Marilena Nicula

PLECI SAU RĂMÂI?

Rezidențiatul medical în România vs. Europa. Opțiuni, avantaje și realități



PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ

Marilena Nicula

PLECI SAU RĂMÂI?

Rezidențiatul medical în România vs. Europa
Opțiuni, avantaje și realități

Despre autor:

MARILENA NICULA *este doctor în Sociologie. Lucrarea de față reprezintă o versiune ușor revizuită a tezei de doctorat, susținută în ianuarie 2026, în cadrul Școlii Doctorale de Științe Sociale a Academiei Române. Dr. Marilena Nicula este în prezent consilier coordonator în cadrul Senatului României. Pregătirea academică include și o diplomă de master în jurnalism și comunicare politică (Universitatea din București), precum și diplome de licență în științe politice (Universitatea din București) și filologie (franceză-spaniolă, Universitatea Creștină Dimitrie Cantemir).*

Contact:
marilena.nicula@gmail.com

Această carte este sprijinită pentru publicare
prin grantul UEFISCDI
PN-IV-P1-PCE-2023-0477 (Assn.Dyn)

Marilena Nicula

PLECI SAU RĂMÂI?

Rezidențiatul medical în România vs. Europa

Opțiuni, avantaje și realități

PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ
2026

Referenți științifici:
CS I dr. Voicu Bogdan
CS II dr. Claudia Petrescu

Fotografia coperții: Bogdan Voicu

ISBN 978-606-37-2870-9

© 2026 Autoarea volumului. Toate drepturile rezervate.
Reproducerea integrală sau parțială a textului, prin orice mijloace, fără acordul autoarei, este interzisă şi se pedepsește conform legii.

Universitatea Babeș-Bolyai
Presa Universitară Clujeană
Director: Codruța Săcelean
Str. B.P. Hasdeu nr. 51
400371 Cluj-Napoca, România
Tel.: (+40) 744 687 884
E-mail: editura@ubbcluj.ro
editura.ubbcluj.ro | libraria.ubbcluj.ro

,,Pentru cei care au intrat în medicină cu un vis în suflet și au ales să îl păstreze viu, chiar și atunci când sistemul rigid le-a cerut să renunțe la el…''

Motto:

„În spatele fiecărui absolvent de medicină care pleacă există un sistem care a eșuat să îl convingă să rămână.”

Notă personală

Această lucrare a luat naștere la intersecția unor realități care m-au marcat profund atât din punct de vedere academic, cât și personal.

Prima dintre ele a fost momentul în care am identificat un paradox al sistemului medical românesc: deși România se află printre țările europene cu un număr ridicat de absolvenți ai facultăților de medicină, sistemul de sănătate continuă să se confrunte cu un deficit important de medici. Această contradicție a reprezentat punctul de plecare al unei cercetări care și-a propus să înțeleagă mai bine relația dintre sistemele de rezidențiat medical, mobilitatea profesională și deciziile de migrație ale tinerilor absolvenți.

A doua sursă de inspirație a venit din experiențele directe ale unor absolvenți de medicină din cercul meu apropiat, mulți dintre ei pregătindu-se intens pentru a urma rezidențiatul în alte state europene. Motivele invocate erau adesea legate de rigiditatea sistemului de rezidențiat din România, de dificultatea accesării specializărilor dorite și de dorința de a se dezvolta într-un mediu profesional perceput ca fiind mai predictibil și mai meritocratic.

Această cercetare a prins cu adevărat contur în momentul în care coordonatorul meu de doctorat prof. dr. Bogdan Voicu a înțeles relevanța și complexitatea temei propuse și m-a susținut constant pe parcursul elaborării tezei. Încrederea acordată, răbdarea și libertatea academică oferită au avut un rol esențial în finalizarea acestei lucrări.

Le sunt profund recunoscătoare profesorilor, cercetătorilor și persoanelor din diferite state europene pe care le-am întâlnit de-a lungul parcursului meu academic și care au avut răbdarea de a-mi răspunde întrebărilor, de a-mi oferi îndrumare și de a contribui, direct sau indirect, la dezvoltarea acestei cercetări.

Mulțumesc, de asemenea, prietenilor și colegilor care mi-au fost alături în această perioadă, pentru susținere, încurajare și pentru momentele în care au reușit să îmi redea încrederea că această cercetare trebuie dusă până la capăt.

În cele din urmă, această lucrare aparține și familiei mele —soțului meu, părinților mei și fratelui meu— care mi-au oferit sprijin, echilibru și puterea de a

merge mai departe în toți acești ani. Lor le datorez nu doar susținerea necondiționată, ci și capacitatea de a continua chiar și în momentele cele mai dificile.

Poate că nu este întâmplător faptul că finalizez această carte într-un moment în care mă pregătesc să devin mamă, experiență care m-a făcut să privesc medicina, responsabilitatea și viitorul cu și mai multă profunzime. Dincolo de statistici, politici publice și analize comparative, această cercetare rămâne, înainte de toate, despre oameni, despre vocație și despre nevoia unor sisteme capabile să păstreze speranța și potențialul noilor generații pentru a construi România de mâine.

Cuprins

NOTĂ PERSONALĂ 7

LISTA ABREVIERILOR 13
LISTA GRAFICELOR 15
LISTA TABELELOR 15

I. INTRODUCERE 16

II. MIGRAȚIA INTERNAȚIONALĂ: O PRIVIRE DE ANSAMBLU 22

III. FACTORI PUSH-PULL ÎN MIGRAȚIA INTERNAȚIONALĂ..... 27

Teoria lui Everett Lee asupra migrației 27
Teoria Push-Pull a lui Lee și absolvenții de medicină din România 29
Teoria migrației internaționale formulată de Douglas Massey.....30
Aplicabilitate la migrația internațională.....31
Teoria lui Massey și absolvenții de medicină din România 33
Alte cadre teoretice relevante pentru înțelegerea migrației 34
Teorii recente ale migrației și fenomenul ,,Brain Drain'' 35
Teoria capitalului uman și fenomenul ,,brain drain'' 36
Migrația persoanelor înalt calificate.....37
Migrația medicilor din Europa Centrală și de Est.....39

IV. LĂSAȚI ÎN URMĂ SAU FORȚAȚI SĂ PLECE? REEVALUAREA POLITICILOR PRIVIND FORȚA DE MUNCĂ DIN SĂNĂTATE ÎN ROMÂNIA 41

Introducere.....41
Metodologie – Solicitări de date de la autoritățile din România.....44
Rezultate: dinamica cifrelor la nivel agregat 45
Exodul absolvenților de medicină: Provocări și obstacole în păstrarea talentelor.....56
Discuții și implicații.....58

V. IPOTEZE ȘI METODOLOGII 60

Premisă de cercetare și ipoteză 60
Analiză comparativă: criterii pentru examinare 60
Reglementările privind rezidențiatul 60
Evaluare și examinare în timpul rezidențiatului 63
Condiții economice și de muncă 63
Indicatori ai sistemului de sănătate 63
Intențiile de migrație ale studenților români la medicină 65
Procesul de colectare a datelor 65
Contact direct cu autoritățile medicale naționale 65
Cercetare online 66
Metode de analiză 67
Limitările analizei 69

VI. SISTEMELE DE REZIDENȚIAT MEDICAL ÎN EUROPA 70

Descrieri pentru fiecare țară 70
Austria 70
Belgia 71
Bulgaria 71
Cehia 72
Cipru 72
Croatia 73
Danemarca 74
Elveția 74
Estonia 75
Finlanda 75
Franța 76
Germania 78
Grecia 79
Irlanda 79
Islanda 80
Italia 80
Letonia 81
Liechtenstein 82
Lituania 83
Luxemburg 83
Malta 84
Norvegia 85
Polonia 85
Portugalia 86
Regatul Unit 87

România *88*
Slovacia *88*
Slovenia *89*
Spania *89*
Suedia *90*
Țările de Jos (Olanda) *90*
Ungaria *91*
O privire de ansamblu asupra sistemelor medicale europene 92
Comparație asupra sistemelor de rezidențiat medical din Europa 92

VII. ÎN CĂUTAREA CATEGORIILOR: O PRIMĂ PRIVIRE ASUPRA DATELOR ... 98

Categoria 1: Țări cu examen la nivel național 98
Categoria 2: Țări fără examen național (Examen dereglementat) 98
Complexitatea clasificării 99

VIII. MIGRAȚIA ABSOLVENȚILOR DE MEDICINĂ DIN ROMÂNIA CĂTRE ȚĂRILE UE. REGLEMENTĂRILE CA FACTOR DE ATRACȚIE 100

Introducere 100
Cadru teoretic 102
Situația din România 105
Metodologie 106
Rezultatele analizei bivariate 110
Rezultatele analizei multivariate 111
Discuții și implicații 113
Limitări metodologice 114
Mențiuni de recunoștință pentru realizarea acestui capitol 115

IX. ANALIZĂ COMPARATIVĂ A SISTEMELOR DE REZIDENȚIAT MEDICAL: IMPLICAȚII ASUPRA EMIGRAȚIEI ABSOLVENȚILOR DE MEDICINĂ DIN ROMÂNIA 116

Introducere & Literatură 116
Metodologie 119
Rezultate: descrierea celor cinci sisteme de rezidențiat medical 120
România *120*
Germania *122*
Franța *123*
Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord *125*
Suedia *126*
Discuție 127
Limitări și considerații privind datele 129

Implicații 130

X. CLASIFICAREA SISTEMELOR DE REZIDENȚIAT MEDICAL ÎN EUROPA: O ANALIZĂ COMPARATIVĂ A METODOLOGIILOR DE ADMITERE..... 131

1. Fără examen de rezidențiat medical: sisteme bazate pe interviu și evaluare academică 131
2. Examene naționale ușoare până la moderate: standardizate, dar gestionabile 133
3. Examene naționale dificile: testare cu miză mare, cuprinzătoare.....134
4. Sisteme hibride sau unice: combinație între examene și evaluări 135
5. Subcategorie opțională: cazuri speciale non-UE 137

XI. CONCLUZII..... 139

XII. DIMENSIUNEA ETICĂ A VOCAȚIEI MEDICALE ȘI RESPONSABILITATEA FAȚĂ DE STAT ÎN FORMAREA PROFESIONALĂ..... 142

XIII. IMPLICAȚII: MODALITĂȚI POSIBILE DE ATENUARE A EFECTELOR EMIGRĂRII ABSOLVENȚILOR DE MEDICINĂ DIN ROMÂNIA..... 144

1. Reformarea procesului de admitere în rezidențiat 144
2. Creșterea stimulentelor financiare și a sprijinului pentru medici 145
3. Îmbunătățirea condițiilor de muncă pentru profesioniștii din domeniul medical145
4. Investiții pe termen lung în sistemul de sănătate.....146

BIBLIOGRAFIE 150

LISTA ABREVIERILOR

AELS – Asociația Europeană a Liberului Schimb (țările Norvegia, Islanda, Liechtenstein si Elveția)

CCT - Certificate of Completion of Training (document care atestă finalizarea formării clinice specializate)

CDMIR – Coaliția pentru Drepturile Migranților și Refugiaților

ECE – Europa Centrală și de Est (țări)

CEFR - Common European Framework of Reference for Languages - Cadrul European Comun de Referință pentru Limbi (sistem standardizat utilizat pentru a evalua și descrie nivelul de competență lingvistică într-o limbă străină)

CIBG - Collegeter Beoordeling van Geneesmiddelen (Ministerul Sănătății, Bunăstării și Sportului în Țările de Jos)

CMT – Core Medical Training (program britanic de formare clinică de bază pentru medicii aflați în primii ani de pregătire postuniversitară, anterior accederii la o specializare)

CST - Core Surgical Training (etapă inițială de formare chirurgicală în Regatul Unit, destinată medicilor tineri care doresc să urmeze o carieră în chirurgie, înainte de accederea la un program de specialitate)

CV – Curriculum Vitae

ECN - Épreuves Classantes Nationales (Examene Naționale de Clasificare pentru admiterea în rezidențiat - Franța**)**

GMC - General Medical Council (autoritatea de reglementare a profesiei medicale în Regatul Unit, responsabilă cu înregistrarea medicilor, supravegherea standardelor de practică medicală și asigurarea calității formării medicale)

GP – General Practitioners (medici de familie care activează în sistemul de îngrijire primară, având un rol esențial în prevenție, diagnostic, tratament și orientarea pacienților în cadrul sistemului medical)

IELTS - International English Language Testing System (Test standardizat de limba engleză pentru vorbitorii non-nativi)

IMGs - International medical graduates (medici care și-au obținut diploma de licență în medicină într-o altă țară decât cea în care solicită recunoașterea profesională sau accesul în sistemul de sănătate.)

KBU – Klinisk basisuddannelse (Serviciul clinic de bază în Danemarca)

MDPI - Multidisciplinary Digital Publishing Institute (Institutul Multidisciplinar de Publicare Digitală)

MENEJ – Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse (Ministerul Educației, Copilului și Tineretului în Luxemburg)

MSRA – Multi-Specialty Recruitment Assessment (este o evaluare standardizată utilizată în Regatul Unit pentru procesul de selecție în cadrul mai multor specialități medicale)

NHS – National Health Service (sistemul public de sănătate al Regatului Unit)

ODIHR – Biroul OSCE pentru Instituții Democratice și Drepturile Omului

OCDe – Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică

OIM – Organizația Internațională a Muncii

OLS - Ordinary Least Squares regression (Regresia OLS)

PLAB - Professional and Linguistic Assessments Board (Examenul PLAB – testul de evaluare profesională și lingvistică pentru medicii internaționali care doresc să profeseze în Regatul Unit.)

PVMED – Personalvermittlung (Agenție de recrutare medici în Germania)

SEE – Spațiul economic european

UE – Uniunea Europeană

UK – United Kingdom (Regatul Unit)

LISTA GRAFICELOR

Figura 1 Dinamica numărului de medici 46
Figura 2. Absolvenți de medicină la 100.000 de locuitopri în țările UE: 2022 47
Figura 3. Numărul absolvenților de medicină pe țări: 2010 vs. 2020.....48
Figura 4. Absolvenți de medicină și înscrierea la rezidențiat în România (2016-2022).....49
Figura 5. Absolvenți de medicină „rămași pe dinafară'' 49
Figura 6. Diferențe între numărul de certificate, numărul de absolvenți de medicină și numărul de medici 50
Figura 7. 2011/2012 vs. 2018/2019 52

LISTA TABELELOR

Tabelul 1: Resurse Umane în domeniul sănătății 92
Tabelul 2: Accesul la rezidențiat și structura programului 93
Tabelul 3: Salariile medicilor rezidenți.....94
Tabelul 4: Specializarea și factorii decizionali 96
Tabelul 5: Statistici descriptive ale variabilelor utilizate în modele (nivel de țară) 107
Tabelul 6: Rezultatele modelelor de regresie: toate țările, indiferent de intențiile de migrație ale studenților 112
Tabelul 7: Indicatorii analizați și motivația alegerii lor.....119
Tabelul 8: Comparație RO-FR-DE-SE-UK.....129

I. INTRODUCERE

Parcursul meu academic a fost alimentat de un interes constant pentru modelele migraționiste și efectele acestora asupra societății. Lucrarea mea de licență, concentrată pe tiparele de migrație și integrare politică în Suedia la sfârșitul secolului al XIX-lea, a stimulat un interes mai profund față de modul în care deciziile politice influențează mobilitatea umană. Observarea unui fenomen similar în proximitatea țării mele – exodul absolvenților români ai facultăților de medicină – m-a determinat să îmi îndrept atenția către această problemă națională de importanță majoră.

Deși formarea mea academică este în științe politice și jurnalism politic, și nu în domeniul medical, dimensiunea umană a acestui fenomen mă atinge în mod direct. Faptul că absolvenți de medicină tineri, cu performanțe remarcabile, aleg să își continue specializarea în străinătate ridică întrebări serioase. Ce cauze politice și economice generează acest exod? Cum afectează aceste politici sistemul sanitar din România și, în cele din urmă, bunăstarea populației?

În cadrul cercetării mele asupra migrației absolvenților români de medicină, a devenit evident că acest fenomen este parte a unei probleme mai ample – cunoscută sub denumirea de „exod al creierelor". La nivel național, numeroși profesioniști de elită aleg să își construiască viitorul profesional în afara țării. Această tendință ridică întrebări serioase nu doar pentru sistemul sanitar, ci și pentru capacitatea României de a-și păstra resursa umană calificată și de a asigura o dezvoltare durabilă. Migrația medicilor devine, astfel, un studiu de caz relevant pentru analiza fenomenului mai larg al exodului creierelor– și o oportunitate de a reflecta asupra direcției în care se îndreaptă România într-un context european și global tot mai competitiv. Această conștientizare a reprezentat o motivație suplimentară pentru aprofundarea cercetării mele, cu scopul de a înțelege mai bine fenomenul și de a contribui la identificarea unor soluții viabile.

Având experiență în domeniul cercetărilor privind migrația, consider că o perspectivă politologică poate oferi un cadru analitic valoros pentru înțelegerea acestui subiect complex. Teza mea de doctorat urmărește să analizeze influența politicilor guvernamentale – atât naționale, cât și europene – asupra procesului de emigrare a absolvenților de medicină. Înțelegerea acestor influențe politice permite o evaluare critică a eficienței lor și identificarea unor direcții de îmbunătățire.

Demersul meu nu se rezumă la diagnosticarea unei probleme, ci urmărește și conturarea unor posibile soluții. Pot fi reformate politicile publice din România astfel încât să ofere un mediu mai atractiv pentru tinerii profesioniști din domeniul medical?

Putem învăța din modelele de retenție a talentelor aplicate cu succes în alte țări europene?

În cele din urmă, intenționez să formulez recomandări de politici publice bazate pe dovezi, menite să abordeze problema exodului medical. Prin această cercetare, doresc să contribui la reducerea decalajului dintre politicile existente și nevoia critică de consolidare a sistemului sanitar din România. Este vorba, în esență, despre asigurarea accesului echitabil și eficient la servicii medicale pentru toți cetățenii. Înțelegând cauzele emigrării tinerilor medici, putem construi soluții care să atenueze criza de personal medical și să îmbunătățească accesul la servicii specializate în întreaga țară. Această cercetare se dorește a fi, astfel, o contribuție în direcția dezvoltării unui sistem de sănătate mai eficient și mai accesibil pentru toți românii.

Studierea mobilității internaționale a medicilor este esențială pentru îmbunătățirea sănătății publice la nivel global. Înțelegerea motivelor pentru care medicii părăsesc țările de origine și a impactului acestor plecări asupra statelor de emigrație și imigrație permite elaborarea unor strategii mai eficiente pentru combaterea crizei de personal medical, pentru optimizarea accesului la servicii de sănătate și pentru utilizarea judicioasă a resurselor disponibile. Aceste cunoștințe sunt, de asemenea, esențiale pentru formularea unor politici care să contribuie la reducerea pierderii de personal medical calificat.

Studiul migrației medicale a cunoscut o dezvoltare semnificativă în literatura de specialitate, în special după aderarea României la Uniunea Europeană (UE) în 2007 și în contextul recunoașterii automate a calificărilor medicale în toate statele membre ale UE, începând cu anul 2005. Cu toate acestea, o analiză comparativă amplă a sistemelor de rezidențiat medical din Uniunea Europeană și din țările AELS (Asociația Europeană a Liberului Schimb), cu accent pe cazul României, rămâne în mare parte neexplorată. Cercetările anterioare s-au focusat, în general, pe regiuni sau aspecte izolate ale fenomenului. Studiul de față propune o abordare inovatoare, prin compararea sistematică a programelor de rezidențiat, identificarea diferențelor majore și clasificarea acestora în funcție de diverse criterii. Corelând aceste rezultate cu tendința absolvenților români de medicină de a emigra, cercetarea își propune să evidențieze posibilele conexiuni între caracteristicile sistemelor de rezidențiat și intențiile de migrație. Această analiză amplă contribuie la dezvoltarea domeniului emergent al cercetărilor privind migrația medicală, oferind o perspectivă originală asupra factorilor care influențează mobilitatea medicilor în Europa.

Migrația profesioniștilor din domeniul medical a fost intens discutată în literatura academică, numeroși cercetători analizând factorii socio-economici, profesionali și personali care determină personalul medical să își caute oportunități de angajare în alte state.

Un element recurent în literatura de specialitate este ideea că stimulentele economice joacă un rol esențial în motivarea migrației medicilor. Studii precum cele realizate de Buchan, Wismar și Glinos (2014) susțin că nivelul mai ridicat al

remunerației, stabilitatea locului de muncă și condițiile de muncă superioare din țările de destinație constituie factori de atracție majori. Medicii proveniți din țări cu venituri mici sau medii sunt adesea atrași de state care oferă salarii mai mari, infrastructură medicală modernă și oportunități de avansare profesională. De exemplu, Arah et al. (2008) subliniază că discrepanțele salariale dintre țările africane și cele europene determină mulți medici africani să își caute locuri de muncă în Europa sau America de Nord.

Un alt factor determinant este dorința de dezvoltare profesională și formare continuă. Numeroase studii indică faptul că medicii, în special cei tineri, sunt atrași de țările cu sisteme medicale avansate, care oferă programe de pregătire superioare și oportunități de cercetare. Conform lui Chen și Boufford (2005), medicii din state cu acces limitat la formare de specialitate sunt adesea tentați de oportunitățile oferite de țările cu standarde medicale ridicate, tehnologii moderne și programe de rezidențiat bine dezvoltate. Această tendință se reflectă și în țările Europei de Est, unde numeroși medici optează pentru formarea postuniversitară în Germania, Regatul Unit sau SUA, din cauza percepției că sistemele locale de educație medicală sunt insuficiente (Glinos et al., 2014).

Calitatea vieții și echilibrul între viața profesională și cea personală în țările de destinație reprezintă, de asemenea, factori importanți de atracție. Țările care oferă condiții de muncă mai favorabile, un program de lucru mai redus și reglementări care susțin echilibrul muncă-viață personală atrag un număr crescut de medici străini. Într-un studiu realizat de Buchan și Black (2011), se analizează modul în care echilibrul între viața profesională și cea personală – inclusiv programul de lucru reglementat, timpul generos de concediu și mediile profesionale de sprijin – poate constitui un factor decisiv pentru alegerea unei cariere în străinătate. Acest lucru este valabil mai ales în țări europene precum Germania și Suedia, care oferă un program de lucru competitiv și sprijin instituțional pentru echilibrul muncă-viață.

De asemenea, condițiile politice și sociale din țările de origine influențează decizia medicilor de a emigra. Conform cercetărilor realizate de Labonté et al. (2015), medicii tind să părăsească statele afectate de instabilitate politică, conflicte sau corupție, în căutarea unui mediu sigur, stabil și previzibil. O atmosferă politică pașnică și stabilă în țările de destinație reprezintă un factor de atracție important pentru medicii proveniți din regiuni cu dificultăți de guvernanță.

Compatibilitatea culturală și lingvistică este frecvent menționată ca factor care influențează alegerea țării de destinație. Potrivit lui Diallo et al. (2012), medicii din țările africane francofone preferă adesea Franța datorită limbii comune și afinităților culturale. În mod similar, medicii din fostele colonii britanice se orientează spre țări precum Regatul Unit sau Canada, unde limba engleză este dominantă și cultura este familiară.

Procedurile de recunoaștere a diplomelor și reglementările privind admiterea în rezidențiat influențează semnificativ decizia de migrație a medicilor. În cercetarea

realizată de Wismar et al. (2011), se arată că țările cu politici de imigrare mai flexibile și cu proceduri de licențiere mai accesibile pentru absolvenții de medicină din străinătate – precum Germania și Suedia – atrag un număr mai mare de medici străini. Aceste state dispun de mecanisme mai permisive și mai transparente de validare a calificărilor medicale, devenind astfel destinații preferate pentru migrație.

Cercetătorii Buchan, Wismar și Glinos (2014) au documentat modul în care discrepanțele privind salariile, condițiile de muncă și oportunitățile profesionale acționează ca factori de atracție. Un fir comun în toate aceste studii este impactul migrației personalului medical asupra sistemelor de sănătate, în special în țările cu infrastructuri sanitare fragile. De exemplu, emigrarea personalului medical calificat din Europa de Est a dus la apariția unor deficite semnificative de personal în regiune, ceea ce ridică semne de întrebare privind sustenabilitatea sistemelor naționale de sănătate pe termen lung (Glinos & Wismar, 2014).

Deși literatura referitoare la migrația globală a profesioniștilor din domeniul sănătății este vastă, studiile dedicate în mod specific migrației absolvenților români de medicină sunt limitate. Totuși, câțiva autori români au adus contribuții relevante. De exemplu, Suciu et al. (2017) analizează motivele economice și profesionale ale migrației tinerilor medici români, evidențiind faptul că mulți aleg țări precum Germania, Regatul Unit sau Franța, datorită oportunităților superioare de rezidențiat, salariilor mai mari și sprijinului profesional mai consistent. De asemenea, Dumitrașcu et al. (2018) au studiat modelele de migrație ale medicilor români, arătând că nivelul ridicat de birocrație și rigiditatea sistemului de rezidențiat din România funcționează ca factori de respingere, în timp ce flexibilitatea programelor de rezidențiat din străinătate acționează ca factori de atracție.

Autori precum Păunică, Pitulice și Ștefănescu (2017) au realizat un studiu bazat pe interviuri care reflectă opiniile medicilor angajați în sistemul public de sănătate cu privire la migrarea internațională. Rezultatele evidențiază numeroase disfuncționalități în sistemul sanitar românesc, care au fost invocate drept argumente pentru decizia de a emigra. De asemenea, literatura de specialitate privind migrația personalului medical face adesea referire la teoria push-pull, subliniind constant factorii care determină profesioniștii să părăsească țările de origine (Buchan, 2007).

