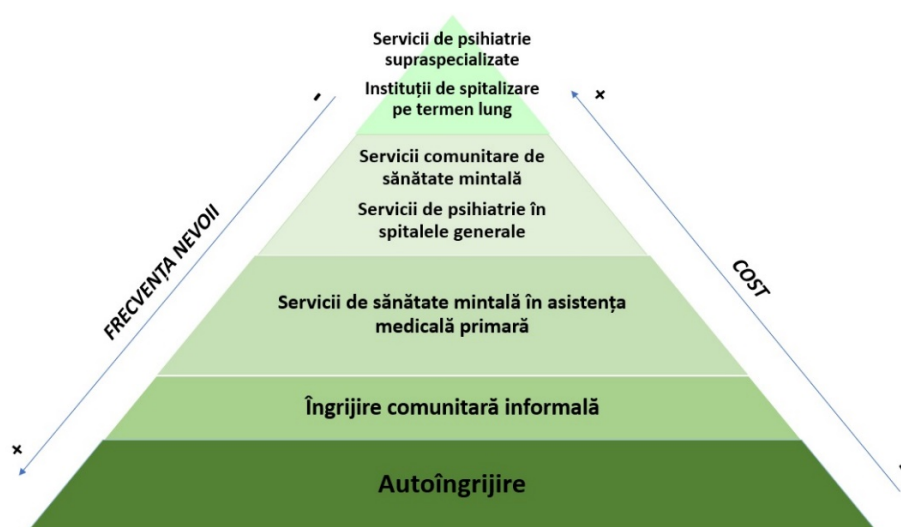


Figura 2. Piramida OMS a serviciilor de sănătate mintală [21]

În România, serviciile medicale aferente spitalizării sunt decontate în funcție de sistemul DRG care utilizează un criteriu suplimentar de clasificare, și anume costul resurselor consumate aferente îngrijirii pacientului. În acest fel, prin sistemul DRG, pacienții pot fi clasificați simultan atât după patologie cât și după costul îngrijirilor, ceea ce asigură posibilitatea de a asocia tipurile de pacienți cu cheltuielile spitalicești efectuate. Plățile sunt efectuate în funcție de *serviciile contractate prin:*

- tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru afecțiunile acute;
- tarif pe zi de spitalizare pentru afecțiunile cronice;
- spitalizarea de zi prin tarif pe caz rezolvat sau pe serviciu medical/vizită;
- serviciile prestate în ambulatoriu sunt decontate prin tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte sau în lei.

Însă, în ceea ce privește domeniul psihiatriei și al sănătății mintale, DRG-ul nu este adaptat și predispune sistemul la creșterea numărului de internări creând un cerc vicios dăunător atât din punct de vedere medical cât și financiar. Durata medie de spitalizare de 14-17 zile și este nepotrivită pentru domeniul psihiatrie întrucât în situația unei tulburări psihice majore, evaluarea eficienței unui antidepresiv, respectiv a unui neuroleptic, în vederea continuării/schimbării medicației se poate face abia la două sau trei săptămâni de la inițiere. Procedurile necesare diagnosticului și procesului de reabilitare: interviul psihiatric, examinarea psihiatrică, interviul familiei, ancheta socială, istoricul toxicologic, istoricul medico-legal, intervențiile psihoterapeutice, consilierea familiei, terapiile ocupaționale, psiho-sociale nu sunt recunoscute și în consecință nu au nici o valoare financiară. Indexul de complexitate al cazurilor este arbitrar contruit și în general dezavantajos pentru diagnosticele psihiatrice. Mai mult, utilizând sistemul DRG, pacienții pot fi încadrați în cazuri acute și cronice numai în funcție de durata internării și nu de gravitatea diagnosticului, de particularitățile evolutive ale tulburărilor psihice, iar complexitatea cazului poate fi incorectă.

Serviciile psihiatrice în domeniu sunt asigurate în cadrul:

- spitalelor de monospecialitate psihiatrie (39 pentru acuți și cronici);
- secțiilor de psihiatrie din spitalele generale (75);
- staționarelor de zi (20 pentru adulți și 14 pentru copii);
- centrelor de sănătate mintală (42 pentru adulți, 29 pentru copii din care 6 sunt mixte adulți-copii);

- celor 4 spitale psihiatrice de maximă siguranță și
- în cadrul celor peste 150 de cabinete medicale individuale de specialitate.

Conform INS, în 2018, din cele 133.181 de paturi, existente în sistemul de sănătate din România, pentru internare continuă [6]:

- 123.219 de paturi, 92,6%, au funcționat în spitalele din mediul urban și cel mai mare număr de paturi pentru internare continuă a fost alocat următoarelor specialități: chirurgie (11,3%), medicină internă (9,3%) și **psihiatrie (8,9%)**;
- 9.962 de paturi în mediul rural – reprezentând 7,5% din totalul paturilor pentru internare continuă înregistrate în spitale în anul 2018. Mai mult de jumătate din acestea, respectiv **5405 paturi, adică 54,3% au fost paturi de psihiatrie**, 21,5% (2140 paturi) pentru pneumologie, iar 24,2% (2417 paturi) au fost destinate celorlalte specialități.

În anul 2018 numărul total al paturilor pentru internare continuă din spitale de psihiatrie a fost de **16.358 (dintre care, doar 189 în sistemul privat)**, mai exact **10.953 în mediul urban** și **5.405 în mediul rural** [6]. Acestea au fost repartizate astfel:

- 523 de paturi pentru copii;
- 2313 de paturi clinice;
- 8328 de paturi pentru bolnavii cronici.

Pentru forma de internare de zi au fost raportate în 2018 un număr de 280 de paturi – 239 în mediul urban și 41 în mediul rural [6].

S-a remarcat o scădere a gradului de ocupare a paturilor, în spitalele de psihiatrie, de la 91,4% în 2006 la 88,1% în 2013 și o scădere foarte mică a Duratei Medii de Spitalizare (DMS), de la 19,9 la 19,4 zile în aceeași perioadă [22].

Mai mult, dacă facem o analiză se observă că a existat doar o mică scădere a numărului de spitale psihiatrice, de la 38 în 2006 la 35 în 2014, în timp ce numărul de paturi psihiatrice, inclusiv paturi pentru reabilitarea neuropsiho-motorie, a crescut de la 17.097 în 2008 la 17.337 în 2013 [25].

