

# MIGRAȚIA MEDICILOR ROMÂNII: DIMENSIUNI SOCIO-DEMOGRAFICE ȘI ECONOMICE

Valeriu Dornescu<sup>[1]</sup>  
Teodora Manea<sup>[2]</sup>

## Rezumat

Migrația medicilor români este o componentă de mare actualitate a fenomenului mai general al migrației forței de muncă din România, iar relevanța sa socio-economică privește efectele sale asupra sistemului public de sănătate. Magnitudinea fenomenului este greu de conturat doar prin prisma statisticilor oficiale actuale, care nu surprind toate laturile sale și nu pot furniza o imagine completă și exactă asupra acestuia. Analiza și interpretarea datelor statistice furnizate de cele mai importante instituții din România, de organisme internaționale și de unele studii apărute în acest domeniu la nivel național și regional, precum și a informațiilor oferite de mass-media ne-au permis o cunoaștere mai bună a dimensiunilor socio-demografice și economice ale fenomenului migrației medicale românești. Folosind surse statistice diferite, am încercat să evităm eventualele intenții unilaterale care ar putea fi cuprinse în unele studii, din care cauză am completat analiza folosind în acest scop, metoda interpretativă inspirată de constructivismul social, hermeneutică și fenomenologie. Rezultatele obținute în acest studiu constau în evidențierea caracteristicilor actuale ale sistemului public de sănătate din România și a implicațiilor nivelului actual de finanțare asupra stabilității sistemului prin prisma migrației medicale.

*Cuvinte cheie: migrație medicală, sistem sanitar, resursa umană în sistemul sanitar, finanțarea sistemului sanitar*

---

[1] Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa”, Iași - Centrul de Etică și Politici de Sănătate, e-mail: vdornescu@yahoo.com

[2] Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa”, Iași - Centrul de Etică și Politici de Sănătate, e-mail: elenateodoramanea@yahoo.com

# 1. Caracteristicile sistemului public de sănătate din România prin prisma resursei medicale existente și a nivelului actual de finanțare a sistemului

## 1.1. Polarizarea medicilor în zonele urbane

Datele statistice (Institutul Național de Statistică 2012) arată un nivel ridicat de polarizare a medicilor în zonele urbane. La nivelul anului 2011, de exemplu, numărul medicilor din zona urbană a fost de 46.949 (89 procente), iar cel al medicilor din zona rurală de 5.592 medici (11 procente), lucru care scoate în evidență dezechilibre regionale grave. Astfel, numărul locuitorilor ce revin la un medic în zona rurală este în prezent de peste 6 ori mai mare decât în mediul urban, iar cca. 100 de localități rurale din țară nu au nici un medic disponibil. Explicația este dată de faptul că zonele urbane – și în special centrele universitare – absorb medicii din zonele limitrofe sau rurale, ceea ce le face să devină și mai defavorizate.

Și repartizarea medicilor pe regiunile de dezvoltare ale României este dezechilibrată, după cum se poate constata din datele prezentate în tabelul de mai jos:

**Tabel nr. 1. Repartizarea medicilor**  
(fără stomatologi) pe regiuni de dezvoltare în anul 2011<sup>[1]</sup>

Număr medici	Regiunea
Total țară: 52.541 (sector public și privat) din care, pe regiuni:	52.541
- NORD-VEST	7.714
- CENTRU	6.039
- NORD-EST	6.765
- SUD-EST	4.763
- BUCUREȘTI-ILFOV	11.825
- SUD-MUNTENIA	4.499
- SUD-VEST OLTEA	4.636
- VEST	6.300

[1] Sursa: Institutul Național de Statistică, 2012: *Activitatea unităților sanitare în 2011*, disponibil la <http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/san2011.pdf>

Această stare de lucruri exercită influențe negative asupra modului de satisfacere a cererii de servicii medicale în aceste regiuni. De exemplu, în regiunile SUD și SUD-EST revin 773, respectiv 655 de locuitori la un medic, în timp ce în regiunea NORD-EST se înregistrează un medic la 2.778 de locuitori. Se constată astfel un deficit major de cadre medicale în multe județe ale țării, cum ar fi Alba, Maramureș, Vaslui, Suceava, Arad și Constanța. Migrația externă a medicilor români a amplificat și riscă să amplifice și mai mult deficitul de medici pe total, pe regiuni și pe unele specializări, care sunt foarte căutate în țările UE (anestezie, terapie intensivă, chirurgie, medici de familie etc.).

### **1.2. Nivelul resurselor alocate**

Gradul de finanțare a sistemului sanitar poate fi urmărit analizând doi indicatori importanți: cheltuielile totale pentru sănătate și cheltuielile publice pentru sănătate/locuitor.