În ceea ce privește metodele prin care țările OCDE (Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică) atrag medici străini, Botezat și Ramos (2020) evidențiază, dincolo de factorii bilaterali, rolul unor elemente precum ratele scăzute ale șomajului, salariile atractive, îmbătrânirea populației și infrastructura medicală bine dezvoltată din țările gazdă.

Mai important, nu există în prezent o lucrare academică care să compare reglementările și sistemele de admitere în rezidențiat din toate țările UE și EFTA. Studiile existente se concentrează, de regulă, pe câteva țări sau omit România, neabordând dificultățile și reglementările specifice cu care se confruntă absolvenții români. De pildă, Martino și Buchan (2017) au comparat sistemele de rezidențiat din

Germania și Regatul Unit, fără a include România sau alte state est-europene. În mod similar, cercetările despre migrația medicală europeană se axează frecvent pe cadrele generale de politici (de exemplu, Directiva Europeană privind Timpul de Muncă), fără a analiza în detaliu reglementările care guvernează sistemele de rezidențiat (Dumitrașcu et al., 2018).

Prin urmare, se impune o analiză comprehensivă și detaliată, având în vedere numărul semnificativ de absolvenți de medicină din România care caută oportunități de rezidențiat în străinătate.

Această lacună evidențiază originalitatea și relevanța tezei mele, care nu doar că se axează pe cazul României, ci oferă și o analiză comparativă a reglementărilor privind rezidențiatul medical în toate țările UE și AELS. Astfel, cercetarea aduce perspective noi asupra barierelor și oportunităților structurale existente pentru absolvenții de medicină în Europa. Este primul studiu care compară aceste cadre de reglementare într-o manieră cuprinzătoare, contribuind la acoperirea unui gol major în discursul academic actual.

În plus, spre deosebire de cercetările existente, teza mea nu se limitează la analiza factorilor de migrație și a motivațiilor profesionale, ci oferă o înțelegere mai nuanțată a modului în care diferențele de reglementare influențează modelele de migrație ale absolvenților de medicină. De exemplu, studii precum cel al lui Suciu et al. (2020) au analizat cauzele migrației în rândul medicilor români, dar niciunul nu a explorat impactul specific al reglementărilor privind rezidențiatul asupra acestor decizii.

Prin acoperirea acestui gol, cercetarea mea aduce o contribuție originală atât în domeniul studiilor despre migrație, cât și în cel al educației medicale. Ea nu doar completează cunoștințele existente privind un subiect puțin explorat, ci oferă și o bază solidă pentru viitoare cercetări privind reformarea sistemelor de rezidențiat în vederea unei mai bune retenții a talentului medical în România și în alte țări din Europa de Est.

Structura tezei este organizată în șase secțiuni principale, care sunt împărțite în treisprezece capitole:

Prima parte tratează literatura de specialitate relevantă pentru subiect. Încep cu literatura generală despre migrația internațională, urmată de cercetările privind migrația persoanelor înalt calificate și închei cu studiile despre migrația personalului medical, cu accent pe cazul ECE (Europa Centrală și de Est).

A doua parte descrie cadrul general al migrației din România, cu accent pe fenomenul emigrării personalului medical. În acest context, discut și despre condițiile de formare a personalului medical, precum și despre situația medicilor și a studenților străini care vin în România să studieze medicina.

A treia parte prezintă ipoteza de cercetare și detaliile metodologice utilizate pentru testarea acesteia.

A patra parte este dedicată rezultatelor și cuprinde trei capitole. Încep cu o descriere detaliată a sistemelor de rezidențiat medical din 32 de țări (UE+ UK + AELS).

Continuarea constă într-o analiză a intențiilor de migrație exprimate de studenții români la medicină, în funcție de diferiți indicatori care caracterizează sistemele de rezidențiat din Europa. Rezultatele subliniază importanța acestor indicatori. Prin urmare, aceștia sunt folosiți în următorul capitol pentru o comparație aprofundată a principalelor destinații de emigrare ale medicilor români.

În final, extind comparația asupra tuturor țărilor europene analizate în cadrul tezei, oferind astfel o perspectivă mai amplă asupra modului în care sistemele de rezidențiat medical și indicatorii asociați acestora influențează tendințele de migrație ale profesioniștilor din domeniul medical. În această secțiune, sintetizez rezultatele obținute pentru a identifica tipare, similarități și diferențe între țări, oferind o imagine de ansamblu asupra factorilor structurali și contextuali care modelează dinamica migrației. De asemenea, această parte evaluează implicațiile acestor constatări pentru România, în special în ceea ce privește formularea de recomandări de politici publice care să îmbunătățească retenția absolvenților de medicină și să atenueze efectele negative ale emigrării asupra sistemului național de sănătate. Prin integrarea perspectivelor rezultate din analiza comparativă, propun strategii concrete care să alinieze sistemele de rezidențiat medical la aspirațiile și nevoile studenților la medicină, contribuind totodată la abordarea provocărilor sistemice din sectorul sanitar.

În concluzie, sintetizez principalele contribuții ale tezei, reflectez asupra limitărilor cercetării și propun direcții posibile pentru studii viitoare. De asemenea, aduc în atenția cititorilor dimensiunea etică a vocației medicale și propun câteva măsuri de limitare a exodului viitorilor medici din România. Scopul este de a oferi o bază solidă pentru înțelegerea și abordarea fenomenului migrației absolvenților români de medicină în contextul european mai larg.

II. MIGRAȚIA INTERNAȚIONALĂ: O PRIVIRE DE ANSAMBLU

Supusă delimitărilor filosofice, politice și juridice, migrația internațională s-a constituit într-o sursă majoră de provocări, dezbateri și acțiuni controversate, contribuind semnificativ la conturarea și construirea mediului internațional de după cel de-al Doilea Război Mondial. Tema „migrației" a devenit omniprezentă și profund ancorată atât în discursul politic internațional contemporan, cât și în temele de campanie ale clasei politice românești, în special după formarea Uniunii Europene și, implicit, aderarea României la aceasta. Cu toate acestea, migrația rămâne provocarea la care Europa a eșuat (Murray, 2017; Krastev, 2020).

În Europa – în special în Franța, Germania, Olanda, Elveția, Regatul Unit ș.a. – țările au început să își deschidă porțile pentru imigranți și refugiați încă din anii 1950, iar până în anii 1970 imigrația devenise un „subiect politic fierbinte care a atras atenția cercetătorilor în științe politice comparative" (Hollifield & Wong, 2022). În 1973, în lucrarea lor celebră *Immigrant Workers and Class Structure in Western Europe*, Stephen Castles și Godula Kosack argumentau că societățile capitaliste avansate au nevoie de forță de muncă străină pentru a supraviețui. Ulterior, Gary Freeman (1979) și Mark Miller (1981) au abordat teme precum imigrația și politicile etnice din Europa Occidentală.

Cu toate acestea, subiectul migrației internaționale s-a aflat la periferia literaturii din științele sociale europene până în anii 1990. Abia în ultimele trei decenii, migrația a devenit o temă majoră pe agenda dezbaterilor internaționale în științele politice și sociologie, în contextul în care sociologii au început să se întrebe cum pot „readuce statul în analiză" (*bringing the state back in*, Evans et al., 1985) în cercetările sociale asupra migrației.

În jurul anilor 1980, cercetătorii în științe politice au început să formuleze ipoteze privind dimensiunea politică a migrației internaționale, în special rolul statului. Începând cu anii 1990, migrația a devenit un fenomen puternic dezbătut în literatura de specialitate, fiind publicate sute de mii de lucrări pe această temă.

Astfel, s-ar putea spune că este foarte dificil ca cineva să vină cu idei noi sau cu o perspectivă inovatoare asupra fenomenului, întrucât literatura de specialitate creează impresia că tot ce era de spus a fost deja spus. Și, în mare parte, acest lucru este adevărat, dacă analizăm volumul uriaș de lucrări deja existente. Totuși, paradoxal, în contextul actual – o perioadă în care umanitatea a atins cel mai înalt

nivel de dezvoltare din ultimii 2000 de ani, în care știința și tehnologia au avansat atât de mult încât inteligența artificială a pătruns în viața cotidiană – constatăm că fenomenul migrației continuă să înregistreze valori ridicate la nivel global.

Această situație ridică o problemă majoră în cazul emigrației, întrucât dezvoltarea unei țări depinde direct de îmbunătățirea calității vieții cetățenilor săi. Iar această calitate a vieții depinde de existența producătorilor, a factorilor de producție, a consumatorilor și a puterii lor de cumpărare. În lipsa unei forțe de muncă capabile să producă (a se vedea cazul emigranților din România de la sfârșitul secolului XX), nu mai există producție (adică o economie puternică), iar consumatorul (de exemplu, emigrantul român de la începutul secolului XXI) va rămâne nesatisfăcut și va căuta produsul în altă parte. Așa cum subliniază Muntean (2003), tranziția post-1989 a fost marcată de o destructurare accentuată a pieței muncii și de slăbirea capacității instituționale de reprezentare a lucrătorilor. Lipsa protecției colective și creșterea nesiguranței locului de muncă au determinat o orientare individualistă în rândul angajaților, ceea ce a contribuit la accentuarea fluxurilor de emigrație. În acest context, „internaționalizarea capitalului și competiția globală au modificat interlocutorii naționali ai sindicatelor, iar presiunea pieței a erodat solidaritatea profesională" (Muntean, 2003, p. 4). Această dinamică conduce la scăderea populației unei țări și, implicit, la slăbirea economiei, dacă nu intervin alte condiții compensatorii, cum ar fi: o creștere bruscă a productivității, utilizarea tehnologiei pentru înlocuirea forței de muncă umane sau apariția unui val de imigrație.

În lumea de astăzi, în care tehnologia și societatea au atins niveluri fără precedent de dezvoltare, imigrația apare atât ca provocare, cât și ca oportunitate. Rata ridicată a migrației poate fi percepută ca o amenințare, mai ales atunci când țările își pierd forța de muncă calificată, așa cum s-a întâmplat în România la sfârșitul secolului XX (Sandu, D., 2006). Totuși, imigrația poate reprezenta o soluție vitală pentru statele care se confruntă cu scăderea populației și cu deficitul de forță de muncă. Noii veniți aduc energie proaspătă în economii – muncesc, creează și consumă, contribuind astfel la menținerea producției și la dinamizarea piețelor. Fără acest flux de oameni, economiile riscă să încetinească, în lipsa forței de muncă disponibile și a consumatorilor interni. Deși automatizarea și tehnologia pot diminua o parte din presiune, acestea nu pot substitui complet factorul uman în numeroase domenii. Astfel, imigrația devine un element esențial pentru asigurarea creșterii economice și a stabilității într-o lume tot mai interconectată și dinamică.

Pe de altă parte, emigrația poate avea efecte pozitive importante atât asupra indivizilor, cât și asupra țărilor de origine. Unul dintre beneficiile imediate îl reprezintă reducerea șomajului în regiunile în care oportunitățile de angajare sunt limitate. De exemplu, în perioada tranziției României către economia de piață din anii 1990, valurile ample de emigrare au redus presiunea internă de pe piața muncii, contribuind la scăderea șomajului. În plus, remitențele financiare trimise acasă de emigranți au sprijinit stabilitatea economică a țărilor de origine. În anii 2000, România

a beneficiat semnificativ de pe urma remitențelor, care au suplimentat veniturile gospodăriilor și au susținut dezvoltarea locală. În mod similar, în Republica Moldova, remitențele au devenit o componentă esențială a economiei, reprezentând aproximativ 25% din PIB în aceeași perioadă.

Totuși, efectele economice imediate nu surprind întreaga complexitate a fenomenului. Emigrația trebuie înțeleasă și prin prisma încrederii în instituții și a percepției asupra riscului social. Studiile recente arată că, în contextul crizelor și al incertitudinii instituționale, indivizii reacționează nu doar rațional, ci și emoțional, luând decizii bazate pe percepția riscului și pe nevoia de protecție (Stancea & Muntean, 2024). În acest sens, plecarea din țară nu reflectă doar o alegere economică, ci și o formă de distanțare socială față de un mediu perceput ca nesigur sau lipsit de perspective.

În același timp, emigrația are o dimensiune culturală și socială semnificativă. Ea expune indivizii și comunitățile la modele instituționale și de viață diferite, care pot genera schimbări profunde în țările de origine. Potrivit statisticilor Băncii Mondiale, România s-a aflat timp de aproape un deceniu, până în 2015, în topul piețelor europene care au primit cele mai mari volume de remitențe, cu peste 6 miliarde de euro anual (Anghelache et al., 2015, p. 83). Cercetările realizate de Vlase (2013) și Voicu (2022) evidențiază modul în care aceste experiențe externe influențează atitudinile, comportamentele și chiar practicile de guvernanță locală, contribuind la procesele de modernizare și la schimbarea socială în comunitățile de origine ale emigranților.

Imigrația joacă un rol esențial în abordarea provocărilor economice și demografice cu care se confruntă țările de destinație. Unul dintre cele mai imediate beneficii ale acesteia este satisfacerea cererii de forță de muncă, în special în sectoarele economice care se confruntă cu un deficit acut de personal. Acest aspect este deosebit de important pentru economiile cu populații îmbătrânite, unde imigrația compensează scăderea natalității și contribuie la sustenabilitatea sistemelor de pensii și protecție socială.

Fenomenul poate fi interpretat și în cheia unei „recompensări instituționale", în sensul că statele occidentale reușesc să atragă forță de muncă tocmai datorită robusteții instituționale și a încrederii publice pe care o oferă. Așa cum remarcă Stancea & Muntean (2024), „nivelul scăzut de încredere în guvern și instituțiile publice este caracteristic democrațiilor tinere, unde mecanismele de participare și reprezentare sunt încă în formare". Această realitate explică de ce profesioniștii din sistemele fragile, cum este cel românesc, migrează către societăți percepute ca mai stabile și mai echitabile.

Dincolo de contribuțiile economice, imigrația stimulează schimbul cultural, îmbogățind societățile gazdă prin diversitatea tradițiilor, limbilor și perspectivelor aduse de noii veniți. Astfel de interacțiuni pot consolida coeziunea socială și pot încuraja inovația, întrucât echipele diverse sunt adesea capabile să genereze soluții creative pentru probleme complexe. Mai mult, imigrația poate contribui la

revitalizarea zonelor rurale sau a celor aflate în stagnare economică, aducând competențe noi și energie comunităților aflate în dificultate. Prin aceste contribuții multiple, imigrația devine un element indispensabil pentru asigurarea creșterii economice, a vitalității culturale și a rezilienței sociale într-o lume tot mai interconectată.

În concluzie, migrația internațională este un fenomen global care a modelat de-a lungul timpului societăți, economii și sisteme politice de pe întregul glob. Ea se referă la deplasarea persoanelor dintr-o țară în alta dintr-o varietate de motive, precum oportunități economice, instabilitate politică, factori de mediu sau reunificarea familială. Așa cum afirmă Castles, de Haas și Miller (2014), „migrația nu este un eveniment singular, ci un proces care începe cu decizia de a pleca, este influențat de condițiile din țara de origine și din cea de destinație și poate include și migrația de întoarcere" (p. 12). De asemenea, „migrația nu este o singură deplasare, ci un proces continuu care afectează indivizi, familii, regiuni și națiuni" (Castles et al., 2014, p. 35).

În plus, la nivel individual, acest proces nu se încheie niciodată: o persoană poate migra și apoi remigra de un număr infinit de ori, ceea ce face ca migrația să devină o stare „lichidă" (Engbersen, 2018). Această definiție extinsă accentuează caracterul complex și multidimensional al migrației.

Contextul istoric al migrației internaționale

Migrația internațională a fost o trăsătură definitorie a istoriei umanității, marile mișcări de populație contribuind de-a lungul secolelor la modelarea societăților și a economiilor. De exemplu, Imperiul Roman era o societate în care mobilitatea între diferite regiuni era un fenomen obișnuit. Mai târziu, în epoca modernă, tiparele timpurii de migrație, precum comerțul transatlantic cu sclavi, au presupus deplasarea forțată a milioane de africani către Americi între secolele XVI și XIX. Această migrație de amploare a avut un impact profund atât asupra regiunilor de origine, cât și asupra celor de destinație (Nunn, 2008).

Un alt val migrator important a avut loc în secolele XIX și începutul secolului XX, când milioane de europeni au migrat spre Americi în căutarea unor oportunități economice mai bune și pentru a scăpa de instabilitatea politică (Hatton & Williamson, 1998).

Secolul XX a adus noi tipare migratorii, determinate de procesele de decolonizare, conflictele globale și globalizarea economică. După cel de-al Doilea Război Mondial, Europa a cunoscut o creștere a migrației de muncă, țări precum Germania și Franța recrutând lucrători din sudul Europei și din fostele colonii pentru a-și reconstrui economiile (Castles & Kosack, 1973). Mai recent, criza refugiaților

sirieni a condus la strămutarea a milioane de persoane, evidențiind rolul actual al migrației ca răspuns la crizele globale (Betts & Collier, 2017).

Migrația este influențată de factori de tip „push" – condiții care determină indivizii să părăsească țările de origine – și factori de tip „pull" – elemente care îi atrag către țări de destinație. Interacțiunea acestor forțe generează fluxuri migratorii dinamice, care pot fi voluntare, cum este migrația de muncă, sau forțate, în cazul refugiaților și al solicitanților de azil (de Haas, 2010). Având în vedere că, până în anul 2020, existau peste 281 de milioane de migranți internaționali la nivel global (Națiunile Unite, 2020), înțelegerea acestor dinamici push-pull este esențială pentru elaborarea unor politici de migrație cuprinzătoare.

Migrația internațională reprezintă o temă globală majoră, cu implicații economice, sociale și politice semnificative. Din punct de vedere economic, migrația aduce beneficii atât țărilor de destinație, cât și celor de origine. Migranții contribuie la forța de muncă a statelor gazdă, acoperind deficitul de personal în sectoare precum sănătatea, agricultura sau construcțiile. De exemplu, migranții reprezentau 13% din forța de muncă a SUA în 2019, având un rol esențial în susținerea economiei (Bureau of Labor Statistics, 2020). În același timp, remitențele financiare trimise de migranți către țările de origine constituie o sursă vitală de venituri. Conform Băncii Mondiale (2020), remitențele globale au depășit 700 de miliarde de dolari în 2019, oferind beneficii considerabile economiilor în curs de dezvoltare.

Din perspectivă socială, migrația contribuie la diversitatea culturală și încurajează schimbul de idei, competențe și tradiții. Totuși, acest proces presupune și provocări, precum integrarea socială și xenofobia. Migranții se confruntă adesea cu dificultăți de adaptare și cu discriminare. După cum au subliniat Portes și Zhou (1993), „deși migrația oferă potențial pentru mobilitate ascendentă, ea implică și riscuri de marginalizare, în special pentru generația a doua" (p. 85).

Pe plan politic, migrația internațională a generat dezbateri aprinse privind politicile de imigrație, controlul frontierelor și securitatea națională. Statele se confruntă tot mai des cu dilema între obligația umanitară de a proteja refugiații și preocupările interne privind controlul imigrației. În Europa și America de Nord, ascensiunea mișcărilor populiste a fost alimentată parțial de temeri legate de migrație și de impactul perceput al acesteia asupra pieței muncii, siguranței și identității culturale (Betz, 1994). Așa cum au arătat Gidron și Bonikowski (2013), „retorica populistă încadrează adesea migranții ca fiind o amenințare la coeziunea națională, ceea ce are implicații importante pentru politicile de migrație și opinia publică" (p. 5).

III. FACTORI PUSH-PULL ÎN MIGRAȚIA INTERNAȚIONALĂ

Teoria lui Everett Lee asupra migrației

Teoria migrației elaborată de Everett S. Lee, introdusă pentru prima dată în 1966, reprezintă un cadru teoretic fundamental pentru înțelegerea dinamicii mișcărilor umane între diferite spații geografice. Această teorie conturează concepte-cheie precum factorii de tip push (de respingere), factorii de tip pull (de atracție), obstacolele intermediare și fluxurile de întoarcere. Potrivit lui Lee (1966), migrația este determinată de dezechilibrele dintre acești factori, care fie încurajează indivizii să părăsească locul de origine, fie îi atrag către o nouă destinație. Factorii push sunt condiții din țara de origine care împing oamenii să emigreze, precum instabilitatea politică, dificultățile economice sau dezastrele naturale. În schimb, factorii pull sunt caracteristici ale țării de destinație care atrag migranții, cum ar fi oportunitățile de angajare mai bune, stabilitatea politică și un standard de viață mai ridicat.

Everett Lee introduce, de asemenea, ideea obstacolelor intermediare, care reprezintă barierele cu care se pot confrunta migranții pe parcursul călătoriei sau chiar înainte de plecare. Aceste obstacole pot include bariere geografice, restricții legale sau limitări financiare. Conform teoriei sale, aceste obstacole au un impact semnificativ asupra capacității individului de a migra. Un alt element important al teoriei îl constituie fluxurile de întoarcere (return flows), care fac referire la fenomenul reîntoarcerii migranților în țara de origine, fie din cauza așteptărilor nerealizate în țara de destinație, fie din dorința de a se reuni cu familia.

Teoria lui Lee subliniază complexitatea procesului migrațional, afirmând că decizia de a migra nu este determinată de un singur factor, ci de o combinație de forțe pozitive și negative care acționează atât în țara de origine, cât și în cea de destinație. Așa cum afirmă autorul: „fiecare act de migrație este determinat de un set de factori legați de locul de origine, de destinație, de traseu și de circumstanțele personale ale migrantului” (Lee, 1966, p. 53). Modelul său rămâne, până în prezent, aplicabil în numeroase analize contemporane ale fluxurilor migratorii.

Această teorie oferă un cadru util pentru analizarea diverselor tipare de migrație internațională, întrucât reunește atât motivațiile, cât și provocările cu care se confruntă migranții în contexte globale diferite. În special, conceptele de factori push și pull oferă

perspective valoroase asupra forțelor care modelează migrația internațională. De exemplu, migrația de muncă din țările în curs de dezvoltare către cele dezvoltate poate fi explicată, în mare parte, prin prisma acestor factori economici: în țările de origine predomină șomajul ridicat, sărăcia și lipsa oportunităților economice, în timp ce țările dezvoltate oferă salarii mai mari, stabilitate în muncă și condiții de trai superioare.

Conceptul de obstacole intermediare formulat de Lee este deosebit de relevant și pentru studiile contemporane privind migrația. Chiar dacă factorii push și pull stimulează intenția de migrare, procesul nu este întotdeauna simplu. De exemplu, restricțiile legale – precum politicile stricte de acordare a vizelor – pot constitui obstacole importante care limitează mobilitatea migranților (de Haas, 2010). Alte obstacole – precum barierele geografice sau costurile ridicate ale migrației – influențează și ele capacitatea indivizilor de a traversa granițele. Cu toate acestea, teoria subliniază faptul că, în anumite condiții, migranții pot încerca să depășească aceste obstacole, mai ales dacă diferența dintre factorii push și pull este suficient de mare.

De asemenea, ideea fluxurilor de întoarcere este aplicabilă unor tendințe actuale în migrație. Migrația de întoarcere are loc atunci când migranții aleg să revină în țara de origine, fie pentru că realitățile din țara de destinație nu corespund așteptărilor inițiale, fie pentru că situația din țara de origine s-a îmbunătățit (Cassarino, 2004). De exemplu, unii migranți economici din Europa de Est, care au emigrat inițial către țări din Europa de Vest pentru a lucra, s-au întors ulterior acasă, după ce au acumulat experiență sau s-au confruntat cu dificultăți în țările gazdă, cum ar fi discriminarea sau lipsa integrării. Acest fenomen este vizibil în România (Apsite-Berina & Manea, 2020; Croitoru, 2021; Sandu, 2024; Vlase, 2013; Voicu, 2022), dar este de asemenea semnalat la nivel internațional (vezi, de exemplu, *Handbook on Return Migration*, coordonat de King & Kuschminder, 2022).

Aceste observații demonstrează caracterul fluid al migrației, care nu reprezintă întotdeauna o deplasare permanentă, ci, adesea, implică cicluri succesive de migrație și întoarcere. În plus, remigrarea (migrarea ulterioară către o altă destinație) rămâne o opțiune deschisă, care se adaugă fluxului migrațional inițial (Engbersen, Godfried & Snel, 2013; Bygnes & Erdal, 2017).

Exemple de factori push și pull în migrația internațională

Numeroase exemple ilustrează modul în care factorii de tip push și pull influențează migrația internațională. Un factor push notabil este instabilitatea politică și conflictul, care conduc adesea la migrația forțată (Castles et al., 2014). De exemplu, conflictul prelungit din Siria a dus la strămutarea a milioane de persoane, multe dintre acestea căutând refugiu în țările vecine sau în Europa. Potrivit UNHCR (2021), peste 6,7 milioane de sirieni au fugit din țară, determinați de factorul push al conflictului violent și atrași de factorul pull reprezentat de siguranța și stabilitatea oferite de țări precum Germania și Suedia.

Factorii economici reprezintă, de asemenea, un motor esențial al migrației. În numeroase țări din Africa subsahariană, sărăcia, lipsa oportunităților de angajare și subdezvoltarea determină oamenii să migreze către state mai prospere, în căutarea unor perspective economice mai bune. Un studiu realizat de Adepoju (2008) arată că mulți tineri din Africa de Vest sunt motivați să migreze în Europa de factorul pull al salariilor mai mari și al condițiilor de trai mai bune, în ciuda obstacolelor intermediare semnificative, precum rutele migratorii periculoase și politicile stricte de imigrație.