În România, în mod tradițional, asistența medicală în domeniul sănătății mintale a fost asigurată în medii instituționale și, deși politicile și directivele europene vizează transferul îngrijirii în comunitate, implementarea acestora nu a fost încă realizată.

Astfel, România are nevoie de o viziune integrativă și de o strategie de dezvoltare unitară din punct de vedere al resurselor umane, pe termen lung, care să reușească să transforme sistemul medical într-un sistem integrat și integrator, mai ales în serviciile de sănătate mintală.

CAPITOLUL III. CONCEPTUL DE MARKETING INTERN ÎN SERVICIILE DE SĂNĂTATE

Ideea de MI a fost descrisă prima dată de Berry în 1976 ca un concept dezvoltat pentru a crește calitatea serviciilor oferite [23]. Termenul de MI pare să fi fost folosit pentru prima dată de Berry et al. (1976) și mai târziu de George (1977) și Thompson et al. (1978, p. 243) și Murray (1979) [24-27].

Astfel, conceptul de MI are o varietate de interpretări care s-au conturat într-o varietate de definiții și concepte adunate sub umbrela MI. Această varietate de interpretări a dus, de asemenea, la dificultăți și provocări în implementarea și aprobarea extinsă a conceptului. Din acest motiv, au fost identificate cinci elemente principale ale MI [23, 28]:

1. Motivația și satisfacția angajaților;
2. Orientarea către client și satisfacția acestora;
3. Coordonarea și integrarea;
4. Abordarea în termeni de marketing („marketing-like”) a elementelor anterioare;
5. Implementarea unor strategii specifice.

Începând cu anul 1990, managementul MI și managementul resurselor umane s-au apropiat foarte mult în obiective, granița dintre acestea fiind foarte fină.

În ultimul timp, MI a fost folosit la nivel operațional ca un comportament organizațional al cărui scop principal este acela ca angajatul să joace un rol în organizație printr-un sentiment accentuat de apartenență [23]. În prezent, conceptul de MI devine o componentă importantă în viziunea globală a orientării spre client a unei organizații.

Inițial, MI a fost propus ca o soluție la problema furnizării constante de servicii de o calitate ridicată. Literatura de specialitate a contribuit la dezvoltarea conceptului iar acesta a crescut rapid. Cu toate acestea, foarte puține organizații pun în aplicare conceptul în practică, întrucât nu există, până în prezent, un concept unic a ceea ce se înțelege prin MI. Analiza critică

a conceptul de MI își delimitează domeniul său de aplicare urmărind evoluțiile majore ale conceptului încă de la începuturile sale. Literatura de specialitate sugerează trei faze majore în dezvoltarea conceptului, și anume o fază de motivare și satisfacție a angajaților, o fază de orientare către client și o etapă de implementare/gestionare a schimbărilor [29].

În consecință, MI este o abordare de management orientată către client, care se realizează printr-o abordare de marketing dar orientată spre motivarea angajaților și coordonarea inter-funcțională, a devenit din ce în ce mai importantă [30].

Conform lui Ahmed și Rafiq [31] și Davis [32], MI ajută managerii să comunice cu colaboratorii lor și să creeze o viziune comună în organizație, pe toate nivelurile, acesta fiind un mijloc de realizare a obiectivelor organizației. Cu alte cuvinte, MI este de fapt orice formă de marketing în cadrul organizației, care concentrează atenția personalului și asupra activităților interne care trebuie schimbate pentru a îmbunătăți performanța pe piața externă [30].

Analizând datele din literatura internațională putem concluziona că MI poate fi un predictor pentru următoarele concepte:

- Satisfacția în muncă;
- Angajamentul față de organizație;
- Intenția de a renunța la locul de muncă;
- Stresul la locul de muncă;
- Favorizarea unui climat organizațional de învățare;

În serviciile de sănătate, și implicit, în serviciile de sănătate mintală, cele mai întâlnite direcții de cercetare sunt legate de consecințele aplicării principiilor MI, respectiv angajamentului organizațional și stresul la locul de muncă (burnout).

Burnout-ul a fost inițial definit ca un sindrom de epuizare, depersonalizare și eficacitate profesională redusă întâlnit în rândul angajaților care lucrează cu alte persoane (asistență socială, asistență medicală și învățământ) [33]. Alte definiții subliniază faptul că burnout-ul este definit și măsurat ca un sindrom legat de muncă, care se dezvoltă progresiv ca răspuns individual la anumite evenimente legate de muncă [34].

Prin intermediul acțiunilor sale, fiecare angajat, generează rezultate la nivel individual și/sau organizațional, care pot fi considerate a avea, prin natura lor, efecte pozitive sau negative. La nivel organizațional, performanța este rezultatul principal al muncii angajaților și are la bază angajamentul și gradul de implicare al acestora.

Conceptul de angajament organizațional a devenit un subiect important pentru cercetarea în domeniul comportamentelor organizaționale [35].

Angajamentul organizațional a fost studiat și definit de către L.W. Porter [36] ca „puterea relativă a identificării și implicării individului într-o anumită organizație”. Ulterior, numeroși autori au adus îmbunătățiri și completări conceptului [37-40].

Studiile au subliniat faptul că angajamentul organizațional este de fapt gradul de identificare și loialitate al unei persoane cu o organizație specifică și include [35, 39, 40]:

- 1) angajament de valoare: credință puternică în organizație, acceptarea obiectivelor și valorilor organizaționale;
- 2) angajament de efort: disponibilitatea de a dedica un efort mai mare în beneficiul organizației;
- 3) angajament de continuitate (de retenție al personalului): disponibilitatea de a rămâne membru al organizației.

CAPITOLUL IV. MANAGEMENTUL MARKETINGULUI SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Conceptul de management marketing poate fi definit ca un proces amplu și complex, un proces de analiză, planificare, implementare și control, care are în vedere resursele organizației și situația pieței precum și planificarea și execuția activităților pentru atingerea obiectivelor organizației [4].

Orice organizație are la bază procese de management, deoarece se asigură obținerea rezultatelor maxime utilizând resursele acesteia în cel mai eficient mod posibil. Totodată, activitatea principală a managementului este de fapt cunoașterea și utilizarea resurselor umane, financiare și materiale în cel mai optim mod, în-un context dat.

Extinderea pe scară largă a managementului a avut loc în secolul XX, odată cu dezvoltarea semnificativă a informaticii și ciberneticii și a procesului de globalizare.