*Cheltuielile totale pentru sănătate, exprimate ca nivel procentual din PIB* în anii 2000 și 2007 s-au situat în România la un nivel de 5,2 procente, cel mai mic din Uniunea Europeană, în timp ce media înregistrată la nivelul celor 27 de țări ale UE a cunoscut valori mult mai ridicate și în creștere, respectiv de 8,4 procente în anul 2000 și 8,8 procent în anul 2007. Cele mai ridicate valori ale ponderii cheltuielilor totale pentru sănătate în PIB s-au înregistrat în această perioadă în Germania (10,3 procente), Franța (10,1 procente), Austria (9,9 procente), Belgia (9,1 procente), Suedia (8,2 procente) ș.a (OMS 2010).

*Cheltuielile publice pentru sănătate/locuitor* în aceeași perioadă de timp au fost, de asemenea, cele mai mici în comparație cu țările UE (202 \$/loc., respectiv 475\$/loc.), în timp ce media în regiunea europeană a fost de 901 \$/loc., respectiv 1.401 \$/loc. Niveluri mult mai ridicate și în creștere s-au înregistrat în țări precum Luxemburg (2.800 \$/loc., respectiv 5.212 \$/loc.), Austria (2.169 \$/loc., respectiv 2.875 \$/loc.), Germania (2.128 \$/loc., respectiv 2.758 \$/loc.), Franța (2.076 \$/loc., respectiv 2.930 \$/loc.), Malta (2.104 \$/loc., respectiv 3.140 \$/loc.), Danemarca (1.960 \$/loc., respectiv 2.968 \$/loc.), Suedia (1.938 \$/loc., respectiv 2.716 \$/loc.) ș.a. (OMS 2010). Deși între țările Uniunii Europene există decalaje economice, datele prezentate, ca procente din produsul intern brut, arată cât la sută din PIB este alocat de fiecare

guvern pentru cheltuielile de sănătate. Dacă am merge mai departe cu analiza, am putea spune că aceste date pot avea semnificații și interpretări diferite și opuse: ele pot arăta cât de mult îi pasă guvernului să asigure dreptul la sănătate al cetățenilor sau, ținând cont de presiunile internaționale cu privire la restricțiile bugetare etc. cât de mult își poate permite un guvern să aloce sănătății. Astfel, nivelul cheltuielilor publice pentru sănătate se poate transforma într-o armă politică, folosibilă fie de către guvern, fie de către opoziție pentru a critica guvernul. În spațiile acestor jocuri politice rămâne însă cetățeanul, care are de luptat pentru dreptul său fundamental la sănătate și care va percepe slaba finanțare a sistemului ca pe un act politic de dezinteres în ceea ce privește calitatea vieții sale. De asemenea, duelurile politice și reforma nereușită a sistemului sanitar sporesc neîncrederea medicilor tineri în viitorul lor profesional în România (Manea 2011). Gradul de finanțare a sistemului sanitar influențează în mod direct și *satisfacția profesională* a medicilor, vizibilă prin indicatori precum: tipul de activitate prestată, volumul de muncă, venitul obținut, relațiile cu colegii de muncă, condițiile de desfășurare a muncii, acordarea de recompense/stimulente, politica de promovare și dezvoltare profesională ș.a. (Moldovan 2006, pp. 155-190). *Nivelul de remunerare* a personalului medical din România poate fi considerat un factor de tip „push” al migrației, valabil nu doar pentru medici ci și pentru celelalte categorii de personal medical. Gradul de satisfacție profesională a medicilor prin prisma venitului obținut este dependent de nivelul de dezvoltare economică a țării și poate fi determinat prin compararea venitului brut individual al medicilor cu nivelul mediu al salariilor pe total economie. Statisticile internaționale evidențiază discrepanțe mari între țări (OECD 2009). Astfel, la nivelul anului 2009, raportul dintre venitul brut individual al unui medic și salariul mediu pe economie a fost de 1,4 în Ungaria, 2,6 în Franța, 3,1 în Olanda, 3,3 în Germania, 3,7 în S.U.A., 4,3 în Marea Britanie etc. În cazul medicilor specialiști, acest raport este mult mai mare. În România, raportul dintre salariul de bază (fără sporuri) și câștigul mediu brut la nivel național în anul 2009 a fost de 1,003 în cazul medicilor primari și 0,53 în cazul medicilor rezidenți de anul I (Institutul Național de Statistică, 2010). Aceste date subliniază ceea ce am afirmat anterior, anume sentimentul medicilor că valoarea lor