În contrast, factorii pull sunt adesea asociați cu oportunități economice mai bune sau cu un standard de viață mai ridicat în țările de destinație (Khan et al., 2023). De exemplu, Statele Unite au reprezentat de mult timp o destinație pentru migranți, datorită economiei relativ solide și percepției acesteia ca fiind o „țară a tuturor posibilităților". Migranții din America Latină, în special din țări precum Mexic și Honduras, sunt atrași de factori pull precum perspectivele de angajare mai bune, salariile mai ridicate și oportunitățile educaționale superioare pentru copiii lor (Durand & Massey, 2003). După cum afirmă Massey et al. (1993), „decizia de a migra se bazează adesea pe un calcul rațional al beneficiilor și costurilor relative asociate cu plecarea față de rămânere" (p. 433).

În concluzie, teoria migrației formulată de Lee oferă un cadru valoros pentru înțelegerea dinamicilor complexe ale migrației internaționale. Prin luarea în considerare a factorilor push și pull, a obstacolelor intermediare și a fluxurilor de întoarcere, această teorie furnizează o abordare comprehensivă pentru analizarea motivelor pentru care oamenii migrează, a modului în care se desfășoară migrația și a motivelor pentru care unii aleg să se întoarcă în țara de origine.

Teoria Push-Pull a lui Lee și absolvenții de medicină din România

Teoria push-pull formulată de Everett S. Lee oferă un cadru analitic valoros pentru înțelegerea motivațiilor care determină migrația studenților români la medicină către statele membre ale Uniunii Europene. Potrivit lui Lee (1966), migrația este influențată atât de factorii din țara de origine și din cea de destinație, cât și de obstacolele intermediare.

În cazul studenților români la medicină, factorii push includ salariile scăzute și condițiile de muncă precare din sistemul sanitar românesc. Așa cum observă Astărăstoae (2011), „medicii români se confruntă cu venituri inadecvate și cu un sistem de sănătate subfinanțat, ceea ce conduce la insatisfacție profesională." Totodată, lipsa oportunităților reale de avansare în carieră accentuează tendința tinerilor absolvenți de a părăsi țara.

Pe de altă parte, factorii pull, precum salariile semnificativ mai mari și infrastructura medicală superioară din țările vest-europene, reprezintă stimulente puternice. Conform unui studiu recent, absolvenții de medicină din România sunt atrași de țările din Europa de Vest, unde sistemele de sănătate sunt mai bine dotate,

iar salariile sunt considerabil mai mari (Botezat & Ramos, 2020). Astfel, țări precum Germania și Franța devin destinații dezirabile pentru profesioniștii medicali români.

Cu toate că factorii push și pull sunt puternici, există și obstacole intermediare care pot îngreuna procesul de migrație, cum ar fi barierele lingvistice și procedurile complexe de recunoaștere a calificărilor. Totuși, în contextul apartenenței României la Uniunea Europeană, multe dintre aceste obstacole au fost reduse semnificativ. De exemplu, „recunoașterea reciprocă a diplomelor medicale între statele membre ale UE facilitează integrarea medicilor români în sistemele sanitare din Europa Occidentală" (Astărăstoae et al., 2011, p. 78).

Migrația studenților români la medicină are loc pe fondul unui context general de emigrare accentuată din România (Sandu, 2005; Sandu, 2010; Vilcu, 2022; Deliu, 2019), fenomen cu o incidență deosebit de ridicată în rândul generațiilor tinere (Tufiș & Sandu, 2023; Sandu, Toth & Tudor, 2018). În acest cadru, teoria lui Lee se dovedește deosebit de relevantă, întrucât explică modul în care interacțiunea dintre factorii de respingere din România și factorii pull din Uniunea Europeană modelează fluxul migrațional al viitorilor medici.

Teoria migrației internaționale formulată de Douglas Massey

Teoria migrației internaționale elaborată de Douglas Massey oferă un cadru comprehensiv care subliniază natura cumulativă și autoreplicativă a procesului migrațional. Unul dintre conceptele centrale ale acestei teorii este cauzalitatea cumulativă, care susține că fiecare act de migrație modifică contextul social, economic și cultural atât al regiunii de origine, cât și al celei de destinație, sporind astfel probabilitatea migrației ulterioare. Massey argumentează că migrația nu este determinată exclusiv de discrepanțele economice dintre state, ci este rezultatul unui ansamblu de procese sociale interconectate, care contribuie la menținerea fluxurilor migraționale în timp (Massey et al., 1993).

Un alt element-cheie al teoriei lui Massey este conceptul de rețele sociale. Acestea se referă la relațiile pe care migranții le dezvoltă cu membrii familiei, prietenii și cunoscuții din țările de origine și de destinație. Rețelele sociale reduc costurile și riscurile asociate migrației, oferind noilor veniți informații, resurse și sprijin, facilitând astfel procesul migrațional. Pe măsură ce aceste rețele se extind, ele contribuie la facilitarea migrației altor persoane din aceeași comunitate, care pot conta pe sprijinul legăturilor deja stabilite (Massey et al., 1998).

De asemenea, factorii instituționali joacă un rol semnificativ în modelarea tiparelor migraționale. Conform teoriei, pe măsură ce fluxurile de migrație devin stabile, apar instituții specializate – cum ar fi agențiile de recrutare a forței de muncă, companiile de transport sau rețelele informale de traficanți – care răspund cererii de mobilitate transfrontalieră. Aceste instituții contribuie la perpetuarea migrației, chiar și în condițiile în care factorii push și pull inițiali s-au diminuat (Massey et al., 1993).

De exemplu, agențiile de recrutare pot căuta în mod activ forță de muncă în anumite regiuni, menținând astfel ciclul migrațional prin oferirea de noi oportunități în străinătate.

Importanța teoriei formulate de Massey constă în faptul că aceasta deplasează accentul de la explicațiile strict economice asupra migrației către o înțelegere mai amplă, care integrează dimensiunile sociale și instituționale ale fenomenului. Acest cadru teoretic evidențiază că migrația nu este un eveniment unic, ci un proces dinamic și continuu, influențat de o varietate de factori interdependenți.

Aplicabilitate la migrația internațională

Teoria migrației internaționale formulată de Douglas Massey oferă un instrument analitic valoros pentru înțelegerea persistenței migrației, chiar și în cazurile în care condițiile economice din țările de origine sau de destinație s-au modificat. Conceptul de cauzalitate cumulativă sugerează că, odată inițiat, procesul migrațional generează condiții care sporesc probabilitatea continuării sale. De exemplu, atunci când migranții trimit remitențe în țările de origine, aceste fluxuri financiare pot stimula activitatea economică la nivel local, încurajând astfel migrația ulterioară, deoarece tot mai mulți indivizi doresc să profite de oportunitățile create de acești bani (Durand, Parrado & Massey, 1996). În timp, acest proces generează un ciclu autoreplicativ, în care migrația devine o trăsătură structurală a regiunilor de origine.

Rețelele sociale joacă, de asemenea, un rol crucial în explicarea persistenței tiparelor de migrație. Pe măsură ce migranții se stabilesc în țările de destinație, ei furnizează informații valoroase și sprijin pentru prietenii și rudele rămase acasă, facilitând astfel migrația acestora. Acest efect de rețea reduce costurile și riscurile asociate migrației, conducând la o creștere a ratelor migraționale în timp. De exemplu, numeroase studii au arătat că migrația mexicană către Statele Unite este puternic influențată de rețelele sociale, noii migranți bazându-se pe experiența și resursele celor deja stabiliți pentru a naviga procesul (Massey et al., 1987). Același mecanism este valabil și în cazul României (Șerban, 2011; Șerban & Voicu, 2012).

Rolul rețelelor sociale în conturarea tiparelor de migrație este vizibil în numeroase regiuni ale lumii. Un exemplu elocvent este migrația lucrătorilor filipinezi către Orientul Mijlociu. Migranții filipinezi se bazează frecvent pe rețele de familie și prieteni deja stabiliți în regiune, ceea ce le reduce riscurile și incertitudinile. Aceste rețele oferă informații despre locuri de muncă, locuințe și proceduri legale. Potrivit unui studiu realizat de Asis (2006), rețelele sociale joacă un rol esențial în menținerea fluxurilor migraționale din Filipine, prin reducerea costurilor migrației și creșterea șanselor de succes.

Un alt exemplu este reprezentat de migrația lucrătorilor din America Centrală către Statele Unite. Mulți migranți din Honduras, Guatemala și El Salvador se bazează pe rețele sociale deja existente în SUA pentru sprijin financiar și informațional –

despre rute sigure, locuri de muncă și proceduri legale. Conform lui Massey et al. (1998), „rețelele sociale creează o formă de capital social pe care indivizii o pot folosi pentru a accesa locuri de muncă, locuințe și alte resurse în țările de destinație" (p. 10). Existența acestor rețele a contribuit la menținerea fluxurilor migratorii, chiar și în contextul unor politici de imigrație mai restrictive.

Rețelele sociale au un rol central și în conturarea migrației profesioniștilor medicali români, facilitând atât decizia de a migra, cât și integrarea în țările gazdă. Platforme precum Facebook, LinkedIn sau forumuri specializate în domeniul medical reprezintă instrumente esențiale de diseminare a informațiilor privind oportunitățile de angajare, dezvoltare profesională și condițiile de trai din străinătate. Prin intermediul acestor rețele, absolvenții de medicină din România pot intra în contact cu colegi deja stabiliți în străinătate, obținând informații concrete despre sistemele medicale și provocările profesionale din diverse țări.

Sociologul Monica Șerban (https://eu2migraruhr.eu/en/) subliniază importanța acestor rețele în decizia de migrare a personalului medical român. Ea arată că accesul facil la informații și sprijin prin intermediul comunităților online poate influența decizia de a căuta oportunități în țări cu condiții de muncă și remunerație mai favorabile. În plus, aceste rețele oferă un sentiment de apartenență și comunitate, esențial pentru adaptarea și bunăstarea psihosocială a migranților. Un sondaj realizat în 2004 (Stan, S., 2009: 47) a arătat că doar 12% dintre românii aflați în căutarea unui loc de muncă în străinătate apelau la instituții de stat, în timp ce majoritatea recurgeau la alți migranți (35%), agenții private de recrutare (33%) sau rude (22%) (Stan, R., 2006: 19). De asemenea, un studiu din 2007 privind intențiile de migrare în România a arătat că 73% dintre respondenți aveau prieteni sau rude în străinătate, iar 71% credeau că pot găsi un loc de muncă prin intermediul acestor rețele informale (Nițulescu, Oancea & Tănase, 2007). Studiul comunitar coordonat de Sandu (2005) arată că migrația temporară este puternic organizată și se bazează pe rețele de rudenie, prietenie sau apartenență la aceeași localitate.

Factorii instituționali explică, la rândul lor, continuarea fluxurilor migraționale. Odată stabilite rutele de migrație, apar diverse instituții care facilitează circulația persoanelor peste granițe. Acestea pot include agenții de recrutare, companii de transport sau rețele informale de intermediari. Actorii instituționali contribuie la simplificarea procesului și transformă migrația într-un fenomen mai ușor, mai rutinizat și, prin urmare, mai persistent. De exemplu, programele de muncă temporară din Europa – care recrutează forță de muncă din țări precum Turcia sau Maroc – au dus la instituționalizarea migrației într-o asemenea măsură încât fluxurile au continuat chiar și după diminuarea nevoii economice inițiale (Castles & Miller, 2009; Șerban, Molinero-Gerbeau & Deliu, 2020).

Și în cazul României, factorii instituționali joacă un rol semnificativ. Programele de migrație temporară, în special în domeniul medical, sunt facilitate de agenții de recrutare care mediază între angajatorii din țările de destinație și candidații din

România. De exemplu, în Germania, agenții precum PVMED recrutează medici, rezidenți și absolvenți pentru spitale germane, oferind contracte pe termen lung și sprijin în procesul de integrare profesională. Alte agenții, precum Globeria Global, conectează medici calificați cu instituții medicale din străinătate, simplificând procesul de recrutare și sprijinind dezvoltarea profesională a absolvenților români. Aceste agenții asistă medicii în recunoașterea diplomelor, obținerea vizelor, semnarea contractelor de muncă, dar și în depășirea barierelor lingvistice și culturale (Deliu et al., 2022).

Un studiu realizat de Kovacheva, Popivanov și Burcea (2019) privind practicile de recrutare în Bulgaria și România evidențiază avantajele și dezavantajele serviciilor oferite de agențiile publice și private de mediere a muncii internaționale. Cercetarea analizează modul în care aceste agenții percep migranții – în termeni de motivație, capital uman și provocări de adaptare – precum și așteptările angajatorilor, oferind o perspectivă relevantă asupra dinamicii recrutării internaționale și asupra rolului instituțiilor în conturarea tiparelor migraționale.

Teoria migrației internaționale a lui Douglas Massey oferă un cadru solid pentru înțelegerea complexității migrației internaționale. Prin accentul pus pe cauzalitatea cumulativă, rețelele sociale și factorii instituționali, teoria scoate în evidență caracterul dinamic și autoreplicativ al migrației. Rețelele sociale contribuie la reducerea costurilor și riscurilor, în timp ce instituțiile oferă infrastructura necesară pentru facilitarea mobilității. Aceste elemente explică de ce migrația continuă, chiar și în lipsa unor factori push și pull evidenți. În acest sens, teoria lui Massey rămâne un instrument critic pentru analiza fenomenului migrației internaționale în secolul al-XXI-lea.

Teoria lui Massey și absolvenții de medicină din România

Teoria formulată de Douglas Massey introduce conceptul de cauzalitate cumulativă, conform căruia migrația, odată inițiată, tinde să se autoreproducă. Massey et al. (1993) susțin că „migrația modifică contextul social și economic atât în țările de origine, cât și în cele de destinație, generând condiții care încurajează migrarea ulterioară." În cazul studenților români la medicină, succesul migranților anteriori reprezintă un stimulent puternic pentru generațiile următoare. Odată ce medicii români se stabilesc și reușesc profesional în țări precum Germania sau Regatul Unit, ei transmit semnale pozitive înapoi în România, creând un circuit de feedback care alimentează continuarea fluxului migrațional.

Massey et al. (1998) pun un accent deosebit pe importanța rețelelor sociale în perpetuarea migrației. Pentru studenții români la medicină, „rețelele sociale funcționează ca facilitatori critici, reducând riscurile și costurile asociate cu migrația" (Massey et al., 1998, p. 1500). Absolvenții români care au emigrat anterior oferă frecvent sprijin noilor veniți: sfaturi privind integrarea, recomandări pentru locuri de

muncă și chiar sprijin pentru găsirea unei locuințe. Acest efect de rețea diminuează semnificativ dificultățile percepute de tinerii absolvenți care iau în considerare migrarea (Borjas, 1989).

Factorii instituționali contribuie, de asemenea, la menținerea migrației în rândul studenților români la medicină. De exemplu, spitalele din Uniunea Europeană recrutează activ medici români (Galvin, 2024), iar programele de schimb academic, precum Erasmus, facilitează contactul direct al studenților români cu sistemele sanitare din Europa de Vest. Potrivit lui Castles și Miller (2009), „astfel de factori instituționali nu doar că facilitează migrația, ci o și normalizează, integrând-o în viața socială și profesională a indivizilor."

Un exemplu concret al influenței rețelelor sociale asupra migrației medicale românești este cazul comunității de absolvenți de medicină din Germania. Potrivit lui Borjas (1999), „prezența unei comunități medicale românești numeroase în Germania a creat un ciclu auto-susținut, în care fiecare nouă cohortă de migranți consolidează tiparul migrațional." În mod similar, agențiile de recrutare specializate în atragerea medicilor din Europa de Est contribuie la instituționalizarea acestui proces, oferind resurse și trasee clare pentru migrație, reducând astfel efortul individual necesar pentru a părăsi România.

Alte cadre teoretice relevante pentru înțelegerea migrației

Migrația este un proces complex, explicat printr-o varietate de cadre teoretice. Unul dintre cele mai timpurii este teoria economică neoclasică, care susține că migrația este determinată de diferențele salariale dintre țări. Potrivit lui Borjas (1999), „indivizii migrează din regiuni cu surplus de forță de muncă către regiuni cu deficit de forță de muncă, în căutarea maximizării câștigurilor economice" (p. 1705). Această teorie consideră migrația ca o decizie rațională luată de indivizi în scopul obținerii unor oportunități economice superioare.

Teoriile care explică inițierea migrației – precum teoria economică neoclasică sau teoria pieței duale a muncii – se aplică și în cazul studenților români la medicină. Conform teoriei economice neoclasice, diferențele salariale dintre țări stimulează migrația. Studenții români la medicină sunt motivați să emigreze deoarece „caută recompense financiare mai mari și oportunități profesionale superioare, abundente în țările mai bogate din UE" (Borjas, 1989, p. 459). Discrepanța salarială semnificativă dintre România și state precum Germania și Franța susține această tendință migrațională.

Un alt cadru teoretic semnificativ este teoria pieței de muncă segmentate sau duale, care afirmă că migrația este determinată de cererea de forță de muncă din țările dezvoltate. Dezvoltată de Piore (1979), teoria argumentează că „migrația este consecința segmentării piețelor muncii din economiile avansate, unde lucrătorii autohtoni ocupă poziții cu statut ridicat, iar migranții sunt angajați în locuri de muncă

slab remunerate și cu prestigiu redus" (p. 12). Această teorie subliniază necesitatea structurală a forței de muncă migrante în domenii precum agricultura, construcțiile sau munca domestică. Aplicată la contextul românesc, teoria explică faptul că spitalele din mediul rural sau instituțiile medicale insuficient personalizate din Germania, de exemplu, se bazează frecvent pe medici străini, inclusiv români, pentru a acoperi lipsa de personal (Piore, 1979, p. 45). Această segmentare a pieței muncii generează o cerere constantă pentru medicii români în anumite roluri din sistemul de sănătate.

Teoria sistemelor mondiale oferă o perspectivă macro asupra migrației, punând accentul pe inegalitățile economice globale. Potrivit lui Wallerstein (1974), „migrația este rezultatul expansiunii economiilor capitaliste în regiunile mai puțin dezvoltate, unde economiile locale sunt perturbate, iar indivizii sunt forțați să migreze în căutarea unor oportunități" (p. 44). Această teorie evidențiază dinamica puterii la nivel global, care perpetuează fluxurile migraționale dinspre țările în curs de dezvoltare către cele dezvoltate.

În esență, teoria rețelelor joacă un rol primordial în înțelegerea caracterului autoreplicativ al migrației. Așa cum explică Portes (1997), „odată inițiată, migrația generează rețele sociale care reduc riscurile și costurile pentru viitorii migranți, făcând migrația să se auto-susțină" (p. 130). Aceste rețele oferă informații, sprijin financiar și suport emoțional, facilitând procesul pentru cei care urmează să migreze.

Teorii recente ale migrației și fenomenul „Brain Drain"

Teoriile mai recente ale migrației s-au concentrat asupra conceptului de „brain drain" („exodul creierelor"), adică emigrarea profesioniștilor cu înaltă calificare din țările în curs de dezvoltare către națiuni mai bogate. „Brain drain"-ul este o problemă semnificativă pentru țările care se confruntă cu pierderea persoanelor educate, ceea ce duce la slăbirea bazei lor de capital uman. Așa cum a remarcat Stark (1991), *„migrarea lucrătorilor calificați poate duce la epuizarea resurselor umane, împiedicând dezvoltarea țării de origine"* (p. 36). Una dintre teoriile contemporane care abordează această problemă este Teoria Capitalului Uman, care sugerează că migrația reprezintă o investiție în educație și competențe. *„Migranții se mută în țări în care calificările și competențele lor sunt mai bine recompensate,"* a scris Borjas (1999), *„căutând să își maximizeze randamentul capitalului uman"* (p. 1710). Acest lucru este deosebit de relevant pentru profesioniști precum medicii și inginerii, care pot găsi oportunități mai bune de muncă și salarii mai mari în țările dezvoltate.

Teoria Transnaționalismului oferă o perspectivă mai optimistă, sugerând că migranții mențin legături strânse cu țările lor de origine, facilitând fluxul de remitențe, investiții și cunoștințe. Potrivit lui Levitt (2001), *„migranții transnaționali acționează ca punți între țările lor de origine și cele gazdă, contribuind la ambele economii"* (p. 58). Această teorie contestă noțiunea tradițională de „brain drain", argumentând că migrația poate

duce la „circulația creierelor", în care migranții foarte calificați se întorc acasă după ce dobândesc experiență în străinătate, aducând beneficii țărilor de origine.

În contextul „brain drain"-ului, dilemele etice și economice sunt semnificative. În timp ce națiunile mai bogate beneficiază de afluxul de lucrători calificați, țările în curs de dezvoltare suferă din cauza pierderii de talente. Acest fapt a dus la solicitări privind politici care să încurajeze „brain gain" – adică întoarcerea migranților cu abilități și experiență îmbunătățite, care pot contribui la dezvoltarea țării de origine (de Haas, 2010).

Teoriile recente ale migrației, în special transnaționalismul și conceptul de „brain drain", oferă perspective suplimentare asupra migrației absolvenților români de medicină. Transnaționalismul subliniază natura „multi-situată" a vieții migranților, în care aceștia mențin legături atât cu țările de origine, cât și cu cele gazdă (Levitt & Glick Schiller, 2004, p. 1003). Studenții români la medicină, de exemplu, revin adesea temporar în România pentru a lucra sau pentru a-și păstra conexiunile cu rețelele lor profesionale, chiar dacă își construiesc cariere în Uniunea Europeană.

Totuși, cea mai presantă problemă legată de migrația absolvenților români de medicină este fenomenul de „brain drain". Așa cum explică Becker (1994), „brain drain"-ul se referă la pierderea profesioniștilor cu înaltă calificare care își părăsesc țara de origine în căutarea unor oportunități mai bune în străinătate. România se confruntă cu *„una dintre cele mai severe crize de brain drain din Europa, cu un procent semnificativ dintre profesioniștii săi medicali formați care părăsesc țara pentru a lucra în străinătate"* (Astărăstoae, 2011, p. 81). Aceasta are consecințe grave asupra sistemului de sănătate din România, deja afectat de subfinanțare și lipsa de personal.

Teoria capitalului uman și fenomenul „brain drain"

Teoria capitalului uman sugerează că indivizii investesc în educația lor pentru a-și maximiza câștigurile viitoare. În cazul României, *„studenții la medicină investesc timp și resurse semnificative în formarea lor, însă salariile scăzute și condițiile precare de muncă fac imposibilă obținerea unor recompense adecvate în țară"* (Becker, 1994). Drept urmare, mulți aleg să migreze, în căutarea unei compensații mai bune și a unor condiții de lucru mai favorabile în țări precum Germania și Franța (Jourdain & Pham, 2017).

Migrația studenților români la medicină în UE poate fi analizată prin prisma teoriei „push-pull" a lui Lee și a teoriilor lui Massey privind cauzalitatea cumulativă și rețelele sociale. Cadrul propus de Lee ajută la explicarea factorilor economici și sociali care determină migrația, în timp ce teoriile lui Massey explică modul în care tiparele migraționiste sunt perpetuate prin rețele sociale și factori instituționali. Teoriile legate de inițierea migrației, precum teoria pieței duale a muncii și teoria capitalului uman, evidențiază de asemenea stimulentele și motivațiile economice din spatele acestui fenomen migraționist. Teoriile recente axate pe transnaționalism și

„brain drain" subliniază consecințele globale complexe ale migrației medicale, care afectează nu doar România, ci și sistemele de sănătate din întreaga Uniune Europeană.

Migrația persoanelor înalt calificate

Deși există un consens privind conceptul de ,,migranți cu înaltă calificare'', nu există o definiție universal acceptată a acestora (Metka & Sandoz, 2018). Domeniul de aplicare al conceptului variază în funcție de perspectivă: economiștii tind să adopte o abordare, sociologii alta, iar factorii de decizie politică pot avea o viziune diferită. Dincolo de această imprecizie, există acordul că migranții cu înaltă calificare sunt de obicei diferiți de ceilalți imigranți, au șanse mai mari de integrare în societatea gazdă (van Riemsdijk & Basford, 2022; Voicu & Vlase, 2014), iar în anumite cazuri acționează ca o categorie privilegiată în cadrul societății de destinație (Dabic, González-Loureiro & Harvey, 2015; Dang, Rammal & Michailova, 2022; Voicu & Croitoru, 2023). Având în vedere că medicii sunt reprezentanți proeminenți ai migrației de înaltă calificare, explorarea acestui domeniu este esențială pentru înțelegerea migrației absolvenților de medicină.

În acest subcapitol, voi analiza diferitele definiții ale migranților cu înaltă calificare. De asemenea, voi examina câteva inconsecvențe în aceste definiții și cadre teoretice și voi oferi perspective critice asupra interpretărilor acestora.

Potrivit *Migration Research Hub*, „Migrația cu înaltă calificare este mișcarea persoanelor care de obicei dețin studii universitare (ISCED 5-6), experiență extinsă sau o combinație a celor două." În mod similar, OECD o definește drept „mișcarea indivizilor cu un nivel ridicat de educație, formare sau competențe, adesea în domeniile STEM, dintr-o țară în alta." Organizația Internațională a Muncii (OIM) oferă o definiție comparabilă, subliniind că acest tip de migrație apare în mod tipic în țările cu economii dezvoltate: „Migrația cu înaltă calificare implică deplasarea persoanelor cu cunoștințe, competențe și calificări specializate peste granițele naționale, de obicei către țări cu economii dezvoltate."

Cine este migrantul cu înaltă calificare? Potrivit lui Weinar, A. și Klekowski von Koppenfels (2020), în literatura de specialitate privind migrația, migrația cu înaltă calificare se referă, în general, la fluxul de migranți – adică lucrători străini care împărtășesc anumite caracteristici și care, prin urmare, se califică pentru o anumită categorie de viză. Cei doi autori consideră că un punct comun de plecare pentru definirea persoanelor cu înaltă calificare este fie nivelul lor de educație (Borjas, 2005; Docquier și Marfouk, 2006; Peri și Sparber, 2011), fie clasificarea ocupației lor (Bouvier și Simcox, 1995; Espenshade et al., 2001; Libaers, 2014).