Mai mult, managementul deține rol esențial în conturarea și implementarea obiectivelor sistemului de sănătate. Când ne referim la procesul de management în context sanitar se face

referire la următoarele: metode de obținere a eficienței, alocarea resurselor fizice, financiare, materiale și utilizarea eforturilor umane pentru realizarea scopurilor propuse [41].

În sectorul medical este necesar ca aplicarea managementului să fie fundamentată pe o viziune strategică, modernă și pe termen lung. Acest aspect nu se datorează numai particularităților sectorului sanitar ci și necesității de adaptare continuă la o piață aflată într-o evoluție continuă.

Marketingul prin toate activitățile sale completează funcțiile managementului, iar la rândul său, prin funcțiile sale, managementul urmărește realizarea obiectivelor și a scopurilor organizației, valorificând eforturile individuale ale resursei umane [4].

În sectorul serviciilor, un demers de management într-o organizație este, prin excelență, un concept dinamic, dar și complex, ce presupune în primul rând a cunoaște, apoi a administra, a gestiona, a coordona și, efectiv a dirija, a controla, a asigura atmosfera adecvată, a concentra atenția pe obiectivele organizaționale, a se conforma și a întreține cultura organizațională. În acest context, o importanță crucială o au cererea, orientarea către client, mentalitatea de marketing, pe lângă celelalte elemente precum oferta, resursele, problemele apărute [42].

Mai mult, putem deduce, faptul că în sectorul serviciilor, pacientul (consumatorul) contribuie în sine la prestația serviciului, rezultând un contact strâns cu prestatorul. Urmarea este aceea că funcțiile cheie includ neapărat marketingul, dar și managementul resurselor umane [42].

Un demers de management al marketingului eficient și performant presupune investigarea nevoilor, atât ale consumatorilor (pacienților) cât și ale angajaților (personalului medical). Pentru ca pacienții să beneficieze de servicii de o calitate înaltă este necesar ca angajații să lucreze într-un mediu de lucru performant și motivant.

Când vorbim despre aplicarea managementului marketingului în domeniul medical observăm că acest sector se diferențiază de alte sectoare datorită particularităților acestuia precum: piața, produsele, organizațiile, personalul, consumatorii (pacienții).

În prezent tot mai multe organizații se confruntă cu necesitatea orientării spre consumator și pentru aceasta ele dispun de posibilități limitate. Una dintre cele mai puțin exploatate modalități de creștere a orientării spre consumator este îmbunătățirea performanței resursei umane.

Etapă de **planificare obiectivă a MI** presupune **stabilirea instrumentelor** din două surse [43]:

Instrumente de management al marketingului – orientat spre personal:

- *Comunicarea*
- *Accentuarea spiritului de echipă*
- *Satisfacția clienților interni (angajaților)*

Instrumente de management al personalului – orientat spre marketing:

- *Selecția personalului*
- *Pregătirea personalului pentru performanță*
- *Stimularea creativității decizionale*
- *Evaluarea și recompensa*

Implementarea MI necesită ca procesul să fie realizat în mod treptat, prin schimbări treptate. Conform specialiștilor din domeniu, implementarea MI la nivel organizațional presupune: existența unui management de top (acesta stabilește obiectivele MI și amplitudinea schimbărilor interne dar și responsabilitățile privind obligativitatea sarcinilor de implementare a MI); comunicarea cu angajații, transmiterea know-how-ului necesar și implicarea angajaților ca ultima etapă a procesului de implementare a filosofiei MI.

CONTRIBUȚII PERSONALE

CAPITOLUL V. CERCETARE DE TIP REVIEW PRIVIND CONCEPTUL DE MARKETING INTERN ÎN CONTEXTUL SISTEMELOR DE SĂNĂTATE

Introducere

Întrucât resursele umane sunt esențiale pentru sistemul de sănătate, decidenții politici trebuie să ia măsuri pentru corectarea factorilor care afectează forța de muncă, cum ar fi intenția de renunța la locul de muncă și fenomenul migrației medicale, minimizând consecințele acestora. Folosirea instrumentelor, metodelor și strategiilor propuse de teoreticienii MI pentru a regândi relația dintre managementul organizațional și diferiții profesioniști din sectorul asistenței medicale, poate duce la o îmbunătățire a gradului de satisfacție al personalului din domeniul asistenței medicale și a angajamentului față de organizație.

Scop

Acest articol vizează revizuirea literaturii de specialitate privind aplicarea instrumentelor MI, a metodelor și strategiilor în contextul sistemelor internaționale de sănătate.

Metodologie

Strategia de căutare a implicat utilizarea bazei de date PubMed și a fost realizată prin folosirea cuvintelor cheie "marketing intern" și "sistem de sănătate". Din cele 466 de rezultate inițiale, pe baza screening-ului titlurilor, rezumatelor și a textelor integrale, au fost selectate și incluse în această revizuire a domeniului un număr de nouă articole.

Concluzii

MI este un concept care ar putea contribui la creșterea gradului de satisfacție a personalului medical, aceasta constituind o modalitate de a contracara deficitul de resurse umane din domeniul medical.

CAPITOLUL VI. CERCETARE PRIVIND MODELAREA RELAȚIILOR STABILITE ÎNTRE MARKETINGUL INTERN ȘI BURNOUT ȘI ANGAJAMENTUL ORGANIZAȚIONAL ÎN RÂNDUL MEDICILOR PSIHIATRI

Introducere

Asistența și furnizarea serviciilor de sănătatea mintală reprezintă un domeniu particular în cadrul sistemelor de sănătate la nivel mondial, determinată de complexitatea nevoilor bio-psiho-sociale ale pacientului și heterogenitatea tipurilor de servicii. În plus, între toate specializările medicale, personalul specializat în psihiatrie are cea mai intensă formă de contact interpersonal cu pacienții [44].

Pe lângă natura dificilă a furnizării serviciilor de sănătate mintală, acest domeniu este adesea supus stigmatizării și subfinanțării, ceea ce poate duce la instabilitate în muncă și deficit de personal [45].

Conform INS, în domeniul psihiatriei, în anul 2018, activau un total de 2035 de medici dintre care: 1503 psihiatri în domeniul public, 530 de medici psihiatri în domeniul privat și un număr de 551 de medici rezidenți [6].

Pentru sistemul de sănătate, resursa umană reprezintă un pilon esențial. Una dintre problemele actuale ale sistemului medical este faptul că există un deficit important de cadre medicale specializate, atât în mediul urban, cât și în mediul rural. Numărul scăzut de cadre medicale determină consecințe asupra actului medical, pacientului și nu în ultimul rând asupra personalului medical, printr-un volum crescut de muncă și stres și inclusiv burnout.