socială este ignorată prin „mesajul salarial”, care ar putea fi interpretat ca: atât valorează pregătirea ta raportat la nivelul societății. O situație deosebit de defavorabilă se înregistrează la tinerii medici angajați. De exemplu, salariul unui medic rezident anul I este în jur de 1.000 lei (Ordonanța Guvernului nr. 17 pentru modificarea și completarea Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 115/2004 privind salarizarea și alte drepturi ale personalului contractual din unitățile sanitare publice din sectorul sanitar 2008). Nivelul – și așa foarte scăzut - al remunerării personalului medical a fost afectat în anii următori de măsurile de austeritate luate de Guvern (Legea nr. 18 privind unele măsuri necesare în vederea restabilirii echilibrului bugetar 2010), când toate salariile din sectorul bugetar au fost reduse cu 25 procente și s-a trecut la impozitarea tichetelor de masă. În prezent, potrivit statisticilor internaționale, salariul mediu al medicilor din țările Uniunii Europene este de cca. 3.500 de euro, adică de cca. 10 ori mai mare decât cel din România. Dacă ar fi să luăm în considerare doar aceste cifre brute, putem înțelege de ce nivelul salariilor medii din UE acționează ca un factor „pull” al migrației din perspectiva unui medic român. Marketizarea îngrijirilor de sănătate (Held 2006, pp. 106-128) la nivelul UE, vor determina medicii români să tranzacteze *capitalul cultural* – studiile medicale, competențele dobândite – pentru un *capital economic* (retribuții salariale) și un *capital social* (statut social mai bun) (Bourdieu 1986, pp. 241–258).

Gradul de satisfacție profesională a medicilor depinde și de *condițiile de desfășurare a muncii*: dotări, echipamente corespunzătoare de protecție a muncii ș.a. Mulți medici din România lucrează în condiții vitrege, neavând uneori la dispoziție nici măcar medicamentele sau unele consumabile (mănuși, bandaje etc.) necesare pentru a le administra pacienților un tratament corespunzător. Adăugând la aceste elemente, care țin de slaba finanțare a sistemului de sănătate publică, și alți factori specifici, cum ar fi condițiile de *stress*, *suprasolicitarea* la locul de muncă, *lipsa de recunoaștere* și de *respect* pentru importanța muncii pe care o prestează și *corupția* din sistem, recurgerea la emigrare devine un act pe deplin motivat.

În concluzie, banii investiți în sănătate trebuie considerați o *investiție pe termen lung* și nu o simplă cheltuială. De asemenea, ar trebui instituită o mai mare transparență în ceea ce privește cheltuirea banilor din

sănătate și stopată risipa. Necesitatea maximă ar constitui-o găsirea unor soluții urgente de creștere a gradului de finanțare a sistemului public de sănătate, deoarece nivelul redus al resurselor publice alocate sănătății influențează în mod direct calitatea actului medical și constituie un factor motivațional important al migrației medicale.

## 2. Evoluția fenomenului migrației medicilor români în străinătate

Potrivit datelor deținute de Colegiul Medicilor, plecările medicilor români în străinătate sunt destul de însemnate, dacă le raportăm la numărul celor angajați în sistemul național de sănătate, care a fost, în medie, în ultimii ani de cca. 50.000 (52.541 medici în anul 2011, din care 41.171 medici în sectorul public (Institutul Național de Statistică 2011). Plecările cele mai mari de medici din România au fost din centrele universitare ale țării (București, Cluj, Iași, Timiș), iar cele mai frecvente țări de destinație au fost Franța, Marea Britanie, Germania, Italia, Spania, Suedia, Irlanda, Olanda, Canada, Belgia, Austria, Portugalia și Cipru. Se remarcă, de asemenea, faptul că specializările cele mai solicitate de către angajatorii din străinătate au fost cele de medicină generală, medicină de familie, chirurgie generală, anestezie și terapie intensivă. Conform datelor statistice (Colegiul Medicilor din România 2012), numărul medicilor plecați până în prezent este de cca. 20.000, din care 10.000 de medici au plecat înainte de aderarea României la Uniunea Europeană, iar cca. 10.000 de medici au plecat în următorii 5 ani, după cum se poate observa din datele prezentate în tabelul de mai jos:

**Tabel nr. 2. Numărul medicilor plecați din România în perioada 2007-2011<sup>[1]</sup>**

Anul	Nr. persoane
2007	2.200
2008	1.252
2009	1.900
2010	2.779
2011- primele 8 luni	1.700

[1] Sursa: Colegiul Medicilor din România, disponibil la: <http://www.cmr.ro>

Este îngrijorător faptul că numărul medicilor plecați în fiecare an în ultima vreme îl depășește pe cel al medicilor specialiști pe care-i produce în fiecare an școala românească (curs de guvernare.ro). Din această cauză, unele scenarii pesimiste conduc la ideea că dacă se păstrează actualul sold al migrației medicilor, în anul 2021 nu vor mai fi medici în România (News.ro 2011). Perspectivele se arată sumbre, în condițiile în care solicitările către Ministerul Sănătății de eliberare a documentelor necesare recunoașterii în celelalte state membre a titlurilor oficiale de calificare în meseria de medic obținute în România („certIFICATELE DE CONFORMITATE”, sau așa-numitele “good standing”) cresc an de an, numărul acestora în anul 2011 atingând o cifră record - 6.160 de cereri (Ministerul Sănătății 2011). Trebuie remarcat aici faptul că Ministerul Sănătății nu cunoaște dacă certificatele de conformitate sunt folosite de solicitanți, persoanele respective putând să aleagă să plece în străinătate sau să le păstreze pentru a le folosi atunci când se va ivi ocazia favorabilă, dar ele arată intenția, fie și latentă, de a emigra. Cu toate acestea, considerăm că acest fenomen este îngrijorător, fapt care rezultă și din studiile întocmite în ultima vreme. De exemplu, în urma unui studiu realizat de Federația „Solidaritatea Sanitară” în anul 2010 în regiunea SUD-EST a rezultat faptul că 38 procente din medici sunt hotărâți să plece în străinătate, iar 30 procente din angajații sanitari au făcut deja demersuri pentru a pleca sau urmează să le facă (Federația „Solidaritatea Sanitară” din România 2010).