Economiștii folosesc adesea o definiție de bază a migranților cu înaltă calificare ca fiind cei care dețin studii superioare (nivel universitar), pentru a simplifica analiza datelor. Totuși, chiar și această definiție ridică unele probleme. De exemplu, în raportul său pentru Națiunile Unite, Lindsay Lowell a subliniat că identificarea

nivelurilor educaționale în colectarea datelor poate fi dificilă. El a remarcat că multe metode de colectare a datelor folosesc vârsta ca substitut, presupunând că educația terțiară are loc în rândul populației adulte de peste 25 de ani. Totuși, multe măsurători se concentrează pe persoanele cu vârsta de 15 ani și peste, ceea ce poate distorsiona datele (Lowell, 2005). Pe această idee, Ron Skeldon a observat în 2018 că OECD, în cel mai recent raport privind migrația cu înaltă calificare, a utilizat de asemenea categoria de vârstă 15+, care include persoane aflate încă în învățământul secundar sau superior (Skeldon, 2018; Dumont și Lemaître, 2005). Această includere poate duce la o subestimare a populației cu înaltă calificare, denaturând astfel datele. Cu toate acestea, cea mai frecventă definiție a persoanelor cu înaltă calificare rămâne cea limitată la cei cu educație terțiară, referindu-se în general la o diplomă de cel puțin doi ani de studii universitare. Lowell subliniază că educația terțiară este adesea „cea mai ușor disponibilă statistică internațională", ceea ce o transformă în metricul implicit pentru identificarea persoanelor cu înaltă calificare (Lowell, 2005, p. 2). Această focalizare pe educație le permite economiștilor să identifice mai ușor indivizii cu înaltă calificare în studiile privind migrația și a fost aplicată pe scară largă în evaluarea impactului emigrării asupra țărilor de origine, în special în discuțiile legate de „brain drain".

Așa cum s-a discutat anterior, migranții cu înaltă calificare, deseori clasificați în funcție de nivelul de educație sau ocupație, includ de regulă profesioniști din domenii precum știință, tehnologie, inginerie și sănătate (Borjas, 2005). Printre aceste profesii, migrația lucrătorilor din domeniul sănătății – în special a medicilor – reprezintă o subcategorie distinctă și esențială a migrației cu înaltă calificare.

Medicii, ca profesioniști cu înaltă calificare, reflectă multe dintre tiparele de migrație observate în alte sectoare, dar au și caracteristici unice, datorită rolului lor esențial în sistemele de sănătate și implicațiilor globale ale mobilității lor. Migrația medicilor este strâns legată de fenomenul de „brain drain", prin care țările de origine pierd capital uman valoros, în timp ce țările de destinație câștigă profesioniști calificați (Lowell, 2005). Cu toate acestea, acest tip de migrație implică efecte profunde care depășesc impactul economic obișnuit al migrației cu înaltă calificare, afectând direct sănătatea publică, îngrijirea pacienților și infrastructura sanitară atât în țările de origine, cât și în cele de destinație (Skeldon, 2018).

În contextul migrației cu înaltă calificare, cazul medicilor dezvăluie dinamici complexe. Factorii economici, cum ar fi disparitățile salariale între țări, joacă un rol esențial, dar la fel de importante sunt și motivațiile profesionale, precum dorința de condiții de muncă mai bune, accesul la oportunități de formare avansată și dezvoltare în carieră (Lemaître & Dumont, 2005). Acest lucru face ca migrația medicilor să nu fie doar o tranzacție economică, ci una profund înrădăcinată în rețele sociale, profesionale și instituționale – la fel ca alte forme de migrație cu înaltă calificare, dar cu implicații globale mult mai presante.

Migrația medicilor din regiuni în curs de dezvoltare sau cu venituri reduse – în special din Europa Centrală și de Est (ECE)– către țări mai bogate exemplifică

intersecția dintre migrația cu înaltă calificare și domeniul sănătății. Așa cum arată studiile recente (Glinos, 2021), sectorul sănătății este unul dintre cele mai afectate de migrația cu înaltă calificare, ceea ce duce la apariția unor goluri în serviciile medicale din țările de origine și generează adesea nevoia unor politici menite să gestioneze sau să atenueze efectele acestui fenomen.

Astfel, migrația medicilor poate fi privită atât ca o subcategorie a migrației cu înaltă calificare, cât și ca un caz care necesită o atenție deosebită, datorită implicațiilor sale ample asupra echității globale în sănătate, asupra răspunsurilor politice și a sustenabilității forței de muncă în ambele tipuri de țări – de origine și de destinație.

Migrația medicilor din Europa Centrală și de Est

Migrația medicilor, în special din Europa Centrală și de Est (ECE), a devenit o problemă presantă în ultimii ani, în mod deosebit în ultimele două decenii. O creștere semnificativă a migrației profesioniștilor din domeniul medical a fost observată după aderarea multor țări din ECE la Uniunea Europeană în 2004 și 2007, intensificându-se ulterior în urma crizei financiare din 2008 și a eliminării restricțiilor de angajare în unele țări din Europa de Vest (Mladovsky et al., 2012; Glinos, 2021). Țări precum Polonia, România, Bulgaria, Ungaria și statele baltice au experimentat un exod semnificativ de profesioniști medicali, ceea ce are implicații profunde atât pentru sistemele de sănătate ale țărilor de origine, cât și pentru cele ale țărilor de destinație (Comisia Europeană, 2020).

Potrivit cercetărilor recente, această migrație este determinată de o combinație de factori economici, sociali și profesionali, rezultând în ceea ce este adesea denumit „brain drain" în domeniul medical. De exemplu, McKee et al. (2020) au evidențiat că disparitățile economice, precum diferențele salariale dintre țările din Europa de Vest și cele din Europa de Est, rămân un factor central. În plus, Glinos (2021) a subliniat condițiile de muncă inadecvate și lipsa oportunităților profesionale drept factori cheie care contribuie la migrație. Mai mult, Greer et al. (2019) au sugerat că mobilitatea socială și recunoașterea profesională, alături de perspectivele de carieră îmbunătățite în țările de destinație, acționează ca factori de atracție semnificativi care încurajează această mobilitate.

Unul dintre principalii factori care determină migrarea medicilor din țările ECE este diferența de salarii și condițiile de muncă în comparație cu Europa de Vest. Studiile arată că medicii din țări precum Germania, Regatul Unit și cele scandinave câștigă semnificativ mai mult decât colegii lor din ECE. După cum au remarcat McKee et al. (2020), *„stimulentele economice rămân un factor esențial, medicii din țările ECE câștigând doar o fracțiune din veniturile colegilor lor din Europa de Vest."*

În plus, mulți medici din ECE migrează din cauza condițiilor precare de muncă, inclusiv sisteme de sănătate subfinanțate, lipsa echipamentelor medicale moderne și volumul excesiv de muncă. Potrivit unui studiu realizat de Glinos (2021), *„aglomerarea*

spitalelor, lipsa personalului și echipamentele învechite îi determină pe profesioniștii din domeniul sănătății să caute condiții de muncă mai bune în străinătate."

Consecințele migrației medicilor din țările ECE sunt multiple și afectează atât țările de origine, cât și pe cele de destinație. Pentru țările ECE, plecarea profesioniștilor medicali calificați agravează provocările deja existente ale sistemelor de sănătate, inclusiv timpi mari de așteptare pentru pacienți, spitale subdimensionate ca personal și rezultate slabe în domeniul sănătății. În România, de exemplu, plecarea a mii de medici a condus la lipsuri critice în specialități esențiale precum chirurgie, anestezie și pediatrie (Dumont et al., 2019).

Pentru țările de destinație, afluxul de medici din ECE a oferit o ușurare necesară pentru sistemele lor de sănătate, care se confruntă adesea cu lipsa de personal medical. În țări precum Regatul Unit și Germania, medicii din ECE ocupă locuri de muncă în zone rurale sau defavorizate, contribuind la stabilizarea serviciilor medicale (Helbling & Garcés-Mascareñas, 2020). Mai multe politici publice au fost propuse pentru a aborda problema migrației medicilor din țările ECE, inclusiv acorduri bilaterale între țările de origine și cele de destinație, eforturi de îmbunătățire a condițiilor de muncă în sistemele de sănătate din ECE și restricții privind recrutarea de medici din țările care se confruntă cu penurii critice de personal medical. Cu toate acestea, aceste măsuri au avut până acum un succes limitat. De exemplu, Polonia a implementat programe de retenție a medicilor tineri, oferind stimulente precum salarii mai mari și condiții de muncă mai bune în zonele rurale, însă rezultatele au fost mixte. Deși aceste programe au avut un anumit succes în reținerea medicilor tineri, mulți aleg totuși să emigreze în căutarea unor oportunități profesionale și salariale mai bune în Europa de Vest.

Pe măsură ce sistemele de sănătate din țările ECE continuă să se confrunte cu provocări economice și demografice, este probabil ca migrația medicilor să persiste. În plus, pandemia de COVID-19 a scos și mai mult în evidență importanța profesioniștilor din domeniul sănătății și ar putea influența tendințele viitoare ale migrației. Potrivit rapoartelor OMS, mulți dintre medicii din ECE care au plecat în timpul pandemiei sunt puțin probabil să se întoarcă în țările de origine, agravând și mai mult criza din sistemele lor de sănătate (Organizația Mondială a Sănătății, 2021).

Migrația medicilor din Europa Centrală și de Est este un fenomen complex, determinat de factori economici, profesionali și sociali. Deși beneficiile pentru țările de destinație sunt evidente, consecințele pentru națiunile din ECE sunt grave, contribuind la adâncirea crizei în domeniul sănătății. Abordarea acestei probleme va necesita eforturi politice coordonate, investiții în infrastructura sanitară și soluții sustenabile care să țină cont atât de cauzele, cât și de consecințele migrației medicilor.

IV. LĂSAȚI ÎN URMĂ SAU FORȚAȚI SĂ PLECE? REEVALUAREA POLITICILOR PRIVIND FORȚA DE MUNCĂ DIN SĂNĂTATE ÎN ROMÂNIA[1]

România se confruntă cu o provocare majoră legată de migrația continuă a profesioniștilor săi din domeniul medical, un fenomen care s-a intensificat încă din anii 1990 și, în special, după integrarea în Uniunea Europeană. Datele instituționale provenite din anchete parlamentare, statistici oficiale și diverse surse secundare evidențiază clar amploarea și ritmul crescând cu care absolvenții facultăților de medicină părăsesc țara după finalizarea studiilor, afectând în mod semnificativ sistemul național de sănătate. Deși România produce anual un număr mare de absolvenți în domeniul medical, mulți dintre aceștia fie nu reușesc să obțină un loc la rezidențiat în țară, fie aleg să profeseze în străinătate. Această situație a agravat deficitul de personal medical, în special în regiunile rurale și slab deservite.
Paradoxal, România atrage un număr considerabil de studenți internaționali datorită taxelor de școlarizare accesibile și a programelor de educație medicală recunoscute, însă legislația restrictivă împiedică majoritatea acestor medici formați în România să rămână și să profeseze local. Drept urmare, România investește resurse importante în formarea a mii de medici anual, pentru ca un număr considerabil dintre aceștia să plece ulterior să lucreze în alte țări. Abordarea acestei probleme necesită strategii mai eficiente de retenție și o mai bună corelare a formării medicale cu nevoile reale ale sistemului de sănătate.

Introducere

Fenomenul migrației a apărut în România după 1990, reprezentând o realitate complexă prin prisma motivațiilor și formelor sale. În ultimii 35 de ani, acest fenomen a cunoscut în România diferite tendințe și etape, influențate de situația financiară instabilă a țării din perioada de tranziție, dar și de mirajul Occidentului (Deliu, 2019; Evans et al., 1985; Sandu, 2010; Voicu, 2020; Vilcu, 2022). După aderarea României la Uniunea Europeană, migrația a aproximativ trei milioane și jumătate de persoane a înregistrat o creștere semnificativă, aducând consecințe negative asupra economiei și societății românești (Constantin et al., 2004; Tiuț & Teacă, 2023). Principalele cauze ale acestei emigrații în masă sunt lipsa locurilor de muncă și nivelul relativ scăzut al salariilor în comparație cu standardele europene. Majoritatea covârșitoare a migranților români — peste 85% — s-au stabilit în interiorul Uniunii Europene,

[1] O formă a capitolului a fost publicată ca Marilena Nicula, 2025, Left behind or pushed out? Rethinking Health Workforce Policy in Romania, *Journal of Community Positive Practices*, nr. 2/2025. DOI:10.35782/JCPP.2025.2.04

principalele destinații fiind Italia și Spania, unde trăiesc mai mult de jumătate dintre aceștia (Sandu, 2017; Șerban, 2011).

Dintre fostele state comuniste care au aderat la UE, România, împreună cu Polonia, continuă să fie una dintre cele mai importante surse de emigrație. Totuși, dacă migrația este analizată în raport cu dimensiunea populației, România se aliniază mai degrabă cu Bulgaria și statele baltice (Eurostat, 2023; FMI – Atoyan et al., 2016; OECD, 2024; Banca Mondială, 2018). În ciuda diverselor politici adoptate, România continuă să se confrunte cu un nivel ridicat de emigrație, în special în rândul persoanelor cu înaltă calificare, precum profesioniștii din domeniul medical, ceea ce agravează criza de forță de muncă în sectoarele critice (Croitoru & Coșciug, 2021).

În același timp, migrația de întoarcere a înregistrat o creștere, unii dintre cei reveniți implicându-se în activități antreprenoriale, deși reintegrarea acestora rămâne complexă și puternic dependentă de experiențele anterioare de migrație și de oportunitățile structurale existente în România (Croitoru, 2020; Șerban & Croitoru, 2018; Vlase & Croitoru, 2019). Deși au fost implementate politici pentru susținerea migranților reîntorși, eficiența acestora variază, deoarece aceștia au perspective diferite asupra rolului statului în procesul de reintegrare (Șerban & Croitoru, 2018).

Dacă tendințele actuale se mențin, migrația persoanelor cu calificări înalte către locuri de muncă slab calificate din Vestul Europei este probabil să continue sau chiar să se intensifice. Chiar dacă migrația de întoarcere ar putea crește (Șerban & Croitoru, 2018), aceasta este de așteptat să includă în principal persoanele emigrate în anii 2000 și care se apropie de vârsta pensionării (Zamfir, C. (coord.) et al., 2017:27).

Exodul medicilor și formarea personalului medical în sistemul universitar românesc

Un studiu realizat în 2023 de Colegiul Medicilor din România (https://www.medichub.ro/stiri/studiu-cmr-sase-din-zece-medici-tineri-vor-sa-plece-din-tara-id-8173-cmsid-2) arată că un procent semnificativ dintre medicii sub 35 de ani intenționează să emigreze: 40% probabil, iar 17% sigur, cu o tendință descrescătoare a intenției de migrație odată cu înaintarea în vârstă. În ceea ce privește diferențele de gen, bărbații au indicat o intenție mai mare de a pleca decât femeile, atât în cazul răspunsului „probabil da" (23,1% vs. 20,7%), cât și „cu siguranță da" (8,4% vs. 5,2%). Astfel, această tendință scade odată cu vârsta.

Conform aceluiași studiu, tendința de migrație este cea mai ridicată în regiunea București-Ilfov (30,4%) și în Sud-Est (29,6%), fiind cea mai scăzută în regiunea de Vest (22,2%). Specializările medicale cele mai predispuse la migrație sunt Anestezie și Terapie Intensivă (39,2%), Medicină de Urgență (39%), Oncologie (39%) și Chirurgie Generală (35,2%), în timp ce Medicina de Familie (16,4%) și Sănătatea Publică (17,8%) prezintă cele mai scăzute rate de intenție de migrație.

Motivele pentru care medicii doresc să plece diferă în funcție de vârstă. Medicii sub 35 de ani sunt preocupați în principal de infrastructura sistemului sanitar din România (24%) și de oportunitățile de dezvoltare profesională din străinătate (23%).

Cei cu vârste între 36 și 49 de ani împărtășesc preocupări similare, dar acordă o importanță mai mare condițiilor de trai și educației pentru copii (15%). Medicii de peste 50 de ani plănuiesc să plece din cauza condițiilor proaste de muncă și a lipsei de recunoaștere socială, iar cei peste 65 de ani sunt motivați în principal de salariile și veniturile mici.

Studiul a fost realizat pe un eșantion de 8.121 de medici din România, ponderat astfel încât să reflecte structura demografică a medicilor în funcție de gen, vârstă, regiune geografică și specialitate medicală, conform echipei de cercetare. Titlul *„România atrage studenți la medicină din întreaga lume, dar medicii români pleacă"* a apărut în *The Economist* (18.07.2024). *„Trebuie menționat, totuși, că România a devenit și un centru atractiv de educație medicală internațională, deoarece facultățile sale de medicină oferă diplome recunoscute la nivelul UE, la costuri relativ scăzute de școlarizare și trai. În anul universitar 2018/2019, aproape toate facultățile de medicină ofereau programe în limba engleză și/sau franceză, reprezentând circa 30% din capacitatea totală de admitere"* (OECD, 2019:19).

România are douăsprezece facultăți publice de medicină (Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila" din București, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu" din Cluj-Napoca, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș" din Timișoara, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa" din Iași, Universitatea „George Emil Palade" din Târgu Mureș, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova, Universitatea „Lucian Blaga" din Sibiu, Universitatea din Oradea, Universitatea de Vest „Vasile Goldiș" din Arad, Universitatea „Transilvania" din Brașov, Universitatea „Ovidius" din Constanța și Universitatea „Dunărea de Jos" din Galați), trei facultăți private (Universitatea „Titu Maiorescu" din București, Universitatea „Apollonia" din Iași) și o facultate privată de asistență medicală generală (Universitatea „Bioterra" din București) (www.edu.ro).

O analiză a vizualizării datelor privind numărul de profesioniști medicali licențiați în România relevă că în 2022 existau aproximativ 55.000 de practicieni activi.

Deși rezultatele studiului realizat în 2023 de Colegiul Medicilor din România oferă informații valoroase despre intențiile de migrație ale medicilor tineri, ele dezvăluie și lacune semnificative în înțelegerea factorilor structurali care determină acest fenomen – în special relația dintre formarea medicală, rezultatele la rezidențiat și retenția efectivă în sistemul medical.

După revizuirea acestui studiu și reflectarea asupra implicațiilor sale, am identificat o nevoie de cercetare esențială: depășirea datelor bazate pe intenții și investigarea tiparelor sistemice care modelează traiectoriile absolvenților de medicină în România. Pentru a explora acest aspect, am decis să colectez date oficiale direct de la autoritățile naționale. Acest demers a dus la dezvoltarea unei metodologii bazate pe solicitări instituționale de date, care mi-a permis să investighez modul în care absolvenții de medicină sunt integrați în sistemul de sănătate, câți sunt excluși sau „lăsați în urmă" și cum este urmărită oficial mobilitatea acestora. Procesul a fost posibil datorită poziției profesionale pe care o dețineam la acel moment, care mi-a

permis accesul la date prin canale parlamentare și a fost realizat cu respectarea deplină a standardelor etice și procedurale.

Metodologie – Solicitări de date de la autoritățile din România

Pentru a susține fundamentarea empirică a acestui studiu și pentru a compensa lipsa unor baze de date publice cuprinzătoare, am trimis solicitări scrise oficiale către mai multe autorități naționale din România. Scopul a fost obținerea de date oficiale, structurate, referitoare la numărul absolvenților de medicină generală, rezultatele admiterii la rezidențiat și indicatorii de mobilitate profesională a medicilor – variabile esențiale pentru înțelegerea tiparelor de migrație ale profesioniștilor medicali români.

Procesul de colectare a datelor a fost facilitat de un context instituțional specific. La momentul solicitărilor, în anul 2023, eram angajată în funcția de consilier parlamentar al unui senator român care deținea și funcția de secretar în Biroul Permanent al Senatului României. Având în vedere dificultățile administrative în accesarea unor astfel de date prin canale publice standard, am primit permisiunea formală a senatorului de a redacta și transmite cererile de date în numele său, utilizând cadrul oficial de corespondență al Senatului. Conform procedurilor legislative românești, instituțiile executive sunt obligate prin lege să răspundă interpelărilor formulate de membri ai Parlamentului, ceea ce a crescut semnificativ șansele de a primi răspunsuri complete și în timp util. Acest mecanism procedural a fost utilizat strict în scopul obținerii de date obiective, empirice și este menționat aici în acord cu normele etice ale cercetării.

O primă solicitare a fost trimisă Ministerului Sănătății, cerând date anuale pentru perioada 2012–2022 privind numărul absolvenților de medicină generală care s-au înscris la examenul național de rezidențiat, numărul celor care au promovat și au fost repartizați pe locuri, precum și defalcări pe universități. Ministerul a furnizat date tabelare pentru perioada 2015–2022 privind numărul de absolvenți, de candidați și de medici înmatriculați în rezidențiat. Pentru anii 2012–2014, Ministerul a precizat că, din cauza formatului descentralizat al examenului de rezidențiat din acea perioadă – desfășurat în șase centre universitare – datele nu pot fi procesate automat și, prin urmare, nu sunt disponibile într-un format utilizabil.

Pentru completarea informațiilor, o a doua solicitare a fost transmisă Ministerului Educației. Solicitarea a vizat date privind numărul de absolvenți ai universităților acreditate din România care oferă programe de medicină generală, în perioada 2012–2022. În răspuns, Ministerul a furnizat o defalcare detaliată pentru anul universitar 2021–2022, indicând numărul de absolvenți pe universitate. Pentru anii anteriori (2012–2015), Ministerul a menționat că sunt disponibile doar date agregate – care acoperă toate domeniile de studiu – fără o diferențiere în funcție de domeniul de studii sau de statutul final de absolvire. Acestea pot fi accesate prin intermediul Consiliului Național pentru Finanțarea Învățământului Superior (CNFIS).

O a treia scrisoare a fost adresată din nou Ministerului Sănătății, solicitând de această dată informații privind indicatorii de mobilitate internațională a medicilor români. Concret, au fost cerute date despre numărul de avize de liberă practică și de certificate de „good standing" emise în limbi străine (utilizate de medicii care aplică pentru a profesa în străinătate), precum și statistici privind statutul profesional al medicilor români – „activi", „inactivi", „foști membri" sau „neconfirmați". Ministerul a răspuns cu date privind numărul de medici care dețineau avize de liberă practică valabile în perioada 2018–2022 și numărul de certificate de good standing emise între 2016 și 2022. Totuși, informațiile referitoare la clasificarea statutului de membru nu au fost furnizate.

Aceste eforturi de colectare a datelor au fost esențiale pentru construirea unei imagini mai nuanțate a rezultatelor sistemului românesc de educație medicală și a tiparelor de migrație a medicilor. Prin combinarea înregistrărilor instituționale cu perspective calitative și literatura academică existentă, acest studiu oferă o înțelegere mai cuprinzătoare a factorilor push-pull care influențează traiectoriile profesionale ale absolvenților români de medicină.

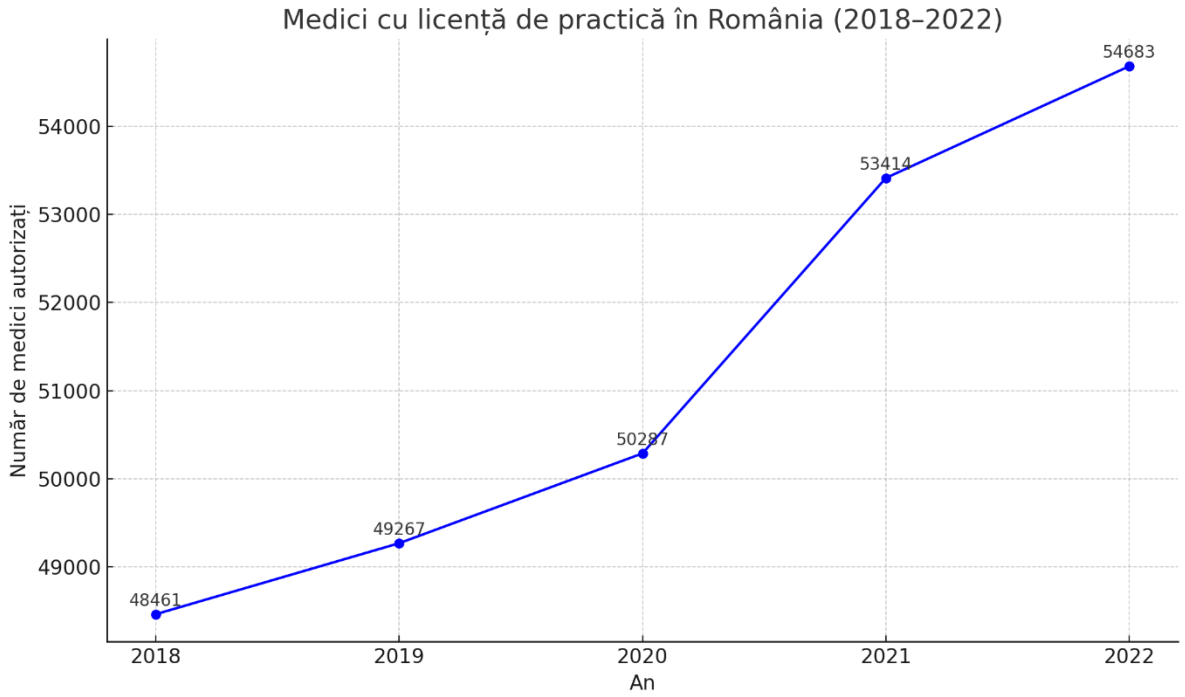
Rezultate: dinamica cifrelor la nivel agregat

O analiză a datelor oficiale obținute de la Ministerul Sănătății din România relevă o tendință clară de creștere a numărului de medici licențiați care profesează în România între 2018 și 2022. De la 48.461 de medici licențiați în 2018, s-a înregistrat o creștere constantă în fiecare an, ajungând la 54.683 în 2022. (Figura 1). Această cifră marchează o creștere notabilă a numărului de profesioniști din domeniul sănătății în ultimii ani. Un factor semnificativ care a contribuit la această creștere îl reprezintă majorările salariale implementate în anul 2018. Această schimbare de politică a avut un efect vizibil pozitiv, România înregistrând un nivel fără precedent de absorbție a peste 2.000 de medici noi anual în sistemul de sănătate – un fenomen nemaiîntâlnit de peste un deceniu. De asemenea, cea mai importantă creștere a avut loc între 2020 și 2021, sugerând factori precum un număr mai mare de absolvenți de medicină, modificări legislative care au facilitat procesul de licențiere sau măsuri luate ca răspuns la pandemia de COVID-19, care ar fi putut accelera procesul de autorizare pentru a răspunde cererii de personal medical.