MI reprezintă o abordare de management valoroasă, orientată spre motivarea angajaților și coordonarea inter-funcțională, devenind din ce în ce mai importantă în buna gestionare a resurselor umane la nivel organizațional.

În serviciile de sănătate cele mai întâlnite direcții de cercetare sunt legate de consecințele aplicării principiilor MI, angajamentului organizațional și nivelului de burnout. De asemenea, unii experți au folosit MI ca și predictor pentru orientarea către clienți [46], alții ca predictor pentru angajamentul față de organizație [47] sau ca predictor pentru satisfacția profesională [48].

S-au identificat cercetări multiple asupra burnoutului în asociație cu MI [23, 49] ca instrument care poate îmbunătăți simptomele de burnout, ajutând la educarea, stimularea, îndrumarea și ghidarea resursei umane de muncă către niveluri mai ridicate de performanță și satisfacție.

Burnout-ul este recunoscut, la nivel mondial, ca fiind o problemă majoră de sănătate publică [50]. În ultimii 35 de ani, s-au efectuat multiple studii în acest domeniu [45]. Burnout-ul are o prevalență crescută în rândul personalului medical din domeniul sănătății mintale și este asociat cu costuri semnificative pentru angajați, beneficiari și organizație [45].

Prin intermediul acțiunilor sale, fiecare angajat, generează rezultate la nivel individual și/sau organizațional, care pot fi considerate a avea, prin natura lor, efecte pozitive sau negative. La nivel organizațional, performanța este rezultatul principal al muncii angajaților și are la bază angajamentul și gradul de implicare al acestora.

Conceptul de angajament organizațional a devenit un subiect important pentru cercetarea în domeniul comportamentelor organizaționale [35].

Angajamentul organizațional a fost studiat și definit de către L.W. Porter [36] ca „puterea relativă a identificării și implicării individului într-o anumită organizație”. Ulterior, numeroși autori au adus îmbunătățiri și completări conceptului [37-40].

Studiile au subliniat faptul că angajamentul organizațional este de fapt gradul de identificare și loialitate al unei persoane cu o organizație specifică și include [35, 39, 40]:

- 1) angajament de valoare: credință puternică în organizație, acceptarea obiectivelor și valorilor organizaționale;
- 2) angajament de efort: disponibilitatea de a dedica un efort mai mare în beneficiul organizației;
- 3) angajament de continuitate (de retenție al personalului): disponibilitatea de a rămâne membru al organizației.

Această definiție este frecvent utilizată în studiile din domeniul medical, inclusiv în cercetarea actuală.

Alte cercetări din domeniu consideră că angajamentul organizațional înseamnă că un individ este atașat emoțional de o organizație, incluzând identificarea cu obiectivele organizaționale, acceptarea acestora și a valorilor organizației; devotament și concentrare asupra rolului locului de muncă, loialitate față de organizație [38].

Alți autori au identificat trei tipuri de angajament organizațional [51]:

- 1) *angajament afectiv* - atașament emoțional individual al angajatului față de organizație manifestat prin: sentiment de apartenență, implicare în rezolvarea problemelor sau reprezentarea organizației în relațiile cu terții. Acest tip de angajament este bazat pe emoții, dorință, sentimente;
- 2) *angajament de continuitate* – angajatul conștientizează costurile părăsirii organizației; mai exact, angajații rămân în organizație întrucât sunt de părere că următorul angajator nu ar putea să ofere aceleași beneficii. Acest tip de angajament este bazat pe costuri/beneficii.
- 3) *angajament normativ* - angajatul rămâne în organizație pentru că se simte obligat să facă acest lucru, conform setului personal de credințe și valori, considerând că trebuie să fie loial organizației.

Așadar, conceptul de angajament organizațional cuprinde următoarele aspecte în ceea ce privește angajații [35]:

- 1) dorința de a depune eforturi maxime pentru a reprezenta o organizație;
- 2) dorința de a rămâne în organizație;
- 3) sentimente de apartenență și loialitate față de organizație;
- 4) acceptarea obiectivelor și a valorilor organizaționale;
- 5) evaluarea pozitivă a organizației.

Analizând datele din literatura internațională putem concluziona că MI poate fi un predictor pentru următoarele concepte:

- Satisfacția în muncă;
- Angajamentul față de organizație;
- Intenția de a renunța la locul de muncă;
- Stresul la locul de muncă/burnout;
- Favorizarea unui climat organizațional de învățare;

Acest capitol cuprinde 4 studii, fiecare având obiective specifice, cu scopul de a construi un model care să măsoare impactul MI asupra burnoutului în rândul personalului medical specializat în psihiatrie din România:

- **Studiul 1** – Determinarea profilului demografic al personalului specializat în serviciile de sănătate mintală din România;

- **Studiul 2** – Studiu privind aplicarea marketingului intern în serviciile de sănătate mintală din România din perspectiva personalului medical specializat;
- **Studiul 3** – Studiu privind măsurarea angajamentului organizațional în rândul personalului specializat în serviciile de sănătate mintală din România;
- **Studiul 4** – Studiu privind crearea unui model care să conțină marketingul intern, burnoutul și angajamentul organizațional.

Obiectivele cercetării

- Revizuirea literaturii de specialitate privind aplicarea MI, a metodelor și strategiilor în contextul sistemelor internaționale de sănătate;
- Obținerea unui profil al personalului din serviciile de sănătate mintală din România;
- Obținerea unui profil al personalului din serviciile de sănătate mintală din România, pe funcții, respectiv medici specialiști și medici rezidenți;
- Identificarea dimensiunilor care compun MI în serviciile de sănătate mintală;
- Determinarea unui profil demografic al respondenților, atât pentru medicii specialiști cât și medicii rezidenți, care apreciază aplicarea ridicată a principiilor MI în serviciile de sănătate mintală din România;
- Identificarea diferențelor semnificative ale respondenților la nivelul dimensiunilor MI și a MI global în serviciile de sănătate mintală din România, luând în considerare funcțiile respondenților;
- Identificarea dimensiunilor care compun angajamentul organizațional în serviciile de sănătate mintală din România;
- Determinarea unui profil demografic al respondenților, atât al medicilor specialiști cât și al medicilor rezidenți, care prezintă un angajament organizațional ridicat în serviciile de sănătate mintală din România;
- Identificarea diferențelor semnificative ale respondenților la nivelul dimensiunilor angajamentului organizațional și a angajamentului organizațional global în serviciile de sănătate mintală din România, luând în considerare funcțiile acestora.