Din datele prezentate în tabelul nr. 3 se poate observa că ponderea medicilor plecați în ultimii ani în totalul medicilor din România este mai ridicată în județele Iași, Arad, Bihor, Cluj, Constanța, Timiș și municipiul București (cursdeguvernare.ro). Faptul că pleacă mulți medici din orașele mari poate fi explicat și prin existența unor rețele de migrație (Ryan 2007, pp. 295-312), a unor schimburi instituționale tradiționale între centre universitare sau a unui acces mai bun la informații privind emigrarea, cum ar fi târgurile de job-uri etc.

**Tabel nr. 3. Ponderea medicilor emigranți din total medici, pe județe (în procente)<sup>[1]</sup>**

Pondere (%)	Județe
- sub 1 %	Argeș, Bistrița-Năsăud, Brăila, Brașov, Călărași, Dolj, Galați, Ialomița, Mureș, Prahova, Suceava, Tulcea, Vaslui, Vrancea
- 1-2 %	Botoșani, Caraș-Severin, Covasna, Dâmbovița, Gorj, Harghita, Mehedinți, Olt, Teleorman, Vâlcea
- 2-3 %	Alba, Bacău, Buzău, Giurgiu, Maramureș, Neamț, Sălaj, Satu-Mare, Sibiu, Sectorul agricol Ilfov
- 3-4 %	Bihor, Cluj, Constanța, Timiș, mun. București
- 4-5 %	Arad
- peste 5 %	Iași

O altă mare problemă legată de migrația medicilor români este aceea că unii medici sunt specialiști cu renume în unele domenii, dar și cadre didactice universitare de prestigiu în același timp, din care cauză plecarea acestora înseamnă atât pierderea unor profesioniști supercalificați, cât și pierderea unor mentori ai viitoarelor generații de medici. Acest fenomen riscă, de asemenea, să deterioreze și mai mult nivelul atins de indicatorul *rata densității medicale (medici/10.000 de locuitori)* în România, indicator care și așa se află la un nivel foarte redus în comparație cu cel înregistrat de țările din regiunea europeană. Astfel, în perioada 2000-2009, când numărul mediu al medicilor români din sistemul de sănătate publică a fost de 41.456, nivelul indicatorului a fost de 19 medici/10.000 de locuitori, spre deosebire de media europeană, care a fost de 33 medici/10.000 de locuitori. Un nivel mai ridicat al indicatorului în această perioadă a fost înregistrat în țări precum Belgia (42 medici/10.000 de locuitori), Lituania (40 medici/10.000 de locuitori), Olanda (39 medici/10.000 de locuitori), Spania și Austria (38 medici/10.000 de locuitori) ș.a. (Organizația Mondială a Sănătății 2010). Chiar dacă în anul 2011 nivelul indicatorului a ajuns în România la 25 medici/10.000 locuitori, țara noastră se situează în prezent tot pe ultimul loc în Europa (Institutul Național de Statistică 2011). Dimensiunea soldului negativ al migrației medicale a transformat România în „cel mai mare exportator de medici”. Teoretic, această situație nu ar trebui să fie

[1] Sursa: cursdeguvernare.ro, disponibil la <http://cursdeguvernare.ro/quo-vadis-doctore-i-cu-cat-finanteaza-romania-sanatatea-europei.html>



considerată un pericol, deoarece migrația poate fi considerată un fenomen normal, mai ales pe fondul globalizării. Proporțiile acestui fenomen sunt însă îngrijorătoare pentru România, deoarece afectează asigurarea dreptului la sănătate a cetățeanului, ca drept fundamental.

### **3. Efecte negative ale migrației forței de muncă**

Deși există și efecte *pozitive* ale migrației forței de muncă, precum remitențele, formarea unor legături cu diaspora și facilitarea schimburilor de experiență, sau în unele momente chiar asigurarea de locuri de muncă pentru unele categorii profesionale care nu pot fi absorbite de piața internă, vom enumera câteva dintre efectele *negative* ale migrației forței de muncă în general.

Un efect important este reprezentat de *modificarea structurii demografice* a populației: scăderea continuă a populației tinere, accelerarea procesului de îmbătrânire a populației, scăderea ratei natalității și a fertilității, ca urmare a creșterii ponderii femeilor emigrante.