În ciuda acestei traiectorii pozitive, creșterea numerică a medicilor licențiați nu se traduce neapărat într-o îmbunătățire proporțională a accesului la servicii medicale, în special în zonele rurale și defavorizate. Aceasta ridică întrebări importante privind distribuția, retenția și condițiile de angajare ale medicilor. Sunt necesare cercetări suplimentare pentru a determina dacă această creștere numerică răspunde într-adevăr

nevoilor sistemului de sănătate sau dacă persistă decalaje care impun intervenții de politică publică direcționate.

Figura 1. Dinamica numărului de medici



Sursă:https://www.senat.ro/PDFIntrebari/b%20r%2008%2002%20pirvulescu%201934%20a.pdf. - Analiza autorului bazată pe date furnizate de Ministerul Sănătății din România (Răspuns nr. AR 3178/07.07.2023)).

Figura 2 ilustrează numărul de absolvenți ai facultăților de medicină la 100.000 de locuitori în anumite țări europene, în anul 2022. Bulgaria (29,5), Malta (28,5), Letonia (28,0) și România (27,5) se remarcă prin cele mai ridicate rate ale absolvenților de medicină, evidențiind o capacitate solidă de formare medicală raportată la populație. Aceste valori ridicate pot indica fie existența unor infrastructuri educaționale interne robuste, fie, în unele cazuri, o prezență semnificativă a studenților internaționali atrași de taxele de școlarizare mai mici și de programele accesibile.

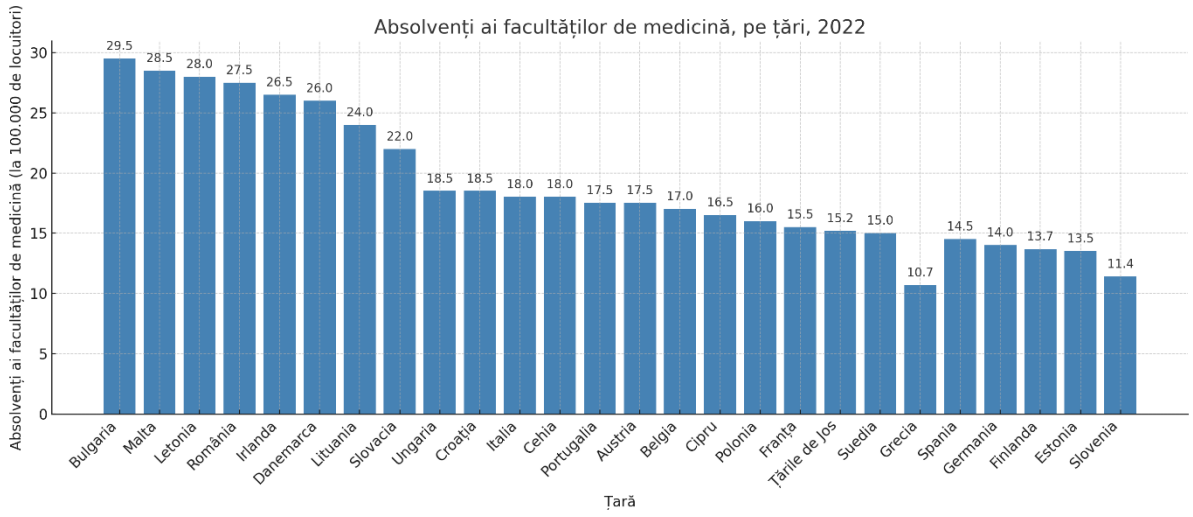
Potrivit Eurostat, în 2022, un număr de 69.279 de medici au absolvit în Uniunea Europeană; în termeni relativi, au existat 15,5 absolvenți de medicină la fiecare 100.000 de locuitori. Aceasta reprezintă o ușoară scădere comparativ cu anul 2021, când rata a fost de 15,7 absolvenți la 100.000 de locuitori. Bulgaria și Malta înregistrează cele mai ridicate rate ale absolvenților de medicină, depășind semnificativ media UE. Letonia, România și Irlanda au, de asemenea, rate notabil de ridicate. La polul opus, Estonia, Slovenia și Finlanda au cele mai scăzute rate. Se poate observa o disparitate semnificativă între cele mai mari și cele mai mici valori înregistrate.

România se situează printre primele țări din UE în clasamentul privind numărul de absolvenți de medicină raportat la populație, conform datelor Eurostat, biroul de

statistică al Uniunii Europene. Astfel, România ocupă locul al patrulea, cu 26 de absolvenți de medicină la 100.000 de locuitori în 2022, situându-se peste media UE de 15,5.

România se confruntă cu un deficit de medici în anumite regiuni și specializări, în ciuda unui număr relativ ridicat de absolvenți de medicină. Migrația profesională și distribuția inegală a medicilor contribuie la această problemă. (Dumitrache, 2023) Deși România are un număr mare de absolvenți de medicină raportat la populație, nu toți rămân în țară pentru a profesa. România se confruntă cu un exod medical, mulți dintre absolvenți alegând să lucreze în străinătate, în special în țările din Europa de Vest, unde condițiile de muncă și salariile sunt mai atractive. În plus, sistemul de rezidențiat este suprasolicitat, ceea ce înseamnă că nu toți absolvenții reușesc să obțină locuri de rezidențiat în specializările dorite.

Figura 2. Absolvenți de medicină la 100.000 de locuitopri în țările UE: 2022



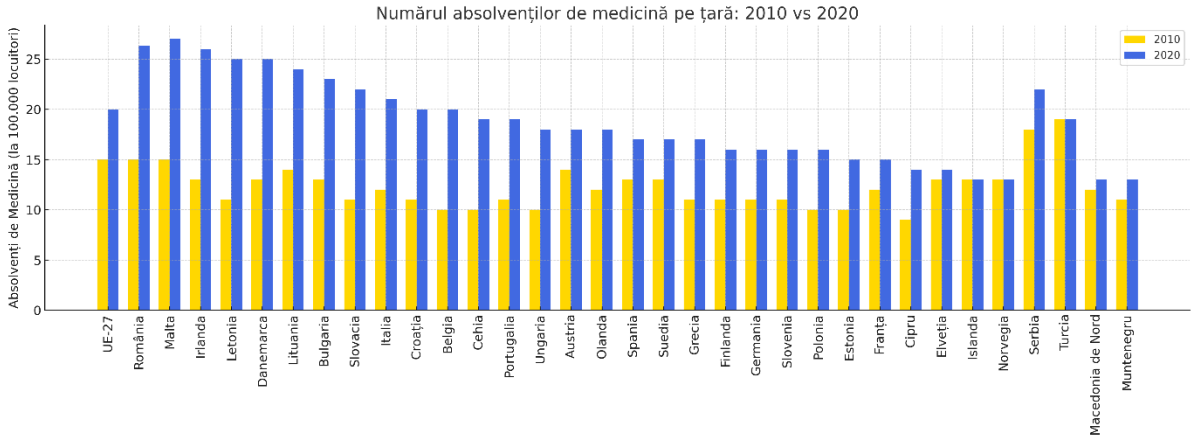
Sursa datelor: Eurostat ([hlth_rs_grd2] Health graduates) Datele pentru absolvenții de medicine la nivelul UE sunt date estimative.

- Danemarca, Grecia, Franța: date din 2021
- Finlanda: date din 2020
- Italia: date provizorii
- Luxemburg nu oferă programe complete de formare medicală sau facultăți de stomatologie și, prin urmare, nu poate avea absolvenți în domeniul medicinei sau stomatologiei.
- Fără date pentru Regatul Unit

O analiză a Figurii 3 oferă o perspectivă comparativă asupra densității medicilor în România între anii 2010 și 2020. Această vizualizare a datelor evidențiază o situație paradoxală în cadrul sistemului de sănătate din România. În mod notabil, până în anul 2020, România a depășit Malta — liderul anterior — în ceea ce privește numărul de absolvenți de medicină raportat la populație. În acel an, România înregistra o rată de 26,3 absolvenți de medicină la 100.000 de locuitori, depășind media Uniunii Europene,

care era de 15,9 la 100.000 de locuitori. Cu toate acestea, în ciuda poziției de lider în Europa în privința numărului de absolvenți în domeniul medical, în țară persistă un „deficit" clar. Acest deficit afectează funcționarea eficientă a spitalelor din diverse județe ale României.

Figura 3. Numărul absolvenților de medicină pe țări: 2010 vs. 2020



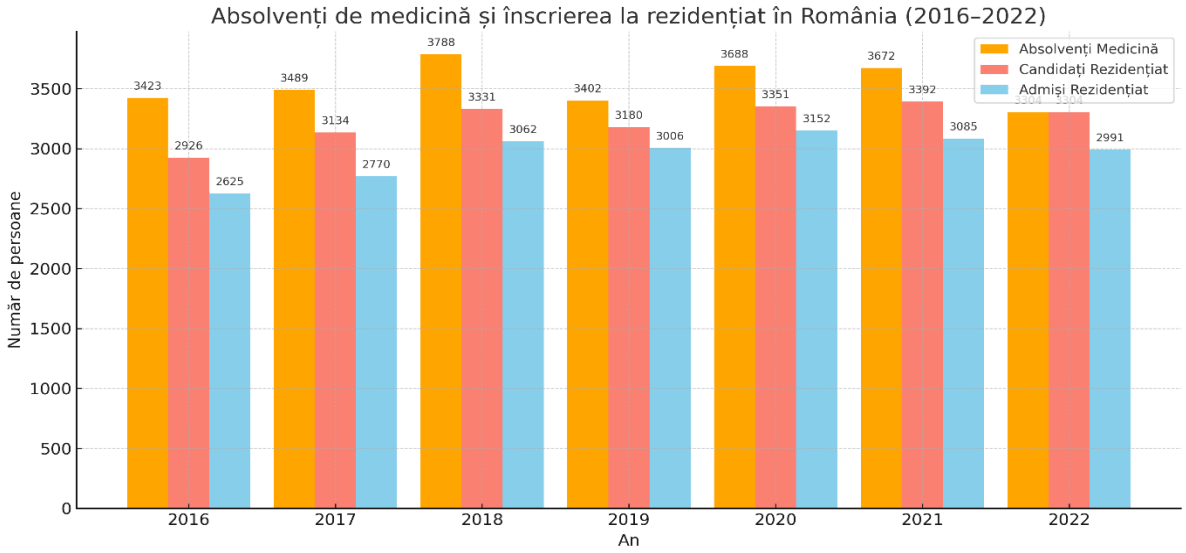
Sursa datelor: Eurostat ([hlth_rs_grd2] Health graduates)

Figura 4 prezintă dinamica absolvenților de medicină și a înscrierilor la rezidențiat în România în perioada 2016–2022. Sunt evidențiate trei indicatori esențiali: numărul absolvenților facultăților de medicină, numărul candidaților la examenul de rezidențiat și numărul celor care au fost admiși în programele de rezidențiat. De-a lungul celor șapte ani, numărul total al absolvenților de medicină (marcat cu portocaliu) a fluctuat ușor, dar s-a menținut la un nivel ridicat, atingând un vârf de 3.788 de absolvenți în 2018 și scăzând ușor la 3.304 în anul 2022.

O observație esențială este decalajul persistent între numărul absolvenților și cel al candidaților la rezidențiat (reprezentat cu roșu), precum și între candidații la rezidențiat și cei care au fost efectiv înmatriculați (albastru). În fiecare an, mai puțini absolvenți se înscriu la rezidențiat decât numărul total al celor care au finalizat studiile medicale, ceea ce sugerează că o parte dintre absolvenți amână intrarea în rezidențiat, aleg alte traiectorii profesionale sau decid să emigreze. În plus, un alt decalaj constant este vizibil între candidații la rezidențiat și cei care obțin un loc, ceea ce poate indica un proces de selecție competitiv și restrictiv sau o capacitate limitată de absorbție în sistemul de formare postuniversitară.

Acest decalaj semnalează probleme critice în sistemul de formare a personalului medical din România, reflectând, posibil, limitări ale capacității programelor de rezidențiat, atractivitatea oportunităților de angajare în străinătate sau politici publice inadecvate care nu reușesc să acomodeze nevoile reale ale sistemului de sănătate. Abordarea acestui decalaj este esențială pentru a asigura un număr suficient de profesioniști în sistemul sanitar românesc și pentru a reduce dependența de recrutarea internațională în vederea acoperirii deficitului de personal medical intern.

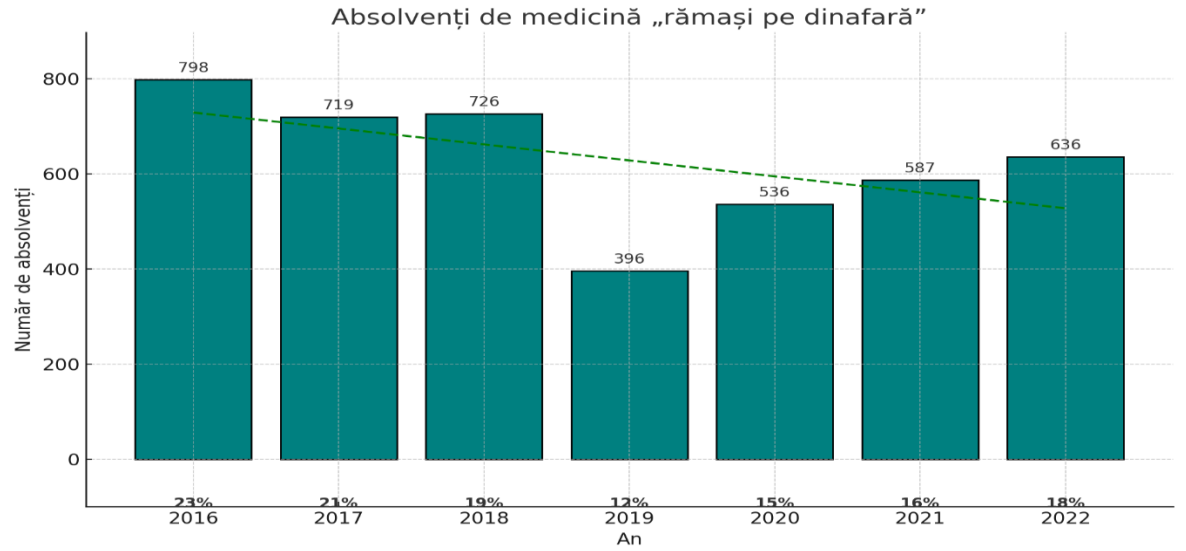
Figura 4. Absolvenți de medicină și înscrierea la rezidențiat în România (2016-2022)



Sursa:https://www.senat.ro/PDFIntrebari/rb%2005%2004%20%20pirvulescu%202185%20a.pdf https://www.senat.ro/PDFIntrebari/b%20r%2008%2002%20pirvulescu%201934%20b.pdf Analiză realizată de autor pe baza datelor furnizate de Ministerul Sănătății și Ministerul Educației din România (Adresa nr. AR 3179/26.06.2023 și Adresa nr. 8540/10.04.2023).

Figura 5 ilustrează numărul și procentul anual al absolvenților de medicină din România care au fost „lăsați în urmă" în perioada 2016–2022 — adică acei absolvenți care nu s-au înscris într-un program de rezidențiat și, prin urmare, nu dețin dreptul legal de a practica medicina în țară. Unii dintre aceștia nu s-au înscris la examenul de rezidențiat, iar alții nu au reușit să-l promoveze. Datele arată că, în fiecare an, câteva sute de absolvenți se încadrează în această categorie, cu un vârf de 798 de persoane în anul 2016 (23%) și un minim de 396 în anul 2019 (12%).

Figura 5. Absolvenți de medicină ,,rămași pe dinafară"

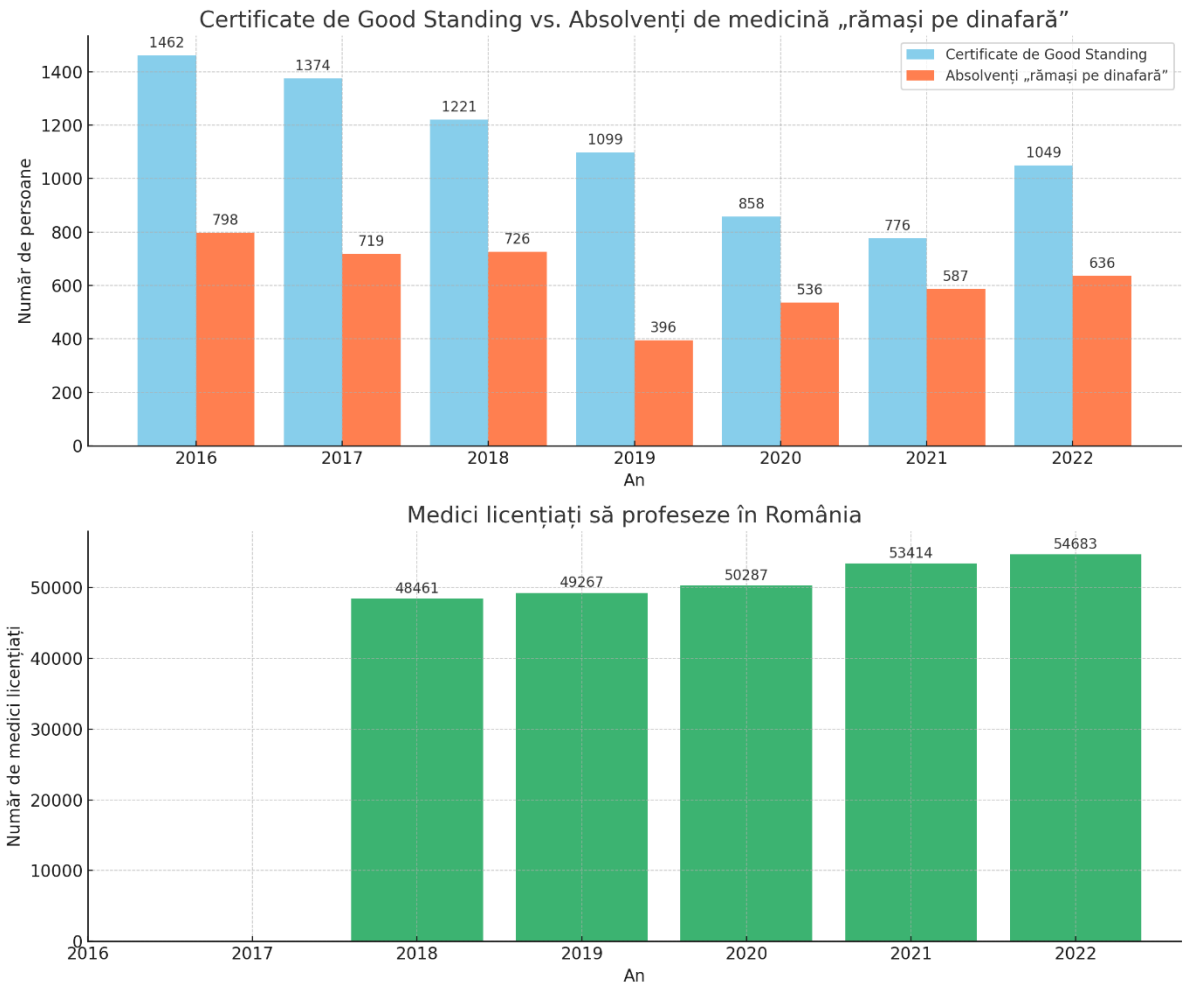


Sursă: Analiză realizată de autor pe baza datelor furnizate de Ministerul Sănătății din România (Adresa nr. AR 3179/26.06.2023 și Adresa nr. AR 3178/07.07.2023).

În ciuda unor fluctuații anuale, linia tendinței generale (cu verde) indică o ușoară scădere, sugerând un progres modest în direcția alinierii numărului de absolvenți cu cel al locurilor disponibile în rezidențiat. Totuși, faptul că aproximativ 1 din 5 absolvenți de medicină nu ajunge să ocupe un loc de rezidențiat indică o problemă mai amplă în tranziția de la educație la practică medicală în România. Acest dezechilibru ar putea fi cauzat de numărul insuficient de locuri la rezidențiat, de rata de promovare a examenului sau de alegerea unor absolvenți de a emigra pentru a beneficia de oportunități mai bune în străinătate.

Am ales să mă refer la acești absolvenți drept „rămași pe dinafară" nu din cauza unei lipse de educație, ci pentru că ei cad pradă unor bariere structurale ale sistemului. Ei nu reprezintă doar o pierdere a investiției educaționale, ci și o sursă importantă de potențiali emigranți — mulți dintre ei alegând să urmeze specializarea în alte țări ale Uniunii Europene, unde accesul la piața muncii în domeniul medical este mai facil.

Figura 6. Diferențe între numărul de certificate, numărul de absolvenți de medicină și numărul de medici



Sursa: Analiza autorului pe baza datelor Ministerului Sănătății din România (Răspuns nr. AR 6729/ 26.06.2023).

Figura 6 compară numărul de *Certificate de bună practică medicală (Good Standing)* emise anual de Colegiul Medicilor din România cu numărul absolvenților de medicină „lăsați în urmă" — cei care nu au intrat în programul de rezidențiat și, prin urmare, nu au dreptul legal de a practica medicina în România. (*Certificatul de bună practică medicală* este emis de Colegiul Medicilor din România și este obligatoriu pentru orice medic sau absolvent de medicină care dorește să profeseze în străinătate. Departe de a reprezenta un indicator absolut — întrucât reflectă doar intenția de a lucra în afara țării, nu și migrarea efectivă —, statisticile Colegiului Medicilor constituie totuși cel mai relevant reper disponibil. Chiar și Ministerul Sănătății recunoaște că nu deține o evidență clară privind numărul celor care au plecat.)

Figura 6 prezintă două seturi importante de date care oferă o perspectivă clară asupra mobilității și retenției forței de muncă medicale în România.

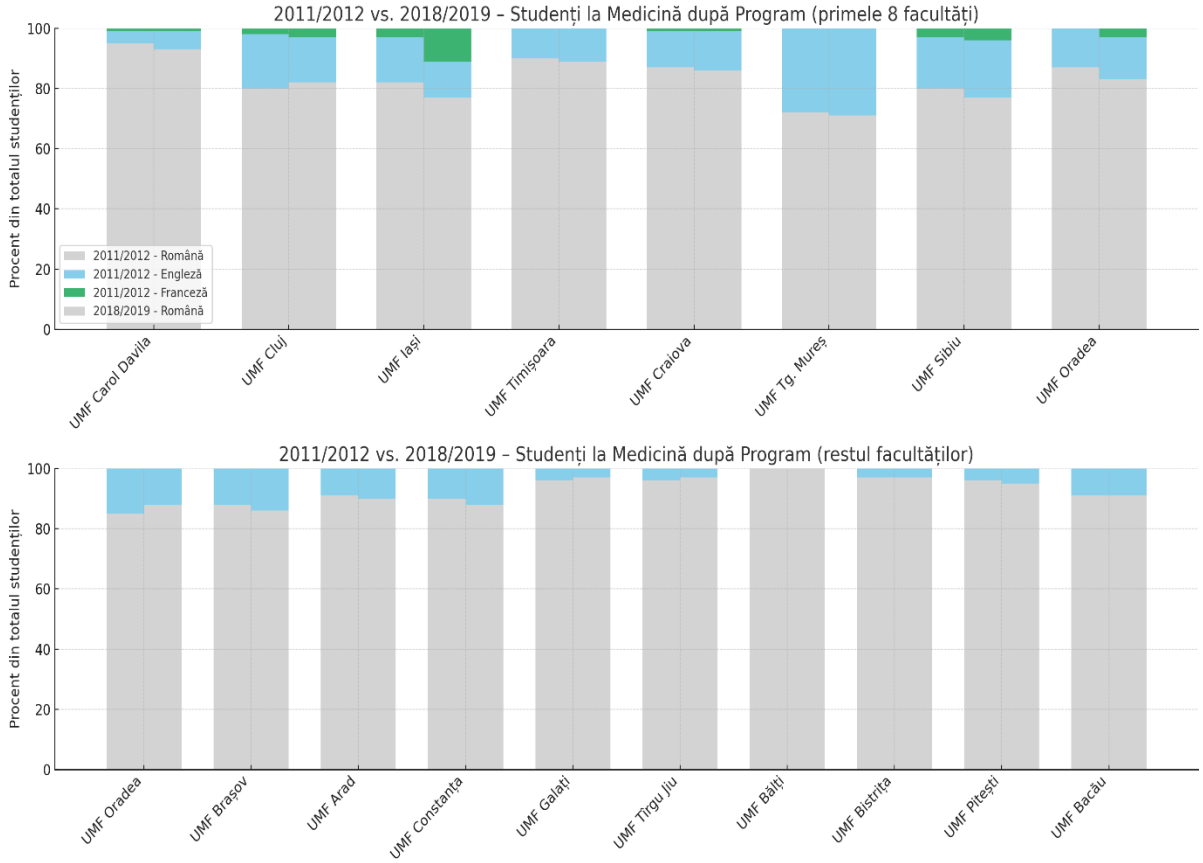
Datele arată că, deși nu toți absolvenții „lăsați în urmă" solicită un certificat, numărul certificatelor emise rămâne constant ridicat, depășind pragul de 1.000 în majoritatea anilor. Aceasta sugerează un nivel semnificativ și stabil de interes din partea medicilor și a absolvenților de medicină români pentru a lucra în afara țării. De exemplu, în 2016, au fost emise 1.462 de certificate, în timp ce 798 de absolvenți nu au fost repartizați la rezidențiat — indicând faptul că nu doar cei „lăsați în urmă", ci și medici deja licențiați sau cu experiență profesională se pregătesc pentru emigrare. Chiar dacă nu este o măsură directă a migrației, certificatul de Good Standing rămâne cel mai relevant indicator disponibil pentru a estima fluxul de plecări din sistemul medical românesc, mai ales în lipsa unor evidențe oficiale centralizate.