Metodologia generală a cercetării

Studiul de față este de tip transversal. Datele din cadrul acestei cercetări au fost culese prin intermediul unui chestionar, distribuit în perioada februarie - iulie 2019.

În cadrul acestei lucrări s-a calculat volumul lotului descriptiv cu ajutorul software-ului gratuit G*Power. În urma introducerii erorii și nivelului de încredere de 0.95, a rezultat un eșantion minim de 112 respondenți. Însă pentru a avea un grad crescut de reprezentativitate a populației, s-a optat pentru includerea a 198 de respondenți, dintre care 110 medici psihiatri (55.6%) și 88 de medici rezidenți psihiatri (44.4%), din România.

Criteriile de includere au vizat medicii specialiști psihiatri sau medicii rezidenți psihiatrici, cu o experiență profesională de mai mult de un an, care au acceptat să completeze chestionarul.

Completarea chestionarului a fost voluntară și anonimă. Cercetarea a fost realizată cu acordul Comisiei de Etică a Asociației Române de Psihiatrie și Psihoterapie din România.

Instrumente de evaluare

1. Chestionar socio-demografic

În realizarea acestui studiu a fost utilizat un chestionar semi-structurat ce a cuprins date socio-demografice. Acest chestionar a fost elaborat și utilizat în mod specific pentru această cercetare. Chestionarul a conținut următoarele aspecte specifice ale eșantionului: vârsta, genul, starea civilă, nivelul studiilor, funcția, locul de muncă principal, locul de muncă secundar, mediul locului de muncă principal, județul locului de muncă principal, experiența profesională în domeniul sănătății mintale, gradul de satisfacție în ceea ce privește veniturile, gradul de satisfacție în ceea ce privește veniturile în raport cu munca depusă, numărul de gărzi efectuate pe lună, numărul de angajați din cadrul unității în care lucrează, dacă se ocupă de formarea profesională a altor angajați, numărul mediu de pacienți consultați pe zi și gradul de mulțumire în ceea ce privește resursele necesare pentru îngrijirea pacientului.

2. OLBI - Oldenburg Burnout Inventory

Evaluarea burnoutului a fost realizată utilizând instrumentul OLBI (Oldenburg Burnout Inventory). Acesta conține 16 itemi grupați în două subscale ce evaluează cele 2 dimensiuni ale

burnoutului – epuizarea și demotivarea. Ambele dimensiuni au conținut 4 itemi pozitivi și 4 itemi negativi [52].

Cele două dimensiuni ale instrumentului - epuizarea și demotivarea pot fi definite astfel [52]:

- Epuizarea este definită ca o consecință a unei activități fizice, emoționale și cognitive intense, practic, o consecință pe termen lung a expunerii prelungite la anumite cerințe de muncă;
- Demotivarea este legată de distanțarea persoanei de obiectul de lucru și/sau de conținutul muncii. În plus, elementele de demotivare se referă la relația dintre angajați și locul de muncă, în special în ceea ce privește identificarea cu munca și disponibilitatea de a continua în același loc de muncă.

3. Marketing intern

Instrumentul de lucru pentru această cercetare a fost un chestionar, compus din 15 afirmații referitoare la aplicarea principiilor MI în organizațiile de sănătate mintală. Afirmațiile incluse în chestionar au fost traduse din chestionarul original de măsurare a MI, elaborat de Foreman și Money [53]. În vederea măsurării atitudinii respondenților privind aplicarea principiilor de MI a fost utilizată o scală Likert de 5 puncte, variind de la 1 (Deloc) la 5 (Într-o foarte mare măsură). Scala are 3 dimensiuni: orientarea spre angajat, orientarea spre activitățile externe, orientarea spre managementul comunicării.

4. Angajamentul organizațional

În vederea măsurării angajamentului organizațional manifestat de medicii psihiatri a fost utilizată chestionarul pentru măsurarea angajamentului organizațional elaborat de A. Meyer. Instrumentul are trei dimensiuni - orientarea spre valoare, orientarea spre efort, orientarea spre retenție a personalului.

Analiza statistică

Datele obținute au fost analizate folosind pachetul statistic -Statistical Package for Social Sciences – SPSS, versiunea 20. Pentru analiza datelor au fost utilizate atât instrumente statistice

cât și grafice. Datele au fost codificate și analizate în funcție de tipologia acestora. Pentru ușurarea prelucrării statistice datelor le-au fost aplicate diferite metode de scalare.

Rezultate

Eșantionul a cuprins 198 de respondenți, 88 de medici rezidenți (44.4%) și 110 medici specialiști (55.6%).

Tabel 1. Funcția respondenților – medici rezidenți/medici specialiști

	Frecvență	Procent
Medici rezidenți	88	44.4
Medici specialiști	110	55.6
Total	198	100.0

Intervalul de vârstă al respondenților se situează între 25 și 52 de ani, cu o medie de 32.78 ani și cu o abatere standard de 6.54. Respondenții au avut o experiență profesională medie de 5.81 ani cu o abatere standard de 5.98 și au consultat un număr mediu de 11.76 pacienți pe zi. De asemenea, numărul mediu de gărzi efectuate pe lună a fost de 1.30, cu o abatere standard de 1.73.

Tabel 2. Indicatorii tendinței centrale a variabilelor cantitative

	Vârsta respondenților	Experiența profesională a respondenților (ani)	Numărul aproximativ de pacienți consultați de respondenți într-o zi obișnuită de muncă	Numărul gărzilor pe lună
Medie	32.78	5.81	11.76	1.30
Abatere standard	6.541	5.986	10.164	1.736
Minim	25	0	0	0
Maxim	52	25	80	8

Nivelul de burnout

Evaluarea burnoutului a fost realizată utilizând instrumentul OLBI (Oldenburg Burnout Inventory). Acesta conține 16 itemi grupați în două subscale ce evaluează cele 2 dimensiuni ale burnoutului – epuizarea și demotivarea [108]. În ceea ce privește nivelul total de burnout raportat, 43.43% (n=86) dintre respondenți se încadrează în nivelul ridicat, 28.79% (n=57) în nivelul mediu și 27.78% (n=55) în nivelul scăzut.