Consecințe negative la nivel familial, cum ar fi dezechilibre în relația de cuplu (inclusiv divorțuri), abandonarea copiilor, abandonul școlar se adaugă listei problemelor sociale create de migrația masivă. Pierderea unui segment important al capitalului cultural prin pierderea de specialiști nu trebuie de asemenea ignorată. O altă consecință este diminuarea potențialului local de forță de muncă și afectarea creșterii economice în general. Resorbția celor fără loc de muncă la un moment dat poate fi considerată un avantaj pe termen scurt pentru piața muncii, dar cu posibile dezechilibre severe ale acesteia pe termen lung.

## **4. Dimensiunile socio-demografice și economice ale migrației**

### **4.1. Dimensiuni socio-demografice**

#### **4.1.1. Scăderea populației, reducerea numărului populației tinere și îmbătrânirea populației**

Populația României a scăzut după anul 1989 în mod dramatic, anume cu aproximativ 3 milioane de locuitori, datorită influenței a trei factori importanți, și anume: *migrația externă negativă* (care este mai mare

decât sporul natural), *creșterea ratei mortalității* (ce depășește nivelul ratei natalității) și *reculul ratei natalității*, care se situează sub nivelul ratei mortalității. Se constată, de asemenea, reducerea numărului populației tinere, care a îngustat și mai mult baza piramidei vârstelor (Institutul Național de Statistică 2011). Acest fenomen a fost determinat și de evoluția structurii pe sexe a emigranților, care a fost și este în continuare dominată de femei, acestea reprezentând în anul 2007 peste 65 procente din numărul total de emigranți. Comparând structura pe grupe de vârstă a emigranților cu cea a populației totale se observă că înclinația spre migrație atinge cote maxime la persoanele cu vârsta cuprinsă între 26 și 40 de ani și este foarte redusă după vârsta de 50 de ani (Institutul European din România 2008, p. 37). Aceste evoluții se regăsesc și la nivelul personalului medical, care cunoaște un fenomen de îmbătrânire. La nivelul anului 2011, de exemplu, din numărul total de medici existent în sistemul sanitar românesc – 52.541 medici, din care 41.171 în sectorul public – numărul medicilor cu vârsta mai mare de 45 de ani a fost de 23.583, reprezentând 45 procente din total (Institutul Național de Statistică 2012). De asemenea, ponderea femeilor în numărul total al medicilor din România în anul 2011 a fost de 69 procente, iar în numărul total al farmaciștilor de 90,1 procente (Institutul Național de Statistică 2012). Nu putem afirma faptul că migrația medicilor români a avut o influență covârșitoare asupra situației demografice actuale a României. În comparație cu numărul total al emigranților, estimat la aproximativ 3 milioane de persoane, numărul medicilor migranți este infim, de aproximativ 20 de mii, dar migrația medicilor este o parte dintr-un întreg și evoluează în același sens. Am putea să ne gândim la efecte demografice indirecte, cum ar fi faptul că o posibilă calitate necorespunzătoare a serviciilor de sănătate ar putea afecta rata mortalității, sau că dezamăgirile sociale nu sunt un factor încurajator al natalității. Emigrarea femeilor, mai ales din domeniile cu înaltă calificare, care necesită perfecționare profesională continuă, sunt de asemenea, un factor cu influență negativă asupra natalității.

#### *4.1.2. Punerea în pericol a funcționării sistemului de sănătate din România*

La o primă vedere, bolile care provoacă cele mai multe decese în rândul populației României par a fi legate de specialitățile afectate de migrația medicilor: cardiologie, anestezie și terapie intensivă, medicină internă, medicină de urgență și chirurgie. Este greu de făcut o afirmație categorică la acest punct, deoarece factorii care intervin în apariția, evoluția sau tratamentul unei boli sunt mult mai complicați. Influența mediului, a sedentarismului, poluarea, alimentația necorespunzătoare, stilul de viață, abuzul de alcool sau nicotină sunt factori importanți ai stării de sănătate și sunt greu de monitorizat. Pe de altă parte, costurile tratamentelor medicale, accesul la medicamente și la tratamente corespunzătoare sunt direct legate de o reformă neîmplinită a sistemului sanitar. Dacă la aceasta adăugăm și pierderea resursei umane, datorată migrației medicale, am putea contura un pericol iminent al MM asupra sistemului sanitar și a stării generale de sănătate a populației. Ca fapt brut, România se situează în prezent pe ultimele locuri din Europa la majoritatea indicatorilor cu privire la starea de sănătate a populației (mortalitate, morbiditate, mortalitate nejustificată ș.a.). O politică de atragere și menținere a resursei umane ar fi un prim pas în vindecarea sistemului sanitar românesc, mai ales că medicii care s-ar reîntoarce din străinătate ar beneficia de o experiență transculturală utilă reformei medicale.