Figura 7 completează această perspectivă, prezentând o creștere constantă a numărului de medici licențiați să profeseze în România între 2018 și 2022. În ciuda creșterii numerice a medicilor autorizați — de la 48.461 în 2018 la 54.683 în 2022 —, tendința paralelă de menținere a unui număr ridicat de solicitări pentru certificate de Good Standing evidențiază o problemă structurală: deși pe hârtie forța de muncă medicală internă este în expansiune, o parte considerabilă a acesteia fie se pregătește să plece, fie nu este activă în sistemul de sănătate din România.

Această realitate întărește ideea că simpla formare a unui număr mai mare de medici nu este suficientă; sunt necesare politici eficiente de retenție și măsuri care să asigure oportunități profesionale atractive în sistemul medical național.

De la aderarea României la Uniunea Europeană (UE) în 2007, universitățile de medicină din țară au depus eforturi considerabile pentru a se extinde și a crea mai multe programe de studii medicale în limbi străine, cu scopul de a atrage studenți internaționali (cei care părăsesc țara de origine pentru a studia medicina în străinătate). Până în anul universitar 2018/2019, aproape toate facultățile de medicină din România (10 din 13 la acel moment) ofereau programe de medicină de șase ani în limba engleză și/sau franceză, pe lângă cele în limba română.

Figura 7. 2011/2012 vs. 2018/2019



Sursă: Analiza autorului pe baza informațiilor de la on Ungureanu și Socha-Dietrich, OECD, 2019

În trecut, majoritatea studenților internaționali din facultățile de medicină din România proveneau din țări non-UE, precum vecina Republica Moldova. Însă recent, din ce în ce mai mulți studenți din țări UE și OCDE, precum Franța, Germania, Israel și Suedia, au început să vină în România pentru a studia medicina, intenționând să se întoarcă în țările de origine după absolvire pentru a-și continua pregătirea și a profesa ca medici (Ungureanu și Socha-Dietrich, OECD, 2019). România furnizează astfel pieței internaționale a serviciilor medicale absolvenți de medicină foarte necesari, beneficiind totodată de finanțare suplimentară pentru sistemul său de învățământ medical. Cu toate acestea, numărul de studenți români și internaționali admiși în facultățile de medicină din România este stabilit exclusiv în funcție de capacitatea de formare a acestora, fără a ține cont de nevoile actuale sau viitoare ale sistemului de sănătate din țară. Este nevoie urgentă de un proces formal de planificare a forței de muncă medicale în România, care să coreleze numărul de studenți acceptați în programele de medicină (fie în limba română, fie în limba engleză sau franceză) cu cererea reală de medici. În plus, țara trebuie să abordeze problema condițiilor precare de muncă și a salariilor relativ scăzute, care fac din România un loc neatractiv pentru absolvenții de medicină, atât locali, cât și internaționali.

În ultimul deceniu, sistemul de educație medicală din România a devenit considerabil mai internațional. Mai exact, facultățile de medicină și-au intensificat eforturile de a lansa sau extinde programele predate în limba engleză sau franceză. Drept rezultat, până în anul universitar 2018/2019, 10 din cele 13 facultăți de medicină din România ofereau programe de șase ani în limba engleză, iar 4 dintre acestea ofereau și programe în limba franceză, pe lângă cele în limba română.

Între anii universitari 2011/2012 și 2018/2019, numărul total de locuri disponibile pentru studenții începători la medicină a crescut cu aproape 20% (de la 5.250 la 6.121). Însă capacitatea programelor în limbi străine a crescut spectaculos, cu 75% (de la 995 la 1.740 de locuri). Dintre acestea, 76% (1.330 de locuri) erau în programe în limba engleză, iar alte 410 în programe în limba franceză. Astfel, proporția locurilor în programe de limbă străină a crescut de la 20% la 30% în acea perioadă. Între timp, numărul locurilor pentru programul în limba română a crescut foarte puțin, iar în anul universitar 2018/2019 a înregistrat chiar o scădere de aproximativ 1% — pentru prima dată de la 2011/2012 (Ungureanu și Socha-Dietrich, OECD, 2019).

Cea mai mare universitate de medicină din România, Universitatea de Medicină și Farmacie din București, și-a crescut capacitatea pentru programul în limba engleză cu 50%, de la 200 la 300 de locuri, între anii universitari 2011/2012 și 2018/2019, devenind astfel cel mai mare program de acest tip din țară. Totuși, în aceeași perioadă, programul în limba română a înregistrat o scădere a numărului de locuri disponibile, de la 1.500 la 1.266 (o reducere de 16%), ceea ce a dus la o scădere generală a capacității. În afară de București, doar facultatea mai mică de medicină din Constanța a înregistrat o reducere similară.

Între timp, a doua și a treia cea mai mare universitate de medicină din România, cea din Cluj-Napoca și cea din Iași, și-au dublat numărul de locuri în programul în limba engleză și au crescut capacitatea programelor în limba franceză cu 50% în aceeași perioadă. Aceste două universități, alături de școala medicală privată mai mică din Arad (unde capacitatea pentru programele în limbi străine este de 50%), au acum cea mai mare proporție de locuri în programe străine – aproximativ 40%. Cluj-Napoca deține și cea mai mare capacitate combinată pentru programele în limba engleză și franceză din România și a extins și programul în limba română, devenind astfel cea mai dinamică universitate de medicină din țară.

Școala de medicină din Târgu Mureș a înregistrat, de asemenea, o creștere semnificativă a capacității programului în limba engleză, de la 50 la 150 de locuri, reprezentând 35% din totalul locurilor disponibile în anul universitar 2018/2019. În plus, trei facultăți de medicină care nu aveau programe internaționale în 2011/2012 – Craiova, Oradea și o universitate privată din București – au lansat între timp programe în limba engleză, oferind între 45 și 100 de locuri până în 2018/2019.

În 2019, cele mai mici facultăți de medicină din Sibiu, Brașov și Galați nu ofereau încă programe în limbi străine. Între timp însă, facultățile de medicină din Sibiu și Galați au introdus cursuri în limba engleză, iar în cazul Sibiu, începând cu data de 6

iulie, toți cetățenii străini care aleg să devină studenți la Universitatea Transilvania din Brașov vor beneficia de o reducere de 50% a taxei anuale de școlarizare dacă au un părinte care a absolvit o universitate publică din România. Această decizie este unică în România și face parte din strategia de internaționalizare a Universității Transilvania din Brașov. Scopul este de a crește numărul de studenți internaționali în Brașov, de a stimula schimburile interculturale și de a continua relațiile tradiționale pe care România le are și le menține cu diverse țări din lume.

Potrivit aceluiași studiu (Ungureanu și Socha-Dietrich, OECD, 2019), în 2017, studenții născuți în afara României reprezentau 5,4% (25.022) din totalul populației studențești din învățământul superior românesc. Conform datelor Agenției Executive pentru Finanțarea Învățământului Superior, a Cercetării, Dezvoltării și Inovării (UEFISCDI), 6.890 dintre acești studenți internaționali proveneau din țări membre UE sau din Spațiul Economic European (SEE), în timp ce 18.132 proveneau din afara acestui spațiu. Dintre studenții UE/SEE, aproape o treime (31%) erau din Franța, urmați de Germania (18%) și Italia (12%).

Dintre toți studenții internaționali, 55% (3.789) dintre cei proveniți din UE/SEE și 26% (4.753) dintre cei din afara UE/SEE s-au înscris la programe de medicină. La nivel național nu sunt disponibile date privind naționalitățile exacte ale studenților din afara UE/SEE. Totuși, în rândul celor care studiază medicina, stomatologia și farmacia, cele mai numeroase naționalități sunt Israel, urmată de Republica Moldova și Tunisia. Aproximativ un sfert dintre studenții moldoveni sunt înscriși în campusuri universitare românești aflate pe teritoriul Republicii Moldova.

Date suplimentare de la Universitatea de Medicină și Farmacie din Cluj-Napoca, care găzduiește cel mai mare program în limba franceză din România, confirmă o prezență numeroasă a studenților francezi: 870 de studenți erau înscriși la medicină în anul universitar 2018/2019. La Universitatea de Medicină și Farmacie din Târgu Mureș, cel mai numeros grup de studenți internaționali provine din Germania, urmat de Italia și Suedia. La Universitatea din Craiova, cei mai numeroși studenți străini provin din Israel, urmați de Grecia. În ceea ce privește studenții suedezi care urmează cursuri de medicină în România, datele indică un număr semnificativ, dar în scădere: 325 în 2015/2016, 251 în 2016/2017 și 222 în 2017/2018 (Swedish Board of Student Finance, 2018).

Guvernul României oferă locuri subvenționate la medicină prin intermediul Ministerului Educației. Astfel, studenții admiși la aceste programe nu plătesc taxe de școlarizare. Concurența pentru aceste locuri subvenționate este deschisă atât cetățenilor români, cât și celor din UE și SEE. Totuși, există o barieră lingvistică: candidații trebuie să susțină un examen în limba română, care include biologie, chimie și/sau fizică. Pentru studenții înscriși la programele în limba engleză sau franceză – inclusiv cetățenii români – se percep taxe de școlarizare, care variază de la o universitate la alta și sunt stabilite anual.

De exemplu, pentru anul universitar 2023-2024, la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila" (UMFCD), taxele sunt următoarele (conform www.umfcd.ro):

– Pentru studii universitare, studenții români plătesc 3.000 de euro/an pentru Medicină și Stomatologie, 2.000 de euro/an pentru Farmacie și 1.600 de euro/an pentru Facultatea de Moașe și Asistență Medicală (FMAM).

– Pentru studenții internaționali din afara UE, taxa este de 8.000 de euro/an, indiferent dacă urmează programe în limba română, engleză sau franceză.

– Pentru cetățenii UE, taxa se calculează în echivalent lei la cursul de schimb pentru suma de 8.000 de euro/an.

Pentru studii postuniversitare, rezidenții internaționali plătesc 8.000 de euro pe an pentru pregătirea în rezidențiat. Se mai aplică o taxă de examinare a creditelor (50 euro), o taxă pentru reluarea statutului de student (100 euro) și o taxă de eliberare a unui duplicat al diplomei (100 euro). Studenții internaționali înscriși la programe în limba română ca parte a mobilității academice plătesc 5.000 de euro/an sau echivalentul în lei.

Programele medicale în limba engleză și franceză sunt deschise oricui, indiferent de naționalitate. Selecția se face pe baza rezultatelor obținute în liceu. Fiecare universitate organizează propriul proces de admitere și anunță numărul de locuri disponibile cu cel puțin șase luni înainte de perioada de înscriere. Dacă studentul nu este din UE sau SEE (precum Norvegia sau Islanda), este necesară și aprobarea Guvernului României pentru înscrierea oficială. Unele universități au adoptat măsuri pentru a ușura procesul de admitere al studenților internaționali. De exemplu, Universitatea din Târgu Mureș permite înscrierea înainte de absolvirea liceului, rezervând un loc până la obținerea rezultatelor finale. O parte din taxele de școlarizare plătite de studenții internaționali este redirecționată către burse: guvernul reține 5% din totalul taxelor colectate de la studenții străini pentru acordarea burselor. În plus, unele universități dispun de fonduri proprii pentru burse destinate exclusiv studenților internaționali.

Educația medicală în România durează șase ani, urmată de o perioadă de trei până la șapte ani de rezidențiat, în funcție de specializare. Toți studenții internaționali trebuie să stăpânească limba română până la sfârșitul anului doi, deoarece din anul trei încep stagii clinice care implică contact direct cu pacienții. Rezidențiatul se desfășoară exclusiv în limba română, iar candidații trebuie să prezinte dovezi privind competențele lingvistice. În perioada pregătirii postuniversitare, rezidenții sunt angajați în unități sanitare publice și participă la activități de formare organizate de universități, costurile fiind acoperite de Ministerul Sănătății.

Concursul de rezidențiat este deschis atât absolvenților români, cât și celor din UE/SEE. Absolvenții internaționali din afara UE/SEE pot participa și ei, cu condiția obținerii aprobării de la Ministerul Educației. Concurența este intensă, deoarece numărul de locuri disponibile este, de obicei, mai mic decât numărul de absolvenți – diferența fiind adesea de 10-15%. Totuși, în 2018, numărul posturilor scoase la concurs

a fost egal cu numărul de absolvenți. Rezidenții aflați deja în pregătire pot alege să participe din nou la concurs pentru a obține un punctaj mai bun și a accesa o altă specialitate. Absolvenții internaționali pot concura și ei pentru un număr limitat de locuri, pentru care se percep taxe universitare. Ministerul Sănătății stabilește anual numărul de posturi de rezidențiat și transmite aceste cifre Ministerului Educației, care le include în hotărârea de guvern. Important este faptul că Ministerul Sănătății nu utilizează mecanisme formale bazate pe dovezi pentru această planificare, ci se bazează adesea pe consultări informale cu universitățile de medicină.

Exodul absolvenților de medicină: Provocări și obstacole în păstrarea talentelor

Sectorul medical din România a fost puternic afectat de exodul masiv al medicilor care au ales să plece în Occident, lăsând spitalele goale și numeroase sate fără cabinete medicale. Din cauza lipsei de personal din sistem, mulți medici continuă să profeseze și după vârsta de pensionare (Stoleru, 2024). Acest fenomen se traduce printr-o catastrofă în domeniul sănătății publice: potrivit Eurostat (OCDE, 2019), România are una dintre cele mai mari rate de mortalitate evitabilă din Europa, iar o proporție semnificativă din populație declară că nu are acces la servicii medicale.

În 2021, România avea 26 de absolvenți de medicină la 100.000 de locuitori, depășind aproape orice țară din cadrul Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE). Conform datelor OCDE, între 2011 și 2019, numărul de locuri disponibile pentru studenții internaționali în universitățile de medicină din România a crescut cu 75%, în timp ce locurile pentru studenții români au crescut cu doar 17%. Această extindere aduce venituri suplimentare instituțiilor de învățământ, întrucât studenții străini plătesc taxe de școlarizare. În prezent, aproape o treime din toate programele de medicină sunt oferite în limba engleză sau franceză, iar până în 2020, România avea aproximativ 12.000 de studenți străini la medicină.

În fiecare an, trei sferturi dintre cei care finalizează rezidențiatul în România pleacă în alte țări, unde salariile sunt mai mari și condițiile de muncă mai bune. Mulți dintre studenții internaționali care studiază medicina în România își continuă cariera în Occident. Unii dintre aceștia ar prefera să rămână și să profeseze în România, dar se confruntă cu restricții legale. De exemplu, unii studenți străini află abia în anul patru de studiu că nu vor avea dreptul să practice medicina în România.

Potrivit Legii 95/2006, pot fi înscriși în Colegiul Medicilor din România cetățenii români, cetățenii unui stat membru al Uniunii Europene, ai Spațiului Economic European sau ai Confederației Elveției, precum și cei căsătoriți cu un cetățean român sau care dețin drept de ședere pe termen lung. Deși România are peste 10.000 de studenți străini din afara UE (conform The Economist, în 2020 – ultimul an pentru care au fost disponibile date oficiale – aproximativ 12.000 de studenți străini erau înscriși în programe de medicină, stomatologie sau farmacie), după absolvire, dacă nu sunt

cetățeni europeni, aceștia nu au dreptul de a profesa în România și trebuie să părăsească țara. În prezent, medicii din afara UE nu au dreptul de a profesa în România, decât dacă sunt căsătoriți cu un cetățean român, sunt cetățeni ai UE/SEE/Confederației Elvețiene sau au drept de ședere pe termen lung (cel puțin cinci ani consecutivi) în România sau în una dintre regiunile menționate.

Adriana Popa, asistent social și coordonatoare locală de proiect în cadrul Asociației pentru Filantropie, subliniază că mulți dintre beneficiarii programelor lor sunt studenți la medicină. „România este privită de ani de zile ca o țară de tranzit, ceea ce explică, poate, lipsa unei schimbări semnificative în gestionarea migrației. Mulți studenți străini vin aici știind că membri ai familiei sau prieteni lucrează deja în Franța, dar este neobișnuit să investești șase ani în facultate, plus încă trei sau patru pentru specializare, doar pentru ca expertiza dobândită să fie folosită în altă parte. Nu doar că pierdem medici români calificați care emigrează, dar pierdem și medici străini, formați aici, care ar dori să rămână." (Stoleru, 2024).

Coaliția pentru Drepturile Migranților și Refugiaților (www.cdmir.ro), din care face parte și Asociația pentru Filantropie, a încercat să aducă această problemă în atenția autorităților. CDMiR este o platformă de ONG-uri implicate în domeniul migrației, drepturilor omului și politicilor publice. La 26 octombrie 2017, Coaliția a cerut autorităților să modifice cadrul legal pentru a acorda dreptul de practică și altor două categorii de cetățeni străini aflați în România: medici beneficiari ai unei forme de protecție internațională (refugiați sau persoane cu protecție subsidiară) și cetățeni din afara UE care au absolvit studii medicale în România.

Problema a fost discutată în 2017, în cadrul unei mese rotunde la care au participat reprezentanți ai Guvernului României, ai Colegiului Medicilor, ai Inspectoratului General pentru Imigrări, precum și reprezentanți ai organizațiilor neguvernamentale și ai organismelor internaționale, precum Agenția ONU pentru Refugiați (UNHCR) și Organizația Internațională pentru Migrație (OIM), alături de specialiști din domeniul sănătății și mediul academic (https://cdmir.ro/2017/10/26/obtinerea-dreptului-de-practica-de-catre-medicii-straini/).

Dezbaterea s-a axat pe deficitul continuu de personal medical din România, cauzat de emigrarea medicilor și a absolvenților de medicină. „România se confruntă cu o criză severă de resurse umane în sistemul de sănătate, iar toate indiciile arată că situația se va agrava pe termen mediu și lung în absența unor măsuri sistemice", se arată în Nota de fundamentare care a însoțit aprobarea Strategiei Naționale de Sănătate 2014–2020 (Ministerul Sănătății, noiembrie 2014). Cauzele acestei crize sunt multiple: emigrarea personalului medical (estimativ 43.500 de profesioniști de la aderarea României la UE), un raport scăzut medic/pacienți (2,5 medici la 1.000 de locuitori), dezechilibre regionale privind distribuția personalului medical, numeroase posturi vacante în sistem care nu sunt atractive pentru medici ș.a.m.d. În consecință, calitatea serviciilor medicale a scăzut, iar întreaga regiuni, mai ales rurale, nu beneficiază de acoperire medicală adecvată.

România se situează la coada clasamentului țărilor UE în ceea ce privește numărul de medici cu drept de practică, deși are unul dintre cele mai ridicate numere de absolvenți de medicină din Europa. De asemenea, România rămâne în urma altor țări europene, precum Germania, Franța și Irlanda, care au adoptat politici de atragere a medicilor străini pentru a acoperi nevoile de personal din spitale și alte unități medicale. Coaliția pentru Drepturile Migranților și Refugiaților, alături de Asociația pentru Filantropie, a încercat în trecut să atragă atenția autorităților asupra acestei situații. În 2017, au participat la o masă rotundă împreună cu reprezentanți ai Guvernului, Colegiului Medicilor, Inspectoratului General pentru Imigrări, Agenției ONU pentru Refugiați, OIM și alți specialiști din ONG-uri, sănătate și mediul academic. S-a remarcat că, de la aderarea la UE, 43.500 de medici au părăsit România, lăsând în urmă o medie de doar 2,5 medici la 1.000 de locuitori. Dezechilibrele regionale în distribuția personalului medical sunt accentuate, iar multe zone – în special rurale – nu beneficiază de acoperire medicală. „Nimic nu s-a rezolvat. Tot mai mulți oameni pleacă, și cred că trebuie să învățăm ceva din această lecție", a declarat Adriana Popa din partea sectorului ONG (Stoleru, 2024).

Discuții și implicații

Deși România are una dintre cele mai ridicate rate de absolvenți de medicină pe cap de locuitor din Europa, continuă să se confrunte cu un deficit sever și persistent de medici în cadrul sistemului național de sănătate. Acest paradox nu își are originea într-o producție educațională insuficientă, ci în disfuncționalități sistemice de-a lungul întregului parcurs care transformă studenții la medicină în medici practicieni. Un factor major care contribuie la această situație este rata ridicată a emigrației profesionale, care a lăsat spitalele fără suficient personal și multe zone rurale fără servicii medicale de bază. Așa cum arată datele, aproximativ 20% dintre absolvenții de medicină nu sunt înscriși anual în programele de rezidențiat, fie pentru că nu au promovat examenul național, fie pentru că nu s-au înscris, fie pentru că intenționează să se specializeze în străinătate. Mă refer la acest grup ca fiind „cei lăsați în urmă" — o cohortă vulnerabilă și insuficient valorificată, care reprezintă totodată o sursă importantă de emigrație potențială.

Numărul tot mai mare de Certificate de Conformitate („Certificates of Good Standing") eliberate anual de Colegiul Medicilor din România — o condiție necesară pentru a profesa în străinătate — evidențiază intenția puternică și continuă, atât a absolvenților români, cât și a celor internaționali, de a părăsi țara. Deși nu toți ajung, în cele din urmă, să emigreze, certificatul rămâne cel mai fiabil indicator al mobilității externe, mai ales în lipsa unor statistici centralizate privind emigrarea oferite de Ministerul Sănătății. Aceste cifre confirmă că România nu pierde doar medici proprii instruiți în țară, ci și numeroși absolvenți străini educați în universitățile românești, în special studenți din afara UE care, din punct de vedere legal, nu pot rămâne și profesa

decât dacă îndeplinesc criterii stricte, precum căsătoria cu un cetățean român sau obținerea rezidenței pe termen lung.

Această barieră legală creează un sistem ineficient și nedrept: România formează anual mii de medici, inclusiv mulți studenți internaționali care plătesc integral taxele de școlarizare, doar pentru a vedea cum ambele grupuri — români și străini — părăsesc țara în căutarea unor oportunități mai bune sau din cauza constrângerilor legale. Cadrul legislativ actual (Legea nr. 95/2006) exclude majoritatea absolvenților din afara UE de la dreptul de a practica în România, subminând astfel potențiale strategii de acoperire a deficitului de personal prin utilizarea cadrelor medicale formate local. Deși organizații ale societății civile, precum CDMiR, au semnalat această problemă în mod repetat autorităților și organismelor internaționale încă din 2017, nicio reformă structurală nu a fost implementată pentru a corecta aceste deficiențe legislative și de politică publică.

Consecințele generale sunt profund îngrijorătoare. România se confruntă cu una dintre cele mai ridicate rate de mortalitate evitabilă din Europa și cu unul dintre cele mai scăzute rapoarte medici/populație (2,5 medici la 1.000 de locuitori), în ciuda unei creșteri constante a numărului de medici licențiați. Aceste cifre indică faptul că problema nu este una de număr absolut, ci de distribuție, retenție și ineficiențe sistemice. Regiuni întregi rămân lipsite de servicii, în timp ce medici în vârstă sunt nevoiți să rămână în activitate mult peste vârsta de pensionare. Situația echivalează cu o criză de sănătate publică — agravată de incapacitatea statului de a păstra personalul medical calificat și de a oferi politici incluzive, orientate spre viitor, privind migrația și forța de muncă din sănătate.

România are prin urmare nevoie să-și regândească urgent abordarea în ceea ce privește planificarea sistemului sanitar și gestionarea migrației. Politicile de retenție trebuie să meargă dincolo de creșterea salariilor și să includă trasee flexibile de rezidențiat, condiții de muncă îmbunătățite și o legislație incluzivă care să permită absolvenților din afara UE, care au studiat în România, să rămână și să practice. În același timp, țara ar putea învăța din modelele adoptate de statele membre ale UE din vest care reușesc să integreze medici formați în străinătate pentru a răspunde nevoilor de personal. Fără astfel de reforme sistemice, modelul actual va continua: producție educațională ridicată în domeniul medical, dar spitale cronic subdimensionate, îngrijire medicală inaccesibilă în zonele rurale și emigrarea continuă a medicilor români și străini formați în România.

V. IPOTEZE ȘI METODOLOGII

Premisă de cercetare și ipoteză

Ipoteza de bază a acestei cercetări este că sistemul de rezidențiat din România nu este perceput ca fiind atractiv de către absolvenții de medicină, din cauza caracterului său extrem de competitiv și restrictiv în ceea ce privește admiterea. După finalizarea celor șase ani de facultate de medicină, absolvenții sunt obligați să susțină un examen scris de patru ore la medicină. Scorul general obținut determină atât clasamentul, cât și eligibilitatea pentru alegerea unei specializări dintr-o listă emisă de Ministerul Sănătății în anul respectiv. Acest sistem meritocratic, dar rigid, poate reduce semnificativ șansele unui absolvent de a obține specializarea dorită, ceea ce îi determină pe absolvenți să caute oportunități în străinătate, în special în țări precum Germania și Suedia, unde procesul de intrare în rezidențiat este substanțial diferit.