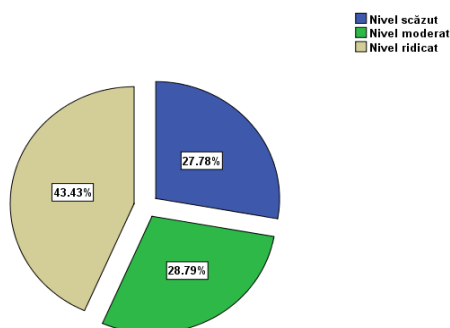


Figura 3. Nivelul de burnout înregistrat în rândul personalului din serviciile de sănătate mintală din România

Angajamentul organizațional

Instrumentul de colectare a informațiilor pentru această cercetare a fost un chestionar elaborat de A. Meyer [37], tradus din limba engleză, și a cuprins 12 afirmații referitoare la angajamentul organizațional. În vederea validării instrumentului aplicat s-a realizat o analiză factorială exploratorie și o verificare internă a dimensiunilor (factorilor) scalei prin coeficientul Cronbach alpha, ce a avut o valoare de 0.81. Astfel, 23.74% (n=47) raportează un nivel ridicat al angajamentului organizațional, 29.29% (n=58) raportează un nivel scăzut și 46.97% (n=93) raportează un nivel moderat.

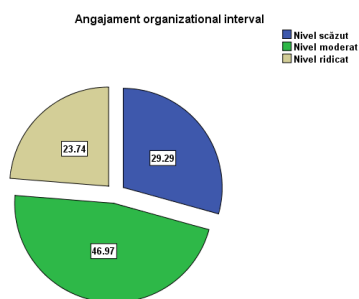


Figura 4. Nivelul de angajament organizațional manifestat în rândul personalului din serviciile de sănătate mintală din România

Aplicarea principiilor marketigului intern

În vederea validării instrumentului aplicat s-a realizat o analiză factorială exploratorie și o verificare internă a dimensiunilor (factorilor) scalei prin coeficientul Cronbach alpha. Măsurarea MI în serviciile de sănătate mintală prin intermediul scalei elaborate de Foreman și Money [53], nu a respectat componența inițială a acesteia, respectiv numărul de itemi incluși a

suferit modificări, însă numărul subscalelor a rămas același și, fiind, de asemenea păstrată și denumirea acestora. Astfel, în ceea ce privește nivelul MI perceput, 21.21% (n=42) consideră că MI este bine implementat la nivel organizațional, 26.77% (n=53) consideră că MI este slab implementat la nivel organizațional și 52.03% (n=103) din respondenți consideră ca MI este moderat implementat.

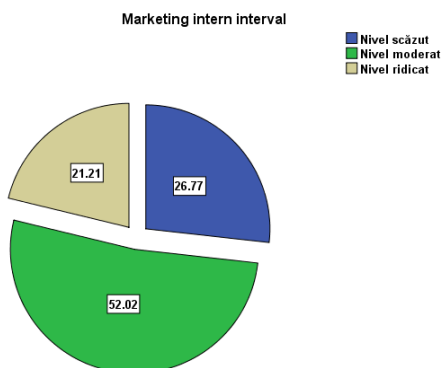


Figura 5. Nivelul de marketing intern perceput în rândul personalului din serviciile de sănătate mintală din România

Scopul final al acestui capitol a fost cel de a crea un model care să conțină atât MI, burnoutul cât și angajamentul organizațional în serviciile de sănătate mintală.

Astfel, ipotezele modelului propus sunt următoarele:

- 1) MI are o influență pozitivă asupra Burnoutului înregistrat la personalul din serviciile de sănătate mintală. Mai exact, când există o aplicabilitate ridicată a principiilor MI, nivelul de burnout scade;
- 2) MI are o influență pozitivă asupra Angajamentului organizațional înregistrat în rândul personalului din serviciile de sănătate mintală. Mai exact, când există o aplicabilitate ridicată a principiilor MI, nivelul de Angajament Organizațional crește;
- 3) Burnoutul are o influență negativă asupra Angajamentului Organizațional înregistrat în rândul personalului din serviciile de sănătate mintală. Mai exact, dacă nivelul de Burnout este ridicat, atunci respondenții nu vor manifesta un Angajament Organizațional ridicat.

În vederea validării celor 3 ipoteze ale modelului (Figura 6), nivelul de semnificație statistică trebuie să fie mai mic de 0.05 iar valorile coeficienților β să fie mai mari de 0.1.

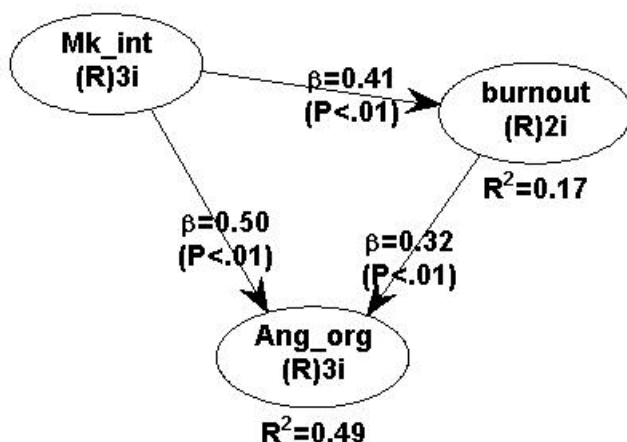


Figura 6. Modelul rezultat din WarpPLS

Conform nivelului de semnificație statistică p , care este mai mic de 0.001, toate ipotezele modelului se confirmă însă doar următoarea ipoteză descrie presupunerea inițială, și anume că MI are un impact pozitiv asupra angajamentului organizațional ($\beta=0.50$, $p<0.001$). Din rezultatele modelului, s-au mai stabilit și următoarele relații:

- Burnoutul are un impact pozitiv asupra angajamentului organizațional ($\beta=0.32$, $p<0.001$);
- MI are un impact pozitiv asupra burnoutului ($\beta=0.41$, $p<0.001$).

CONCLUZII GENERALE

Prin evaluarea MI, burnoutului și a angajamentului organizațional în rândul medicilor prezenta cercetare a identificat următoarele aspecte:

- Eșantionul a cuprins un număr de 198 de respondenți (medici specialiști psihiatri și medici rezidenți psihiatri);
- Respondenții au o vârstă medie de 32.78, cu abaterea standard de 6.541, cu o experiență profesională medie de 5.81 (ani), cu un număr mediu de 11.76 de pacienți consultați pe zi și cu un număr mediu de 1.30 gărzi pe lună.