#### **4.2. Dimensiuni economice**

După cum am afirmat anterior, o consecință generală a migrației forței de muncă este afectarea creșterii economice pe termen lung. Există o corelație directă și pozitivă între gradul de educație a populației unei țări și creșterea economică pe termen lung. Prin urmare, migrația persoanelor calificate și înalt calificate, categorie în care intră și medicii, reprezintă o externalitate negativă pentru țara de origine. Pierderea capitalului cultural și pierderea unor resurse publice investite în formarea profesională a medicilor afectează societatea în general (Bourdieu 1986, pp. 241–258). Circumscrișă unui fenomen mai larg, întâlnit sub denumirea de „migrație a creierelor”, migrația medicilor are cono-

tații economice importante, deoarece reprezintă o pierdere pentru țara de origine, și anume costul formării capitalului uman. Mărimea acestui cost este diferită de la o țară la alta și depinde, în principal, de gradul de dezvoltare economică și de organizarea sistemului social (Simion 2010). Această pierdere este formată din două componente, și anume „costul formării” și „costul specializării”. „Costul formării” este reprezentat de cheltuielile publice (educație, sănătate etc.) pe care un stat trebuie să le realizeze pentru a produce un „adult gata pregătit” pentru piața muncii, adică până la vârsta de 18 ani, vârsta majoratului. Este de remarcat faptul că acest cost nu include remunerația pentru serviciile de îngrijire furnizate de familie. Potrivit lui Alfred Sauvy, renumit demograf și analist economic, acest cost poate fi estimat la 5,5 ani de producție națională pe o persoană activă. „Costul specializării” reflectă resursele publice investite în formarea profesională superioară, cum este și cea a medicilor. La nivelul României, de exemplu, cheltuielile anuale cu pregătirea unui student la medicină sunt în prezent de cca. 8.000 RON, iar pentru un an de rezidențiat statul român cheltuie aproximativ 21.000 RON. Rezultă că pentru formarea și specializarea unui medic pe o perioadă de 6-11 ani (6 ani de facultate și 3-5 ani de rezidențiat) statul român cheltuie aproximativ 70.000 RON (cca. 20.000 EURO). Dacă până în prezent au plecat din România cca. 20.000 de medici, aceasta înseamnă că statul român a pierdut până în prezent cca. 400 milioane de EURO, sumă care ar putea fi considerată mică, dacă nu am cunoaște faptul că România este în prezent țara europeană cu nivelul cel mai mic la indicatorii „*ponderea cheltuielilor totale pentru sănătate în PIB*” și „*cheltuieli publice pentru sănătate pe locuitor*”. Calculate la nivelul întregii țări, în fiecare an valoarea acestor pierderi însumează câteva zeci de milioane de euro. Pierderea totală pentru un emigrant devine astfel mult mai mare, ea fiind compusă din două tipuri de cheltuieli *publice* („costul formării” și „costul specializării”) și cheltuielile *private* suportate de familie (remunerația pentru serviciile de îngrijire furnizate de familie până la împlinirea vârstei de 18 ani a persoanei respective). De asemenea, *bugetul de stat este privat de o serie de venituri din impozite și contribuții* (impozitul pe venituri/salarii, contribuțiile la fondul de pensii și de asigurări sociale, diverse impozite și taxe locale etc.).

Migrația medicală duce și la *eroziunea clasei de mijloc*, care este considerată piatra de temelie a oricărei societăți moderne.

Pentru a contura un tablou cât mai realist al fenomenului MM trebuie să amintim și de *fluxurile bănești reprezentând transferuri de fonduri din străinătate către familiile sau rudele rămase în țară (remiterile)*. Aceste sume reprezintă pentru unele țări în curs de dezvoltare – după investițiile străine directe – a doua sursă importantă de fonduri externe, cu implicații puternice atât la nivel microeconomic cât și la nivel macroeconomic. Statisticile internaționale (Banca Mondială 2011) arată că valoarea acestor transferuri pentru România a crescut continuu în ultimii ani, un moment de recul fiind înregistrat după declanșarea crizei financiare mondiale din anul 2009:

**Tabel nr. 4. Valoarea remiterilor în perioada 2003–2010 (mil. USD)<sup>[1]</sup>**

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
124	132	4,733	6,718	8,542	9,381	4,928	4,517

Efectele transferului de bani la nivel macroeconomic sunt destul de dificil de comensurat din cauza multiplelor interacțiuni la nivelul variabilelor macroeconomice. Efecte considerabile sunt investițiile și economisirea. Cel mai vizibil impact al acestor transferuri se înregistrează asupra consumului gospodăriilor, atât de important la nivel macroeconomic, înregistrându-se în cererea agregată internă, componentă a PIB-ului. Transferurile de bani către gospodării reprezintă surse directe de creștere a venitului lor, ceea ce conduce la creșterea consumului și implicit la reducerea temporară a sărăciei și a polarizării sociale, datorită efectelor lor de redistribuire. Datele la nivel național arată că în ultimii ani o parte semnificativă a populației României a achiziționat bunuri durabile (bunuri de uz gospodăresc, imobile, mașini etc.) sau a optat pentru extinderea/modernizarea caselor, dar remiterile au deținut un procent destul de redus în sursele de finanțare a acestor activități (Roman și Voicu 2010, pp. 50-65). Realitatea arată că în multe țări, printre care și România, aceste sume nu sunt direct reinvestite în activități productive sau în capitalul uman existent în sistemul public de