Pentru a evalua această ipoteză și a o testa în raport cu tendințele europene mai largi, am conceput un studiu comparativ al sistemelor de rezidențiat medical din 32 de țări, incluzând toate statele membre ale Uniunii Europene (27 de țări), Regatul Unit și țările AELS. Scopul acestui studiu este de a identifica factorii-cheie din sistemele de rezidențiat din aceste țări care influențează deciziile de migrație ale absolvenților de medicină români.

Analiză comparativă: criterii pentru examinare

Această secțiune explorează modul în care diverse caracteristici ale sistemelor de rezidențiat medical din țările europene pot influența opțiunile de migrație ale absolvenților de medicină. Fiecare element al sistemului poate funcționa fie ca factor de respingere (push factor), încurajând plecarea absolvenților dintr-o țară, fie ca factor de atracție (pull factor), atrăgându-i către o altă țară, în funcție de modul în care influențează dezvoltarea profesională, stabilitatea și bunăstarea acestora.

Reglementările privind rezidențiatul

Analiza comparativă a examinat reglementările relevante privind rezidențiatul medical în țările europene. Deși selecția surselor de date este discutată mai târziu în acest capitol, explic mai întâi ce tip de informații am căutat. Au existat mai multe

aspecte critice ale sistemelor de rezidențiat din țările selectate, pe care le-am considerat relevante, pe baza capacității lor de a deveni factori de respingere/atracție sau de a acționa ca obstacole în calea migrației studenților/rezidenților în medicină. Analiza următoare arată cum reglementări și structuri specifice acționează în această dinamică.

Unul dintre primele aspecte avute în vedere este perioada de pregătire pre-rezidențiat, care se referă la orice perioadă obligatorie de muncă clinică sau stagiu supravegheat necesară între absolvire și intrarea în rezidențiat. În sistemele în care această perioadă este prelungită sau slab structurată, poate întârzia accesul la specializare completă și duce la incertitudine sau dificultăți financiare. Astfel, o fază pre-rezidențiat lungă devine un factor clar de respingere. Prin contrast, țările în care rezidențiatul poate începe imediat după absolvire oferă o tranziție mai lină și eficientă către formarea profesională, constituind un factor de atracție atât pentru absolvenții locali, cât și pentru cei internaționali.

Examenul de admitere în rezidențiat este un alt punct critic. Acolo unde acest examen există și este perceput ca fiind extrem de dificil, foarte competitiv sau lipsit de transparență – în special atunci când include componente orale sau practice – candidații străini se pot simți dezavantajați. Acest lucru face ca examenul să devină un factor de respingere în țările cu procese de selecție complexe sau opace. Pe de altă parte, în țările în care procesul de admitere este mai accesibil, cum ar fi cele fără un examen formal sau unde interviurile și performanțele academice au un rol mai mare, sistemul este perceput ca fiind deschis și echitabil. Aceste condiții servesc ca factori de atracție, reducând povara administrativă și emoțională a intrării în formarea de specialitate.

Momentul luării deciziei privind specializarea – adică punctul în care un rezident își alege specialitatea medicală – poate influența de asemenea deciziile de migrație. În sistemele în care decizia se ia doar după intrarea într-un rezidențiat general sau după o perioadă de probă, absolvenții pot simți lipsa unei direcții clare sau pot avea temerea că vor fi repartizați într-o specializare nedorită, mai ales dacă procesul nu este transparent. Această incertitudine poate funcționa ca un factor de respingere. Prin contrast, sistemele care permit absolvenților să-și aleagă specializarea înainte de a intra în rezidențiat, pe baza preferințelor și rezultatelor proprii, oferă mai multă claritate și autonomie. Această predictibilitate le face mai atractive, funcționând astfel ca factori de atracție.

O altă considerație importantă este durata programului de rezidențiat. Țările cu perioade mai lungi de formare pot descuraja candidații care doresc să obțină calificarea și să înceapă practica independentă cât mai curând. Prin urmare, perioadele extinse de rezidențiat, mai ales când nu sunt clar justificate prin calitatea instruirii, pot deveni un factor de respingere. În schimb, sistemele care oferă durate mai scurte sau mai standardizate ale rezidențiatului, fără a compromite competența profesională, pot

atrage candidați care caută o cale mai rapidă către specializare, acționând ca factori de atracție.

Cererea de schimbare obligatorie a spitalelor în timpul specializării influențează de asemenea percepția. Când rotațiile implică relocări geografice frecvente sau lipsă de coordonare, ele pot genera dificultăți personale și logistice, în special pentru rezidenții străini. Astfel de sarcini pot deveni factori de respingere. Pe de altă parte, rotațiile structurate și bine integrate care oferă expunere clinică variată menținând stabilitatea geografică sunt caracteristici atractive și funcționează ca factori de atracție.

În ceea ce privește instituțiile de formare, faptul că rezidențiatul trebuie desfășurat exclusiv în spitale universitare sau poate avea loc și în spitale non-universitare influențează percepția asupra calității și accesibilității. Dacă accesul este limitat doar la spitalele universitare, acest lucru poate restricționa oportunitățile și descuraja candidații – în special pe cei străini, care nu sunt familiarizați cu rețelele naționale – devenind un factor de respingere. Sistemele care permit flexibilitatea între spitale universitare și non-universitare oferă opțiuni de formare mai largi și mai multe locuri, ceea ce sporește accesibilitatea și funcționează ca un factor de atracție.

Un alt aspect relevant este prezența formării în ambulatoriu ca parte a curriculei de rezidențiat. În sistemele în care experiența în ambulatoriu este limitată sau opțională, absolvenții se pot simți nepregătiți pentru practica independentă în astfel de medii, ceea ce constituie un factor de respingere. În schimb, sistemele care impun sau încurajează puternic rotațiile în ambulatorii – mai ales în medii structurate precum policlinici spitalicești sau centre de sănătate comunitare – oferă o formare clinică mai completă și sunt mai atractive, devenind factori de atracție.

În mod similar, disponibilitatea formării în cabinete private poate influența deciziile de migrație. În țările unde această componentă lipsește, rezidenții pot rata oportunitatea de a se familiariza cu sectorul privat de sănătate, ceea ce limitează înțelegerea peisajului profesional complet. Această lipsă poate acționa ca un factor de respingere pentru cei interesați de cariere în practici private sau mixte. Țările care oferă oportunități de formare în cabinete private oferă o experiență de învățare mai diversificată și sunt adesea atractive pentru rezidenții cu obiective antreprenoriale, devenind astfel un factor de atracție.

Cerințele privind nivelul de competență lingvistică (A1, A2, B1, B2, C1, C2) sunt deosebit de importante pentru mobilitatea internațională. Cerințele ridicate (precum C1 sau C2) pot reprezenta un obstacol semnificativ pentru absolvenții străini de medicină, mai ales în lipsa unor programe accesibile de sprijin lingvistic, și devin adesea un factor de respingere. În schimb, țările care acceptă niveluri mai scăzute de competență (cum ar fi B1 sau B2), în special atunci când sunt combinate cu programe de integrare sau cursuri de limbi străine, tind să fie mai accesibile și mai primitoare, constituind factori de atracție pentru candidații internaționali.

Evaluare și examinare în timpul rezidențiatului

Alte criterii au vizat sistemele de evaluare a rezidenților în timpul formării: Structura și dificultatea examenului final de la sfârșitul rezidențiatului influențează de asemenea atractivitatea sistemului de formare. Acolo unde examenele finale sunt percepute ca fiind extrem de dificile, neclare sau fără legătură cu practica clinică de zi cu zi, ele pot descuraja rezidenții și acționa ca factori de respingere. În schimb, evaluările transparente, bazate pe competențe și aliniate la standarde internaționale sunt adesea considerate corecte și liniștitoare, devenind factori de atracție.

Condiții economice și de muncă

Analiza a inclus și un accent pe condițiile economice și de muncă ale rezidenților: Nivelul salariului rezidentului, atât la începutul formării, cât și în etapele finale, este un determinant puternic al atractivității unui sistem medical. Țările care oferă salarii de început scăzute, în special în combinație cu un cost ridicat al vieții, pot fi percepute ca subevaluând contribuția rezidenților. Această presiune financiară devine adesea un factor de respingere, mai ales pentru absolvenții cu datorii, care locuiesc în centre urbane sau au responsabilități familiale. Pe de altă parte, sistemele care oferă salarii competitive, creșteri progresive pe parcursul anilor de rezidențiat și perspective financiare predictibile prezintă un factor clar de atracție. Astfel de sisteme sunt adesea interpretate ca recompensând efortul și competența, oferind siguranță și motivație pentru a rămâne în sistemul de formare.

Strâns legate de condițiile financiare sunt orele de muncă și politicile de compensare. În sistemele în care rezidenții lucrează săptămâni lungi – uneori depășind 48 sau chiar 60 de ore – combinate cu ore suplimentare nereglementate sau ture neplătite, probabilitatea de nemulțumire și epuizare crește semnificativ. Când aceste programe solicitante nu sunt însoțite de o compensație adecvată sau de timp de odihnă, ele acționează ca factori puternici de respingere. În schimb, țările care impun ore de lucru reglementate, asigură plata pentru orele suplimentare și oferă beneficii suplimentare pentru ture de noapte, activitate în locații izolate sau specializări de intensitate ridicată sunt percepute ca protejând bunăstarea rezidenților. Aceste condiții favorabile de muncă funcționează ca factori de atracție, mai ales pentru cei care caută un echilibru între dezvoltarea profesională și viața personală și sănătatea mintală.

Indicatori ai sistemului de sănătate

Pentru a contextualiza sistemele de rezidențiat în cadrul unor infrastructuri sanitare mai largi, analiza a integrat și o serie de indicatori ai sistemului de sănătate:

Regimul de protecție socială în care funcționează un sistem de sănătate joacă, de asemenea, un rol esențial de fundal în deciziile de migrație. Regimurile de protecție

socială reflectă angajamentul statului față de sprijinul social, redistribuirea veniturilor și investițiile în serviciile publice, inclusiv în sănătate. Regimurile post-comuniste, de exemplu, se confruntă adesea cu infrastructuri sanitare subfinanțate, ineficiențe birocratice și salarii mai mici, care acționează colectiv ca factori de respingere. Prin contrast, regimurile nordice de protecție socială, care pun accent pe asistența medicală universală, investesc în serviciile publice de sănătate și oferă protecții sociale generoase, sunt frecvent menționate ca factori de atracție. Modelele conservatoare și mediteraneene prezintă o mai mare variație internă, însă în cazurile în care rezidenții se confruntă cu sprijin instituțional limitat sau beneficii sociale reduse, efectul poate acționa în mod similar ca factor de descurajare.

O altă variabilă sistemică este densitatea medicilor, exprimată de obicei ca număr de locuitori per medic practicant sau per medic de familie. O densitate scăzută a medicilor indică adesea un sistem de sănătate aflat sub presiune, cu sarcini de muncă ridicate și capacitate redusă de supraveghere, ceea ce poate compromite calitatea formării. Aceste condiții pot acționa ca factor de respingere, în special atunci când contribuie la epuizarea profesională sau la mentorat insuficient în timpul rezidențiatului. Totuși, în anumite contexte, un raport scăzut medic-pacient poate semnala o cerere mai mare de profesioniști în domeniul medical, oferind mai multe oportunități și o progresie profesională mai rapidă – funcționând astfel, pentru unii, ca factor de atracție. Pe de altă parte, o densitate ridicată a medicilor poate sugera un sistem bine deservit, cu suport profesional adecvat, ceea ce contribuie în general la un mediu de formare pozitiv și funcționează ca un factor de atracție, în special pentru cei care caută contexte de învățare colaborativă.

În cele din urmă, capacitatea spitalicească, măsurată ca număr de paturi la 1.000 de locuitori, oferă un indicator indirect al dimensiunii și intensității infrastructurii spitalicești a unei țări. O capacitate spitalicească scăzută poate reflecta tensiuni sistemice, facilități suprasolicitate sau acces limitat la cazuri clinice, afectând astfel negativ experiența de formare a rezidentului. Astfel de medii funcționează adesea ca factori de respingere, din cauza oportunităților reduse de învățare și a standardelor scăzute ale îngrijirii. În schimb, o capacitate spitalicească ridicată corelează, de obicei, cu facilități mai bine echipate, expunere clinică mai diversificată și un standard general mai înalt al îngrijirii pacienților, ceea ce susține o formare în rezidențiat solidă și bine echilibrată. Acest lucru funcționează ca un factor de atracție pentru absolvenții care caută un mediu educațional de calitate și o infrastructură sanitară fiabilă.

În concluzie, fiecare componentă a unui sistem de rezidențiat medical – de la criteriile de admitere, la nivelul salarial și infrastructura sanitară – poate influența semnificativ decizia absolvenților de medicină de a rămâne în țara de origine sau de a căuta specializare în străinătate. Prin înțelegerea modului în care aceste elemente acționează ca factori de respingere sau de atracție, factorii de decizie și instituțiile academice pot ajusta mai bine propriile sisteme pentru a reține talentele și a rămâne competitivi în contextul european mai larg.

Intențiile de migrație ale studenților români la medicină

În final, studiul a luat în considerare și tendințele de migrație în rândul absolvenților români de medicină. Mai precis, s-au analizat date dintr-un studiu realizat în 2016 de Bogdan Voicu și Irina Boncea, care a examinat intențiile de migrație ale studenților români la medicină. Aceste date au oferit perspective valoroase asupra țărilor considerate cele mai atractive de către absolvenții români la acel moment, sprijinind astfel analiza comparativă.

Prin structurarea analizei de-a lungul acestor dimensiuni, studiul își propune să ofere o viziune cuprinzătoare asupra sistemelor de rezidențiat din Europa și a rolului lor în influențarea deciziilor de migrație în rândul absolvenților români de medicină. Această metodologie permite o evaluare bazată pe dovezi a modului în care constrângerile sistemului românesc contribuie la exodul semnificativ de profesioniști în domeniul medical și cum modelele alternative din alte țări pot oferi trasee mai atractive pentru absolvenții care caută oportunități profesionale în străinătate.

Procesul de colectare a datelor

Pentru a colecta datele necesare în vederea analizării sistemelor de rezidențiat medical din cele 32 de țări europene, am utilizat o abordare în mai multe etape. Aceasta a presupus atât contactarea directă a autorităților medicale relevante, cât și o cercetare online extinsă, pentru a asigura validitatea și acuratețea informațiilor obținute pentru fiecare criteriu analizat.

Contact direct cu autoritățile medicale naționale

Prima etapă a colectării datelor a implicat contactarea autorităților medicale oficiale și a organismelor de reglementare din fiecare țară. Acestea au inclus organizații precum colegiile naționale ale medicilor, ministerele sănătății și alte instituții relevante responsabile de supravegherea formării medicale și a programelor de rezidențiat. Pentru a facilita acest proces, am efectuat căutări online pentru a identifica persoanele de contact și adresele de email corespunzătoare acestor instituții.

Am compus un email formal în care am prezentat teza mea de doctorat și am explicat scopul cercetării, solicitând date oficiale sau îndrumări privind sursele din care aș putea obține informațiile necesare. Răspunsurile au variat de la o țară la alta:

- Răspunsuri complete: Unele instituții au oferit răspunsuri detaliate și cuprinzătoare la întrebările mele, furnizând date oficiale valoroase.
- Îndrumare către resurse: Mai mulți respondenți m-au direcționat către site-uri oficiale sau alte surse unde puteam găsi mai multe informații.

- Lipsa răspunsului: În unele cazuri, autoritățile nu au răspuns la solicitările mele sau au menționat că nu pot oferi sprijin din cauza lipsei de timp sau a altor motive.

O listă a persoanelor și instituțiilor care au oferit sprijin va fi inclusă în secțiunea *Mulțumiri* a capitolului *Migrația absolvenților români de medicină către țările UE – Reglementările ca factor de atracție*, recunoscând contribuția acestora la această cercetare.

Cercetare online

În paralel cu contactarea directă a instituțiilor, am desfășurat o amplă cercetare online pentru a suplimenta și verifica informațiile furnizate de autorități. M-am bazat pe o serie de surse de încredere, atât internaționale, cât și specifice fiecărei țări, pentru a colecta datele necesare. Printre sursele principale utilizate în această etapă se numără:

- Eurostat: pentru indicatori demografici și ai sistemului de sănătate, precum numărul de medici de familie la 100.000 de locuitori și raportul populație-medic.
- Site-ul European Junior Doctors (EJD): o resursă esențială pentru informații despre sistemele de rezidențiat și mobilitatea medicilor rezidenți în Europa.
- Futuredoctor.ai: o platformă digitală destinată sprijinirii profesioniștilor actuali și viitori din domeniul medical, prin integrarea inteligenței artificiale în educația medicală, pregătirea pentru examene și dezvoltarea profesională.
- Medical Mobility și Worldsalaries.com: ambele platforme au oferit perspective asupra salariilor, programelor de lucru și altor aspecte economice ale programelor de rezidențiat în diferite țări.
- OCDE (Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică): pentru date privind infrastructura sanitară, inclusiv numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori.
- Site-ul Standyou: a furnizat informații suplimentare despre programele de rezidențiat, cerințele de admitere și structura formării în diverse țări.
- Studymedicineeurope.com: o platformă de consultanță educațională care asistă studenții în obținerea de diplome medicale, stomatologice sau veterinare în limba engleză, la universități acreditate din Europa. Oferă sprijin complet pe parcursul procesului de admitere, inclusiv pregătire pentru examene și relocare.
- Worldometers.com: un site de referință care oferă statistici în timp real pe o gamă largă de subiecte globale. Platforma agregă date din surse naționale și internaționale de încredere, inclusiv Organizația Națiunilor Unite, Banca Mondială și Organizația pentru Alimentație și Agricultură.
- Worldsalaries.com: o bază de date gratuită cu salarii medii internaționale, actualizată zilnic.

- Site-uri oficiale ale instituțiilor sanitare: am consultat diverse site-uri oficiale ale instituțiilor sanitare din fiecare țară pentru a verifica datele privind cerințele de rezidențiat, condițiile de formare și practicile de reglementare.

Prin această combinație de comunicare directă și cercetare online riguroasă, am reușit să colectez datele necesare pentru a realiza o analiză comparativă detaliată a sistemelor de rezidențiat medical din Europa. Această abordare bazată pe surse multiple a asigurat un set de date cuprinzător și de încredere, permițând o evaluare solidă și obiectivă a factorilor care influențează migrația absolvenților români de medicină.

Această metodologie nu doar că a îmbunătățit acuratețea datelor, ci a evidențiat și dificultățile de obținere a unor informații uniforme între țări diferite, reflectând complexitatea sistemelor de educație medicală din Europa.

Metode de analiză

Pornind de la datele colectate conform metodologiei prezentate anterior și analizate pe baza criteriilor detaliate în secțiunile precedente, fiecare țară europeană a fost abordată ca un sistem distinct de rezidențiat. Ulterior, aceste țări au fost comparate sistematic în funcție de performanțele lor în raport cu dimensiunile selectate. Analiza a inclus atât elemente calitative, cât și cantitative, permițând identificarea unor tipare recurente, dar și a excepțiilor semnificative.

În primul rând, fiecare sistem național de rezidențiat a fost evaluat în funcție de o serie de dimensiuni-cheie identificate anterior:

- structura și dificultatea examenului de admitere,
- existența și durata pregătirii pre-rezidențiat,
- momentul alegerii specializării,
- durata programului de rezidențiat,
- rotațiile obligatorii și distribuția geografică,
- tipul instituțiilor de formare (spitale universitare vs. non-universitare),
- prezența formării în ambulatoriu și în cabinete private,
- cerințele lingvistice pentru candidații internaționali,
- metodele de evaluare în timpul rezidențiatului,
- condițiile economice (salarii, ore de lucru, compensații),
- indicatori ai sistemului de sănătate (densitatea medicilor, capacitatea spitalelor, regimul de protecție socială).

Pentru fiecare criteriu, am analizat dacă elementul respectiv funcționează predominant ca un factor de atracție (pull factor) sau ca un factor de respingere (push factor) în raport cu opțiunile de migrație ale tinerilor medici români. Această evaluare

a fost realizată prin codificarea și interpretarea datelor colectate, atât din surse oficiale, cât și din platforme specializate și publicații internaționale.

În al doilea rând, am utilizat o grilă de analiză care a permis compararea sistematică a celor 32 de țări analizate. Această grilă a fost construită astfel încât să evidențieze atât convergențele, cât și diferențele majore între modele naționale, oferind o imagine de ansamblu coerentă asupra peisajului european în domeniul formării medicale postuniversitare.

În urma acestui proces, țările au fost clasificate în categorii largi (de exemplu: restrictive, moderat accesibile, foarte accesibile), în funcție de reglementările documentate și de potențialul lor de a acționa ca factori de atracție sau respingere.

Pentru a asigura consistența internă și a facilita comparația între țări, am elaborat un cadru de codificare care atribuie evaluări calitative fiecărui factor. De exemplu:

•Examen de admitere: Examen dificil / Examen moderat / Admitere deregulată
•Program de lucru: Excesiv / Reglementat / Foarte reglementat
•Cerințe lingvistice: Bariere ridicate (C1–C2) / Bariere moderate (B1–B2)

Sistemul de rezidențiat al fiecărei țări a fost apoi cartografiat conform acestei matrici de factori. Prezența relativă a factorilor de respingere și atracție în cadrul fiecărui sistem a permis formularea unui profil multidimensional al atractivității pentru absolvenții români de medicină. Este important de menționat că nu s-a realizat un clasament liniar, ci o reprezentare complexă, care recunoaște faptul că diferiți factori au o greutate diferită în funcție de prioritățile personale și profesionale ale fiecărui absolvent.

Pentru a consolida această analiză, am utilizat și tehnici de analiză pe clustere, grupând țările cu profiluri similare. Aceste clustere au facilitat identificarea unor tipare regionale, cum ar fi:

- Modelul nordic – țările scandinave formând un grup distinct cu acces facil și sisteme de protecție socială puternice;
- Țările mediteraneene – model familist – tendință spre acces moderat, dar cu condiții de muncă variabile;
- Țările post-comuniste – prezentând în general mai multe bariere de acces.

De asemenea, am corelat aceste profiluri ale sistemelor de rezidențiat cu datele existente privind intențiile de migrație și fluxurile reale de emigrație ale absolvenților români de medicină (inclusiv studiul realizat de Voicu & Boncea în 2016 și actualizările disponibile). Această triangulare a permis evaluarea măsurii în care relația ipotetizată dintre caracteristicile sistemelor și deciziile de migrație este susținută de tendințele empirice.

În plus, au fost dezvoltate studii de caz aprofundate pentru principalele țări de destinație (Germania, Regatul Unit, Franța și Suedia), precum și pentru România. Aceste studii de caz ilustrează modul în care anumite caracteristici ale sistemului de rezidențiat influențează, în practică, deciziile de migrație. Ele îmbină analiza bazată

pe criterii structurate cu perspective calitative extrase din interviuri, literatură secundară și rapoarte oficiale.

Limitările analizei

În ciuda eforturilor depuse pentru a asigura acuratețea și comparabilitatea datelor, trebuie menționate câteva limitări:

- Lipsa unor date complete: Nu toate autoritățile naționale au oferit informații detaliate, iar sursele secundare au variat în ceea ce privește fiabilitatea și actualitatea.
- Variabilitate internă a reglementărilor: În unele sisteme descentralizate (ex. Elveția), există diferențe regionale în ceea ce privește condițiile de rezidențiat, care pot să nu fie complet reflectate la nivel național.
- Subiectivitate în codificare: Deși criteriile au fost operaționalizate cu atenție, atribuirea calificativelor calitative a implicat inevitabil un anumit grad de judecată subiectivă.
- Dinamica reglementărilor: Sistemele de rezidențiat nu sunt statice; reformele în curs (ex. modificări ale examenelor de admitere sau ale grilelor salariale) pot modifica atractivitatea anumitor țări în viitorul apropiat.

În pofida acestor limitări, metodologia aplicată oferă un cadru solid și cuprinzător pentru înțelegerea modului în care sistemele de rezidențiat din Europa influențează opțiunile de migrație ale absolvenților români de medicină și oferă perspective valoroase pentru factorii de decizie care doresc să îmbunătățească retenția forței de muncă în sistemul național de sănătate.

VI. SISTEMELE DE REZIDENȚIAT MEDICAL ÎN EUROPA

În secțiunea următoare, prezint o analiză succintă a sistemelor de rezidențiat medical din fiecare dintre cele 32 de țări europene examinate în cadrul acestui studiu. Aceste analize sunt organizate în ordine alfabetică, oferind perspective esențiale asupra proceselor de admitere în rezidențiat, cerințelor de formare și oricăror caracteristici specifice fiecărei țări. Ultima parte a acestui capitol sintetizează datele exhaustive în rezumate concise, pentru a oferi o înțelegere mai clară a modului în care funcționează sistemul fiecărei țări în comparație cu cel din România.

Pentru a încadra mai bine sistemul de rezidențiat în cadrul mai larg al organizării societale, fac frecvent referire la regimul de protecție socială din țara respectivă. În acest sens, urmez tipologia lui Esping-Andersen (1990), cu revizuirile ulterioare care identifică zece tipuri ideale de protecție socială (Aspalter, 2023), adaptate la schimbările aduse de postmodernitate (Voicu, 2019). Opțiunea metodologică a fost de a distinge între cele cinci regimuri principale de protecție socială (Esping-Andersen, 1990; Aspalter, 2023; Voicu, 2019), care pot fi observate în Europa: nordic (social-democrat), continental (conservator), liberal, mediteranean (familist) și post-comunist. Aceste regimuri influențează modul de gândire la nivel societal, acționând ca cadre instituționale ce oferă fundalul în care se dezvoltă tipul de rezidențiat.

Descrieri pentru fiecare țară

Austria

În 2021, Austria avea 148,25 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 6,9 (OECD). În cadrul unui regim de protecție socială de tip conservator (Lambert et al., 2020), absolvenții facultăților de medicină urmează un an (9 luni) de **Basisausbildung** (formare de bază), după care își aleg specializarea și intră în rezidențiat, care durează între 4 și 6 ani, în funcție de specialitate.