- *Medicii rezidenți psihiatri* au o vârstă medie de 27.94, cu abaterea standard de 2.918, cu o experiență profesională medie de 2.10 (ani), cu un număr mediu de 7.32 de pacienți consultați pe zi și cu un număr mediu de 1.03 gărzi pe lună.
- *Medicii specialiști psihiatri* au o vârstă medie de 36.65, cu abaterea standard de 6.047, cu o experiență profesională medie de 8.78 (ani), cu un număr mediu de 15.32 de pacienți consultați pe zi și cu un număr mediu de 1.52 gărzi pe lună.
- Raportat la întreg lotul de respondenți, 83.33% dintre aceștia sunt mulțumiți în ceea ce privește satisfacția veniturilor, însă raportat la venituri în raport cu munca depusă, doar 63.64% din respondenți se declară mulțumiți.
- Raportat la întreg lotul de respondenți, 80.81% dintre aceștia consideră că nu au suficiente resurse la locul de muncă în ceea ce privește îngrijirea pacienților. Această percepție diferă procentual, la medicii specialiști comparativ cu medicii rezidenți, respectiv 70.91% dintre medicii specialiști comparativ cu 93,18% dintre medicii rezidenți;
- Raportat la întreg lotul de respondenți, percepția personalului specializat în sănătatea mintală despre aplicarea principiilor MI în organizațiile publice din cadrul sistemului românesc de sănătate mintală a obținut un scor de 52%, ceea ce presupune un nivel moderat de aplicare. În ceea ce privește cele trei dimensiuni ale MI: orientarea spre angajat a obținut un nivel moderat (51.5%), orientarea spre activitatea externă a obținut un scor scăzut (24.2%) și orientarea spre managementul comunicării a obținut un scor, de asemenea, moderat (53.5%).
- Raportat la întreg lotul de respondenți, angajamentul organizațional al personalului specializat în sănătatea mintală are rezultate similare cu MI, respectiv un scor moderat pentru 46.6% dintre medicii rezidenți și pentru 47.3% dintre medicii specialiști.
- Raportat la întreg lotul de respondenți, 43.5% din personalul specializat în sănătatea mintală au resimțit un nivel ridicat de burnout, respectiv 50% dintre medicii rezidenți și 38.2% dintre medicii specialiști.
- Există o corelație semnificativă statistic între aplicarea principiilor MI în serviciile de sănătate mintală, atât cu nivelul de burnout resimțit ($p<0.001$) cât și cu angajamentul organizațional ($p<0.001$) al personalului medical specializat.

Aplicarea principiilor MI în serviciile de sănătate mintală crește angajamentul organizațional și scade nivelul de burnout al personalului medical specializat.

- Pe de altă parte, există o corelație semnificativă statistic între nivelul de burnout resimțit de personalul medical specializat în sănătatea mintală și angajamentul organizațional manifestat de aceștia ($p < 0.001$). Cu cât angajamentul organizațional este mai ridicat cu atât scade nivelul de burnout al personalului specializat în sănătatea mintală.
- Mărimea efectului variabilei MI asupra angajamentului organizațional este puternică iar asupra burnoutului este medie. Mai mult, variabila independentă burnout are un efect mediu asupra variabilei dependente, angajament organizațional.
- MI are un impact pozitiv asupra angajamentului organizațional ($\beta = 0.50$, $p < 0.001$).
Din rezultatele modelului, s-au mai stabilit și următoarele relații:

- Burnoutul are un impact pozitiv asupra angajamentului organizațional ($\beta = 0.32$, $p < 0.001$);
- MI are un impact pozitiv asupra burnoutului ($\beta = 0.41$, $p < 0.001$).

Este unanim cunoscut faptul că resursa umană din domeniul sănătății mintale este una din cele mai importante și mai costisitoare, de aceea managementul resurselor umane este și va fi o provocare, dar și o componentă vitală. Mai mult, managementul resurselor umane în domeniul sănătății mintale și psihiatriei se desfășoară într-un domeniu ce are caracteristici unice, fiind astfel nevoie de o forță de muncă pregătită adecvat, motivată în vederea furnizării de servicii de o înaltă calitate, eficiente și care să răspundă pe deplin nevoilor și așteptărilor pacienților.

Nevoia de îmbunătățire a condițiilor de muncă trebuie să devină o preocupare colectivă, determinată atât de considerente umanitare, cât și economice. Un mediu de lucru sigur și sănătos este un element esențial al calității muncii, chiar necesar în domeniul sănătății mintale.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Organization, W.H., *Constitution of the world health organization*. 1995.
2. Svalastog, A.L., et al., *Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society*. Croatian medical journal, 2017. **58**(6): p. 431.
3. Organization, W.H., *The world health report 2000: health systems: improving performance* 2000: World Health Organization.
4. Purcărea, V., et al., *Marketingul îngrijirilor de sănătate. Manual universitar*. Editura Universitară,, Carol Davila”, București, 2010.
5. Scîntee, S.G., et al., *The unexpected outcomes of the closure of 67 inpatient care facilities in 2011 in Romania*. Health Policy, 2018. **122**(11): p. 1161-1164.
6. Ioniță, A., Rădoi, S., Gusicov, D. and Militaru, A. , *Activitatea unităților sanitare. Institutul Național de Statistică*. 2019.
7. Predescu, V., *Psihiatrie*, Ed. Medicală, București, 1976.
8. Giurgiuca A., T.R., *Patologia minții: concepte și controverse*. Carte de Abstracte; Congresul Național pentru studenți și Tineri Medici, 2016. **Ediția XX**: p. 20.
9. Organization, W.H., *Mental health atlas 2017*. Geneva: World Health Organization; 2018. 2017.
10. Organization, W.H. *World health report - Mental Health 2001*; Available from: https://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/.
11. Giurgi-Onu, C., *Reciprocitatea ca instrument în reducerea poverii sănătății mintale*. Psihiatru. ro, 2016. **47**(4).
12. Katzman, M.A., et al., *Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders*. BMC psychiatry, 2014. **14**(1): p. S1.
13. Canciu, M. and D. Bardac, *Current issues concerning the relationship between mental health*. ANUL XVI Nr. 4, Decembrie 2011, 2011: p. 175.
14. Johns, G., *Absenteeism and mental health*. Handbook of mental health in the workplace, 2002: p. 437-455.
15. Wittchen, H.U., *Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society*. Depression and anxiety, 2002. **16**(4): p. 162-171.
16. Waghorn, G., et al., *Disability, employment and work performance among people with ICD-10 anxiety disorders*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2005. **39**(1-2): p. 55-66.
17. Minas, H., *The Centre for International Mental Health approach to mental health system development*. Harvard review of psychiatry, 2012. **20**(1): p. 37-46.
18. Organization, W.H., *Mental health action plan 2013-2020*. 2013.
19. Champion, J. and M. Knapp, *The economic case for improved coverage of public mental health interventions*. The Lancet Psychiatry, 2018. **5**(2): p. 103-105.
20. Patterson, J.E. and T.M. Edwards, *An introduction to global mental health*. Families, Systems, & Health, 2018. **36**(2): p. 137.