<sup>[1]</sup> Sursa: Banca Mondială, 2011, disponibil la <http://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/334934-1199807908806/Romania.pdf>

sănătate. Prin urmare, aceste transferuri nu pot, pe termen scurt, să compenseze pierderile suferite ca urmare a plecării din serviciul de sănătate publică a personalului medical cu experiență. În multe țări, acumularea de capital financiar, uman și relațional poate deveni pentru migranți – inclusiv pentru personalul medical implicat în acest fenomen – o strategie intermediară pentru o strategie antreprenorială. Strategia este posibilă prin promovarea unor politici fiscale și bugetare care să stimuleze investirea în scop productiv a acestor resurse. Din păcate, cunoașterea valorii reale a resurselor financiare externe este dificilă în România din mai multe motive: datele statistice sunt incomplete și insuficiente, remiterile anunțate de BNR se referă doar la transferurile prin bănci și nu includ sumele în numerar aduse în țară de către migranți, metodologia folosită de BNR nu este identică cu cea folosită de Banca Mondială și nu există statistici naționale cu privire la mărimea sumelor trimise familiilor de către medicii migranți.

## Concluzii

Migrația creierelor din România, inclusiv a personalului medical, este un fenomen care nu poate fi stopat, dar poate fi controlat și folosit în interes național. Acest lucru este cu atât mai necesar și mai urgent cu cât multe țări dezvoltate folosesc în prezent diverse pârghii de natură economică, bugetară și fiscală în vederea atragerii de specialiști din toate domeniile proveniți din țările mai puțin dezvoltate economic. Unele studii recente (Giannoccolo 2003) vorbesc despre o adevărată „con competiție fiscală” care se derulează în prezent între țările europene dezvoltate și țările în curs de dezvoltare din Europa Centrală și de Est, cum este și cazul României, în ceea ce privește atragerea de specialiști din diverse domenii, inclusiv medici. „Armele” folosite de către autoritățile publice din aceste țări sunt diverse: creșterea salariilor și/sau diminuarea impozitelor pentru cercetători și intelectuali (în Marea Britanie, Austria, Suedia, Olanda, Franța), reduceri sau scutiri de impozite pentru companiile care investesc în cercetare (Irlanda), realizarea de investiții publice în cercetare (Irlanda, Germania, Franța, Marea Britanie) ș.a.

Codurile etice de recrutare a personalului medical ar trebui să funcționeze ca un instrument de protejare a resursei medicale în țările în curs de dezvoltare, sau oriunde resursa umană este deficitară (Cehan și Manea 2012, Dornescu 2012).

Aceste coduri sunt un început de problematizare a unei responsabilități morale globale pe care o au țările bogate față de cele sărace. Accentuarea responsabilității globale este o alternativă a marketizării excesive, mai ales a marketizării globale a serviciilor de sănătate (Held 2006, pp. 106-128). Datele economice și demografice pe care le-am prezentat surprind câteva dintre dimensiunile negative ale migrației medicale. Mesajul mediat de aceste date indică în special subfinanțarea sistemului de sănătate și consecințele negative ale acestei subfinanțări.

## Mulțumiri

Această lucrare a fost realizată în cadrul proiectului „Studii post-doctorale în domeniul eticii politicilor de sănătate” cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013 și implemenat de Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași în cadrul contractului numărul POSDRU/89/1.5/S/61879. Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială a Uniunii Europene sau a Guvernului României.

## Bibliografie

1. Bourdieu, P. (1986). *The Forms of Capital*: versiunea engleză publicată în 1986 în J.G. Richardson's *Handbook for Theory and Research for the Sociology of Education*, pp. 241–258.
2. Cehan, I. și Manea, T. (2012). *International Codes of Medical Recruitment: Evolution and Efficiency*. *Romanian Journal of Bioethics*, 10 (1), pp. 100-109.
3. Dornescu, V. (2012). *Ethical issues on the international doctors recruitment*, *GSTF Journal on Business Review*. 1(3).

4. Giannoccolo, P. (2003). *Brain Drain and Fiscal Competition: a theoretical model for Europe*, disponibil la <http://www.2.dse.unibo.it/wp/481.pdf>.

5. Held, V. (2006). *The Ethics of Care: Personal, Political, and Global*, Oxford University Press.

6. Manea, T. (2011). *Romanian Medical Migration: an Issue of Trust?* Editorial. *Romanian Journal of Bioethics*, 9(3).

7. Mitchell, D. (2004). *Tax competition and fiscal reform: Rewarding pro-growth tax policy*, prepared for *A liberal agenda for the New Century: A Global Perspective*, a Conference cosponsored by the Cato Institute, April 8-9, Moscow, Russian Federation.