21. Funk, M., et al., *Improving the quality of mental health care*. Int J Qual Health Care, 2009. **21**(6): p. 415-20.
22. Vlădescu, C., et al., *Romania: health system review*, 2016, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health p. 1-170.
23. TIPA, R.O., et al., *A SCOPING REVIEW OF INTERNAL MARKETING DEFINITIONS, TOOLS AND STRATEGIES IN THE CONTEXT OF HEALTHCARE SYSTEMS*. Management in Health, 2018. **22**(2).
24. Berry, L., J. Hensel, and M. Burke, *Improving retailer capability for effective employees responses*. Journal of Marketing, 1976. **52**(3): p. 69-82.
25. George, W.R., *Retailing of services-challenging future*. Journal of Retailing, 1977. **53**(3): p. 85-98.
26. Thompson, T.W., L.L. Berry, and P.H. Davidson, *Banking tomorrow: Managing markets through planning* 1981: RF Dame.
27. Murray, J.G., *The importance of internal marketing*. Bankers Magazine, 1979. **46**: p. 38-40.
28. Ahmed, P.K. and M. Rafiq, *Internal marketing* 2013: Routledge.
29. Rafiq, M. and P.K. Ahmed, *Advances in the internal marketing concept: definition, synthesis and extension*. Journal of services marketing, 2000. **14**(6): p. 449-462.
30. Azêdo, D., H. Alves, and W. Wymer, *Internal marketing in Portuguese health care*. Viesoji Politika ir Administravimas, 2012. **11**(4).
31. Ahmed, P.K. and M. Rafiq, *The role of internal marketing in the implementation of marketing strategies*. Journal of Marketing Practice: Applied Marketing Science, 1995. **1**(4): p. 32-51.
32. Davis, T.R., *Integrating internal marketing with participative management*. Management Decision, 2001. **39**(2): p. 121-132.
33. Maslach, C. and S.E. Jackson, *The measurement of experienced burnout*. Journal of organizational behavior, 1981. **2**(2): p. 99-113.
34. Demerouti, E., et al., *The job demands-resources model of burnout*. Journal of Applied psychology, 2001. **86**(3): p. 499.
35. Al-Borie, H.M., *Impact of internal marketing on job satisfaction and organizational commitment: A study of teaching hospitals in Saudi Arabia*. Business and Management Research, 2012. **1**(3): p. 82-94.
36. Porter, L.W., et al., *Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians*. Journal of Applied psychology, 1974. **59**(5): p. 603.
37. Allen, N.J. and J.P. Meyer, *The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization*. Journal of occupational psychology, 1990. **63**(1): p. 1-18.
38. Dee, J.R., A.B. Henkin, and C.A. Singleton, *Organizational commitment of teachers in urban schools: Examining the effects of team structures*. Urban Education, 2006. **41**(6): p. 603-627.
39. Lambert, E.G., et al., *The impact of work-family conflict on social work and human service worker job satisfaction and organizational commitment: An exploratory study*. Administration in Social Work, 2006. **30**(3): p. 55-74.

40. Moss, S.A., et al., *Maintaining an open mind to closed individuals: The effect of resource availability and leadership style on the association between openness to experience and organizational commitment*. Journal of Research in Personality, 2007. **41**(2): p. 259-275.
41. Armean, P., et al., *Management sanitar: notiuni fundamentale de sanatate publica* 2004: Coresi.
42. Jivan, A., *Managementul serviciilor* 1998: Editura de Vest.
43. Dumitrescu, L. and C. Apostu, *Marketingul și calitatea serviciilor* 2009: Expert.
44. Guthrie, E., et al., *Sources of stress, psychological distress and burnout in psychiatrists: comparison of junior doctors, senior registrars and consultants*. Psychiatric Bulletin, 1999. **23**(4): p. 207-212.
45. Dreison, K.C., et al., *Job burnout in mental health providers: A meta-analysis of 35 years of intervention research*. Journal of occupational health psychology, 2018. **23**(1): p. 18.
46. Kim, B. and J. Lee, *Relationships between personal traits, emotional intelligence, internal marketing, service management, and customer orientation in Korean outpatient department nurses*. Asian nursing research, 2016. **10**(1): p. 18-24.
47. Chang, C.S. and H.C. Chang, *Perceptions of internal marketing and organizational commitment by nurses*. Journal of advanced nursing, 2009. **65**(1): p. 92-100.
48. Iliopoulos, E. and C.-V. Priporas, *The effect of internal marketing on job satisfaction in health services: a pilot study in public hospitals in Northern Greece*. BMC Health Services Research, 2011. **11**(1): p. 261.
49. Dahl, A.J. and J.W. Peltier, *Internal marketing and employee satisfaction and loyalty: cross-cultural scale validation in context of US and German nurses*. Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior, 2014. **27**: p. 43.
50. Kane, L., *Medscape national physician burnout, depression & suicide report 2019*. Available online at: [medscape.com/slideshow/2019-lifestyle-burnout-depression-6011056](https://www.medscape.com/slideshow/2019-lifestyle-burnout-depression-6011056), 2019.
51. Tsai, Y., *Learning organizations, internal marketing, and organizational commitment in hospitals*. BMC Health Services Research, 2014. **14**(1): p. 152.
52. Reis, D., D. Xanthopoulou, and I. Tsaousis, *Measuring job and academic burnout with the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI): Factorial invariance across samples and countries*. Burnout Research, 2015. **2**(1): p. 8-18.
53. Foreman, S.K. and A.H. Money, *Internal marketing: concepts, measurement and application*. Journal of marketing management, 1995. **11**(8): p. 755-768.