8. Moldovan, M. (2006). *Managementul resurselor umane*. Badea E., Bărbuță D., Chiriac N., Gheorghe, I., Haraga, S., Ionescu, A., Mihăescu – Pinția, C., Moldovan, M., Mușat, S., Palas C., Pavel, C., Radu P., Rădulescu, S., Răsoiu, S., Stoienescu, M., Vâlceanu, D., – *Managementul spitalului*, Ed. PUBLIC H PRESS, București, 155-190.

9. Roman M. și Voicu C. (2010). *Câteva efecte socioeconomice ale migrației forței de muncă asupra țărilor de emigrație. Cazul României*. *Economie teoretică și aplicată*, vol. XVII, No. 7 (548), 50-65.

10. Ryan, L. (2007). *Migrant Women, Social Networks and Motherhood: The Experiences of Irish Nurses in Britain*. *Sociology*, 41 (2), 295-312.

11. Searle, J. (2010). *Making the Social World: The Structure of Human Civilization*, Oxford University Press.

12. Simion, I. (2010). *Educația și migrația*. *Opinia națională*, 29 oct. 2010.

### **Date statistice**

13. Banca Mondială, 2010, disponibil online la <http://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/334934-1199807908806/Romania.pdf>, [data accesării: 12 oct. 2012]

14. Banca Mondială, 2011, disponibil online la <http://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/334934-1199807908806/Romania.pdf>, [data accesării: 14 sept. 2012].



15. Colegiul Medicilor din Romania 2012, disponibil online la <http://www.cmr.ro>, [data accesării: 5 oct. 2012].

16. [cursdeguvernare.ro](http://cursdeguvernare.ro), din 7 aug. 2012, disponibil online la <http://cursdeguvernare.ro/quo-vadis-doctore-i-cu-cat-finanteaza-romania-sanatatea-europei.html>, [data accesării: 1 oct. 2012].

17. Federația „Solidaritatea Sanitară” din România 2010, disponibil online la <http://www.solidaritatea-sanitara.ro/index.php/comunicate-de-presa/80-concluziile-studiului-calitatea-vietii-profesionale-a-personalului-din-sistemul-sanitar>, [data accesării: 15 oct. 2012].

18. Institutul European din Romania, Proiect SPOS 2008 – *Studii de strategie și politici*, București, disponibil online la [http://www.ier.ro/documente/spos2008\\_ro/Sinteze\\_studii\\_SPOS\\_2008.pdf](http://www.ier.ro/documente/spos2008_ro/Sinteze_studii_SPOS_2008.pdf), [data accesării: 10 oct. 2012].

19. Institutul Național de Statistică, 2010: *Anuarul Statistic al României*, 2009, disponibil online la <http://www.insse.ro/cms/rw/pages/index.ro.do>, [data accesării: 11 oct. 2012].

20. Institutul Național de Statistică, 2011: *Breviar statistic România în cifre*, 2010, disponibil online la <http://www.insse.ro/cms/rw/pages/romania%20in%20cifre.ro.do>, [data accesării: 12 oct. 2012].

21. Institutul Național de Statistică, 2012: *Activitatea unităților sanitare în 2011*, disponibil online la <http://www.insse.ro/cms/files/publicatii/san2011.pdf>, [data accesării: 14 oct. 2012].

22. Legea nr. 18/2010 privind unele măsuri necesare în vederea restabilirii echilibrului bugetar, publicată în „Monitorul Oficial”, Partea I, nr. 441 din 30.06.2010, disponibil online la <http://www.infolegal.ro/legislatie-integrala/legea-nr-1182010-privind-unele-masuri-necesare-in-vederea-restabilirii-echilibrului-bugetar/>, [data accesării: 15 oct. 2012]

23. Ministerul Sănătății 2011, disponibil online la <http://www.ms.ro>, [data accesării: 20 oct. 2012].

24. News.ro 2011, disponibil online la <http://www.corect-news.com/social/sanatate/afp-criza-economica-determina-medicii-romani-sa-plece-in-strainatate>, [data accesării: 7 oct. 2012].

25. OECD, 2009: *Health at a Glance 2009, OECD Indicators*, disponibil online la:

<http://www.oecd.org/edu/highereducationandadultlearning/43636332.pdf>, [data accesării 5 sept. 2012].

26. OMS, 2010: Statistiques Sanitaires Mondiales 2010, disponibil online la [http://www.who.int/whosis/whostat/FR\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS10_Full.pdf), [[data accesării: 8 sept. 2012].

### **Documente legislative**

27. Guvernul României 2008 – Ordonanța Guvernului nr. 17 pentru modificarea și completarea Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 115/2004 privind salarizarea și alte drepturi ale personalului contractual din unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, publicată în „Monitorul Oficial”, Partea I, nr. 83 din 01.02.2008.