Pe durata rezidențiatului nu este obligatorie schimbarea spitalului, dar aceasta este permisă; de asemenea, este posibilă schimbarea specializării sau urmarea mai multor specializări. Sistemul de rezidențiat din Austria nu presupune un examen național de admitere. Formarea se desfășoară atât în spitale universitare, cât și în

spitale non-universitare, cu rotații obligatorii. Nivelul de limbă germană necesar pentru exercitarea profesiei este B2.

Austria respectă reglementările UE privind maximum 48 de ore de lucru pe săptămână, cu prezență mai ales sub formă de gardă, însă sunt posibile ture de noapte și ore suplimentare (plătite suplimentar). Există însă o tendință generală de valorizare a timpului personal și de evitarea suprasolicitării. Compensarea financiară variază între 70.000 și 90.000 EUR brut anual pentru rezidenți, iar pentru specialiști între 100.000 și 200.000 EUR anual.

Belgia

În 2021, Belgia avea 120,42 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 5,5 (OECD). Într-un regim de protecție socială de tip conservator, Belgia are un program complex de formare medicală.

Absolvenții trebuie să promoveze un examen național de selecție pentru a accede la programele de rezidențiat. Examenul are loc o dată pe an, este considerat de dificultate moderată, iar alegerea specializării se face imediat după publicarea rezultatelor. Durata rezidențiatului variază între 2 ani (geriatrie) și 6 ani. Schimbarea spitalului în timpul rezidențiatului este posibilă, dar nu obligatorie.

Este obligatorie efectuarea unei părți din formare într-un spital universitar, însă nu este permisă finalizarea întregului rezidențiat în spitale non-universitare. Programele de formare în ambulatoriu și în cabinete private nu sunt disponibile. Nivelul de limbă cerut este B2, în olandeză, franceză sau germană, în funcție de regiune.

Recunoașterea calificărilor profesionale este facilitată prin Directiva UE 2005/36/CE. Belgia nu are un examen național standardizat de licențiere medicală; medicii internaționali trebuie să se înregistreze la Ordinul Medicilor după recunoașterea diplomelor de către Ministerul Sănătății și promovarea examenelor lingvistice necesare. Procesul de aplicare pentru poziția de rezident durează aproximativ 3 luni. Există un examen final.

Salariul de început al unui rezident este de 55.557 EUR, dar poate varia între 38.557 și 69.280 EUR. În ultimul an de rezidențiat, salariul poate ajunge la 70.000 EUR. Profesia este reglementată atât de guvern, cât și de Ordinul Medicilor – Orde der Artsen / Ordre des Médecins –, cu secțiuni lingvistice separate pentru Flandra și Valonia, coordonate de Raad National / Conseil National.

Bulgaria

În 2021, Bulgaria avea 59,67 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 6,5 (OECD). Într-un regim

de protecție socială de tip post-comunist, nu există un interval de timp între absolvire și începerea rezidențiatului, iar alegerea specializării se face la momentul absolvirii.

Durata rezidențiatului este cuprinsă între 3 și 6 ani. Rotația între spitale este obligatorie. O parte din formare trebuie realizată într-un spital universitar, însă întregul rezidențiat nu poate fi efectuat exclusiv în spitale non-universitare. Formarea în ambulatoriu și în cabinete private este posibilă. Cerințele lingvistice pentru absolvenții străini prevăd nivelul B2 în limba bulgară.

Recunoașterea calificărilor profesionale este reglementată prin Directiva 2005/36/CE. Bulgaria aplică un model de examen național, constând într-un test scris de patru ore, în care candidații dezvoltă două subiecte dintr-o listă prestabilită. Sistemul este mai puțin competitiv comparativ cu cel românesc. Nu este menționată durata procesării cererii pentru aplicanții la rezidențiat.

Există un examen final numit *Examenul de Stat de Specialitate.* Salariul de început pentru un rezident este de aproximativ 20.000 EUR, iar în ultimul an poate ajunge la 30.000 EUR.

Cehia

În 2021, Cehia avea 71,82 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 6,7 (OECD). În cadrul unui regim de protecție socială post-comunist, există o perioadă de 6 luni între absolvire și intrarea în rezidențiat. Candidații trebuie să aplice pentru specializare prin concursuri publice organizate de diferite instituții de sănătate publică din Republica Cehă. Selecția constă în două examene scrise și unul oral, toate susținute exclusiv în limba cehă. Alegerea specializării are loc după absolvire sau după examenul de rezidențiat.

Durata rezidențiatului variază între 3 și 6 ani. Rotația între spitale este obligatorie. Este necesară efectuarea unei părți din formare într-un spital universitar, iar rezidențiatul poate fi finalizat în spitale non-universitare. Programele de formare în ambulatoriu și în cabinete private nu sunt disponibile. Nivelul lingvistic necesar este B2.

Recunoașterea calificărilor este reglementată de Directiva 2005/36/CE. Examenul final constă într-o probă orală susținută în fața unei comisii de specialiști în sănătate publică și cadre universitare, urmată, recent, și de prezentarea unui portofoliu personal de activitate. Durata procesării aplicației pentru poziția de rezident nu este menționată. Examenul final se numește Examenul de Stat de Specialitate. Salariul de început al unui rezident este de aproximativ 50.000 EUR, iar în ultimul an poate ajunge la 80.000 EUR. Profesia este reglementată de Camera Medicală Cehă și Ministerul Sănătății.

Cipru

În 2021, Cipru avea 120,51 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 3,1 (OECD). În cadrul unui

regim de protecție socială de tip mediteranean, nu există o perioadă de tranziție între absolvire și rezidențiat. Candidații trebuie să aplice pentru specializare prin concursuri publice organizate de diferite instituții de sănătate publică din Cipru. Selecția se face pe baza a două examene scrise și unui examen oral. Alegerea specializării are loc după absolvire sau după susținerea examenului de rezidențiat.

Durata programului de rezidențiat este de 4 ani sau se poate opta pentru un program de masterat de 12 luni. Rotația între spitale este obligatorie. Este necesar ca o parte din formare să aibă loc într-un spital universitar, însă întregul rezidențiat nu poate fi finalizat în spitale non-universitare. Programele de formare în ambulatoriu și în cabinete private nu sunt disponibile. Nivelul lingvistic necesar este B2 în limba greacă, iar întregul proces este considerat solicitant.

Recunoașterea calificărilor este reglementată prin Directiva UE 2005/36/CE. Rezidenții sunt evaluați informal de către consultanți și directorul de program la fiecare 6 luni pentru reînnoirea contractului. Examenul final este compus dintr-o probă scrisă și una orală în fața unei comisii de examinare. Salariul de început al unui rezident este de 38.700 EUR, iar în ultimul an de rezidențiat poate ajunge la 54.000 EUR. Săptămâna de lucru include 38 de ore, cu 1–2 ture suplimentare pe săptămână și ture de 24 de ore în weekend și în sărbători legale.

Croatia

În 2021, Croația avea 82,17 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 5,8 (OECD). În cadrul unui regim de protecție socială de tip post-comunist, există un interval de 3 luni între absolvire și intrarea în rezidențiat.

Candidații trebuie să aplice pentru specializare prin concursuri publice organizate de instituții de sănătate publică. Selecția se face pe baza unui interviu și a unor criterii precum scorul obținut la interviu, media generală, participarea la cursuri suplimentare sau publicații din perioada studiilor. Alegerea specializării are loc după absolvire, prin concurs public.

Durata rezidențiatului variază între 4 și 6 ani. Rotația între spitale este obligatorie. Nu este necesară efectuarea unei părți din formare într-un spital universitar, iar întregul rezidențiat poate avea loc în spitale non-universitare. Programele de formare în ambulatoriu și în cabinete private nu sunt disponibile. Nivelul de limbă cerut este B2.

Recunoașterea calificărilor profesionale este reglementată prin Directiva 2005/36/CE. La finalul rezidențiatului, are loc un **examen oral** în fața unei comisii de experți în sănătate publică și profesori universitari. Recent, examenul include și prezentarea unui portofoliu personal de activitate din perioada rezidențiatului. Nu este menționată durata procesării cererilor pentru aplicanții la rezidențiat.

Salariul de început este de aproximativ 60.000 EUR, iar în ultimul an poate ajunge la 80.000 EUR. Profesia este reglementată de Camera Medicilor din Croația.

Danemarca

În 2021, Danemarca avea 79,53 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 2,5 (OECD). Într-un regim de protecție socială nordic, există o perioadă de 12 luni între absolvire și rezidențiat, în care medicii lucrează 6 luni în două specialități diferite. De regulă, una dintre angajări se desfășoară într-un spital, cealaltă într-un cabinet de medicină generală.

Formarea postuniversitară este bazată pe competențe, fără examen final – nici la intrare, nici la absolvire. Admiterea în rezidențiat se face pe baza unui interviu care evaluează experiența academică și clinică anterioară. Finalizarea programului de KBU (serviciu clinic de bază) este condiție prealabilă pentru a începe *introduktionsuddannelse* (formare introductivă), iar aceasta este necesară pentru accesul la *hoveduddannelse* (formare principală).

Programele durează 5 sau 6 ani și includ 1 an de introduktion și 4–5 ani de hoveduddannelse. Rotația între spitale este obligatorie. O parte din formare poate avea loc într-un spital universitar, dar întregul rezidențiat nu poate fi finalizat în spitale non-universitare. Programele în ambulatoriu și cabinete private nu sunt disponibile.

Cerințele lingvistice sunt ridicate: Testul Danez 3, cu nota 10 la exprimare orală, 7 la înțelegere scrisă și 7 la redactare. Recunoașterea calificărilor este reglementată de Directiva 2005/36/CE. Fiecare rezident are un supervizor; la început acesta trebuie să fie specialist (MD), iar ulterior poate fi specialist în orice altă ramură. Nu este menționată durata procesării aplicației. Examen final nu este prevăzut formal. Salariul de început este de 50.000 EUR, iar în ultimul an poate ajunge la 80.000 EUR. Profesia este reglementată de Asociația Medicală Daneză.

Elveția

În 2021, Elveția avea 114,47 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 4,43 (Tradingeconomics). Programul de rezidențiat medical din Elveția se încadrează într-un regim de protecție socială de tip conservator. În Elveția nu există un examen național de admitere în rezidențiat. Admiterea în programele de rezidențiat se bazează în principal pe interviuri și pe experiența clinică a candidatului. Elveția nu impune o perioadă obligatorie de stagiu între absolvirea facultății și începerea rezidențiatului. În schimb, candidații trebuie să trimită o aplicație care include o scrisoare de intenție și un CV către directorul programului. Alegerea specializării se face în timpul rezidențiatului.

Durata rezidențiatului variază între trei și șase ani. Rotirea prin diferite spitale este obligatorie, însă întreaga formare nu poate avea loc exclusiv în spitale non-universitare. Formarea în sectorul ambulatoriu este posibilă, însă nu și în cabinete medicale private. Nivelul minim de competență lingvistică cerut este B2, cu obligativitatea de a cunoaște una dintre limbile oficiale ale Elveției (germana, franceza sau italiana), precum și noțiuni de bază într-o a doua limbă oficială. Acreditarea și recunoașterea diplomelor obținute în UE sunt gestionate de Consiliul Medical Elvețian (*Swiss Medical Board*) și de asociația medicală cantonală. Salariul de început pentru un rezident este de 80.000 €, crescând până la 116.000 € în ultimul an de rezidențiat.

Estonia

În 2021, Estonia avea 86,86 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 4,4 (OECD). Estonia, care funcționează sub un regim de protecție socială post-comunist, are un sistem clar structurat pentru formarea medicilor specialiști. Pentru absolvenții care au finalizat studiile între 2003 și prezent, este prevăzut un stagiu de practică.

Accesul la rezidențiat se face printr-un examen național, considerat de dificultate moderată. Rezidențiatul durează între 3 și 5 ani. Candidații își aleg baza principală de formare, dar pot rearanja ciclurile de pregătire anual și pe parcursul programului. Alegerea specializării se face după absolvire sau după examenul de rezidențiat.

Rotația între spitale este obligatorie. O parte din formare trebuie efectuată într-un spital universitar, dar întregul program nu poate fi finalizat în spitale non-universitare. Programele în ambulatoriu și cabinete private nu sunt disponibile. Nivelul de limbă cerut este C1 în estonă.

Recunoașterea calificărilor este reglementată prin Directiva 2005/36/CE. Examenul final este susținut în fața unei comisii alcătuite din specialiști în domeniul respectiv. Procesul de aplicare pentru poziția de rezident durează 2–3 luni. Salariul de început este de 30.000 EUR. Săptămâna de lucru este de 40 de ore, cu 3–4 gărzi pe lună. Profesia este reglementată de Asociația Medicală Estoniană și de Consiliul Sănătății din Estonia.

Finlanda

În 2021, pentru Finlanda nu sunt disponibile date privind numărul de medici de familie la 100.000 de locuitori, iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 2,8 (OECD). În cadrul unui regim de protecție socială de tip nordic, procesul de formare a medicilor rezidenți specialiști este caracterizat printr-o serie de pași bine definiți.

Există o perioadă de 6 luni între absolvirea facultății de medicină și începerea rezidențiatului. Pentru a fi eligibil pentru obținerea licenței de practică, este necesară finalizarea unui stagiu de internship și susținerea unui examen de licențiere în trei părți, conform cerințelor autorității de reglementare Valvira, pentru a se asigura echivalența formării medicale cu standardele din Finlanda.

În Finlanda nu există un examen național de admitere în rezidențiat. Admiterea este stabilită prin interviuri și evaluarea performanțelor academice și clinice anterioare ale candidatului. Programele de rezidențiat pun accent pe formarea practică, desfășurată într-o varietate de unități medicale, inclusiv spitale universitare și non-universitare. Finlanda oferă, de asemenea, posibilități de formare în cabinete medicale private, ceea ce face ca sistemul său să fie unul dintre cele mai flexibile din Europa.

Decizia privind specializarea se ia la momentul absolvirii. Durata rezidențiatului este de 5–6 ani. Rotația între spitale este obligatorie. Este necesar ca o parte a formării să se desfășoare într-un spital universitar, însă întregul program nu poate fi realizat în spitale non-universitare. Formarea în ambulatoriu și în cabinete private este posibilă.

Cerințele lingvistice prevăd cunoașterea limbii finlandeze sau suedeze. Pentru Certificatul de competență lingvistică pentru serviciul public, este necesar un nivel minim de „competență satisfăcătoare" în toate ariile de evaluare; pentru Certificatul național de competență lingvistică, este necesar să se obțină un scor minim de 3 la testul de nivel intermediar (nivelurile 3–4) în toate componentele din cadrul aceluiași test.

Recunoașterea calificărilor profesionale este reglementată de Directiva 2005/36/CE. La finalul programului de rezidențiat, există un examen final compus dintr-o probă teoretică și una practică. Durata procesării aplicației pentru poziția de rezident este de aproximativ 3 luni. Salariul de început al unui rezident este de 45.000 EUR. Profesia este reglementată de Direcția de Sănătate.

Franța

În Franța, în anul 2021, existau 138,31 medici de familie la 100.000 de locuitori, iar numărul de paturi de spital era de 5,65 la 1.000 de locuitori (OECD). În cadrul unui regim de protecție socială de tip conservator-corporatist, procesul de formare a medicilor rezidenți specialiști este caracterizat printr-un sistem competitiv și puternic reglementat.

După finalizarea facultății de medicină, absolvenții trebuie să promoveze Épreuves Classantes Nationales (ECN), examenul național competitiv care condiționează accesul în rezidențiat. Acest examen este extrem de riguros și acoperă o gamă largă de teme medicale prestabilite. Pe baza punctajului obținut, candidații își

aleg atât specializarea, cât și centrul universitar unde își vor desfășura pregătirea. Sistemul francez oferă astfel o repartizare națională bazată pe performanța academică.

În Franța există un examen național de admitere în rezidențiat, reprezentat de ECN. Decizia privind specializarea se ia după promovarea acestui examen, în funcție de clasamentul național al candidatului. Rezidenții au însă posibilitatea de a-și schimba specialitatea pe parcursul formării, dacă doresc să urmeze un alt domeniu medical.

Durata programului de rezidențiat variază între 3 și 5 ani, în funcție de specialitate. Medicina generală necesită 3 ani de pregătire, în timp ce specialitățile chirurgicale pot dura până la 5 ani. Rezidenții efectuează rotații obligatorii prin diferite departamente clinice pentru a obține o formare completă în specialitatea aleasă. Pregătirea se desfășoară sub supravegherea unor specialiști cu experiență, care oferă mentorat și evaluări periodice pentru monitorizarea progresului profesional și a respectării standardelor clinice.

Rezidențiatul se desfășoară în principal în spitale universitare și centre clinice acreditate. Rotațiile clinice acoperă domenii esențiale ale practicii medicale, iar evaluarea rezidenților este continuă, prin feedback regulat din partea mentorilor și supervizorilor clinici.

La finalul programului de rezidențiat, medicii trebuie să promoveze un examen final pentru a obține certificarea în specialitatea aleasă. Certificarea este acordată de Consiliul Național al Ordinului Medicilor.

În ceea ce privește condițiile economice, salariul de început al unui rezident este de aproximativ 60.000 EUR brut anual, în funcție de spital și regiune, și poate ajunge la aproximativ 70.000 EUR brut anual în ultimul an de rezidențiat. Salariile cresc progresiv în funcție de experiență și anul de pregătire. Rezidenții beneficiază de compensații suplimentare pentru ore suplimentare, ture de noapte, weekenduri și sărbători legale, ceea ce poate crește semnificativ venitul lunar.

Programul de lucru este reglementat prin lege pentru a preveni suprasolicitarea. Săptămâna de lucru este limitată la 48 de ore, în conformitate cu Directiva Europeană privind timpul de lucru.

Rezidenții beneficiază de aproximativ 25–30 de zile de concediu plătit anual. Franța oferă politici generoase privind concediul parental, incluzând concedii plătite de maternitate și paternitate. Părinții pot beneficia de până la 3 ani de concediu parental, cu protecția locului de muncă și, în anumite condiții, de alocație parentală.

Spitalele oferă acces la servicii de sprijin psihologic pentru a ajuta rezidenții să gestioneze stresul și solicitările asociate formării medicale. Unele spitale oferă, de asemenea, locuințe subvenționate sau indemnizații pentru chirie, în special în marile centre urbane, precum și sprijin pentru relocare rezidenților care provin din alte regiuni sau din străinătate.

Profesia medicală este reglementată de Consiliul Național al Ordinului Medicilor din Franța.

Cerințele lingvistice prevăd cunoașterea limbii franceze la un nivel avansat, necesar pentru desfășurarea activităților clinice și comunicarea cu pacienții. În general, pentru medicii formați în afara Franței este solicitat un nivel minim B2 sau C1 de competență lingvistică, în funcție de instituția angajatoare și de procedura de recunoaștere profesională. Recunoașterea calificărilor profesionale este reglementată conform Directivei 2005/36/CE privind recunoașterea calificărilor profesionale în cadrul Uniunii Europene.

Germania

În Germania, în anul 2021, existau 103,5 medici de familie la 100.000 de locuitori, iar numărul de paturi de spital era de 7,76 la 1.000 de locuitori (OECD). În cadrul unui regim de protecție socială de tip conservator-corporatist, sistemul de formare medicală postuniversitară este cunoscut sub denumirea de *Assistenzarzt Ausbildung* și este caracterizat printr-un model descentralizat și flexibil de admitere în rezidențiat.

După finalizarea studiilor de medicină, absolvenții trebuie să obțină licența medicală (*Approbation*) pentru a putea practica medicina în Germania. Nu există un examen național de admitere în rezidențiat și nici un sistem centralizat de repartizare a locurilor. Candidații aplică direct la spitale și secții individuale, într-un sistem liber de piață, fără un calendar național fix pentru începerea rezidențiatului. Contractele sunt adesea pe termen scurt, iar accesul în rezidențiat depinde de procesul de selecție organizat de fiecare spital.

Conform tradiției sistemului medical german, se presupune că medicii rezidenți dobândesc majoritatea competențelor profesionale direct „la locul de muncă", ceea ce face ca educația formală sub formă de cursuri, seminare sau planuri detaliate de rotație să fie mai puțin dezvoltată comparativ cu alte sisteme europene. Cerințele pentru formarea postuniversitară sunt stabilite de Camerele Medicilor din fiecare land, în timp ce Asociația Federală a Medicilor oferă un model orientativ pentru structurarea pregătirii.

Decizia privind specializarea este considerată mixtă, deoarece candidații aleg specializarea atunci când aplică pentru anumite posturi de rezidențiat, însă au posibilitatea de a-și schimba specialitatea pe parcursul formării.

Durata rezidențiatului este, în general, de 5–6 ani, în funcție de specialitate. Sistemul pune accent mai degrabă pe îndeplinirea unor cerințe structurale și pe efectuarea anumitor rotații decât pe acumularea unor competențe standardizate. Rezidenții pot schimba spitalul în timpul formării fără a-și pierde progresul profesional, ceea ce oferă o experiență clinică diversificată și flexibilitate crescută.

Nivelul de competență lingvistică solicitat este C1, evaluat conform Cadrului European Comun de Referință pentru Limbi. Germania nu solicită examene suplimentare de echivalare pentru majoritatea absolvenților străini proveniți din Uniunea Europeană, ceea ce contribuie la atractivitatea sa pentru medicii

internaționali. Profesia medicală este reglementată de *Approbationsordnung für Ärzte* (ÄApprO), iar recunoașterea calificărilor profesionale este realizată conform Directivei 2005/36/CE.

Salariul de început pentru un rezident este de aproximativ 60.000 EUR brut anual, în funcție de spital și regiune, și poate ajunge la aproximativ 80.000 EUR brut anual în ultimul an de rezidențiat. Salariile cresc progresiv odată cu experiența și responsabilitățile asumate. Rezidenții beneficiază de compensații suplimentare pentru ore suplimentare, ture de noapte, weekenduri și sărbători legale, ceea ce poate crește semnificativ venitul lunar.

Grecia

În 2021, Grecia avea 46,81 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 4,3 (OECD). Grecia, caracterizată printr-un regim de protecție socială de tip mediteranean, prevede o perioadă de stagiu de pregătire clinică de 12 luni după absolvirea facultății de medicină.

Nu există un examen național de admitere în rezidențiat. Absolvenții trebuie să aplice direct la spitale, iar locurile sunt de obicei atribuite pe baza vechimii în depunerea dosarului și a interviului. Cererea pentru intrarea în rezidențiat se depune individual, în prefectura unde se află spitalul dorit, iar selecția are loc conform principiului „primul venit, primul servit".

Alegerea specializării se face după absolvire. Durata rezidențiatului variază între 3 și 7 ani, în funcție de specializare. Rotația între spitale nu este obligatorie. Nu există obligația ca o parte a formării să aibă loc într-un spital universitar, iar întregul program poate fi desfășurat în spitale non-universitare. Programele de formare în ambulatoriu și în cabinete private nu sunt disponibile.

Nivelul lingvistic cerut este B2. Recunoașterea calificărilor profesionale este reglementată de Directiva UE 2005/36/CE. Nu este menționată durata procesării aplicațiilor pentru poziția de rezident. La finalul rezidențiatului există un examen final.

Salariul de început al unui rezident este de aproximativ 20.000 EUR. Profesia este reglementată de Asociația Medicală Elenă (Greek Medical Association).

Irlanda

În 2021, Irlanda avea 233,31 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 2,8 (OECD). Irlanda, o țară cu regim de protecție socială de tip liberal, impune un stagiu clinic de 12 luni între absolvirea facultății de medicină și începerea rezidențiatului.

Pentru a accede în programele de rezidențiat, candidații trebuie să promoveze un examen național de admitere, considerat de dificultate medie. Alegerea specializării are loc după absolvire. Durata rezidențiatului variază între 4 și 8 ani, în funcție de domeniu (de exemplu, pentru chirurgie).

Rotația între spitale este obligatorie. Există obligația ca o parte a formării să se desfășoare într-un spital universitar, însă întregul program nu poate fi efectuat în spitale non-universitare. Programele de formare în ambulatoriu și în cabinete private nu sunt disponibile.

Nivelul lingvistic cerut este C1. Recunoașterea calificărilor profesionale este reglementată prin Directiva 2005/36/CE. Nu este specificată durata procesării aplicației pentru poziția de rezident. La finalul programului există un examen final.

Salariul de început al unui rezident este de aproximativ 70.000 EUR, iar în ultimul an poate ajunge la 90.000 EUR. Profesia este reglementată de Irish Medical Council.

Islanda

În 2021, Islanda avea 56,64 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 2,8 (OECD). Islanda, o țară care funcționează într-un regim de protecție socială nordic, prevede un stagiu clinic obligatoriu de 12 luni între absolvirea facultății de medicină și începerea rezidențiatului.

Nu există un examen de admitere în rezidențiat. Având în vedere dimensiunile reduse ale țării, singurele specializări disponibile sunt medicina de familie și psihiatria. Decizia privind specializarea se ia după absolvire. Durata rezidențiatului este de cinci ani pentru o specializare și doi ani pentru o supraspecializare.

Rotația între spitale nu este obligatorie. Nu există cerința de a efectua o parte a formării într-un spital universitar, iar întregul program poate fi realizat în spitale non-universitare. Formarea în ambulatoriu și în cabinete private nu este posibilă.

Nivelul lingvistic minim cerut este B1 în limba engleză. Recunoașterea calificărilor profesionale este reglementată prin Directiva 2005/36/CE. Nu este specificată durata procesării aplicației pentru poziția de rezident. La finalul programului are loc un examen final.

Salariul de început pentru un rezident este de aproximativ 40.000 EUR. Profesia este reglementată de Direcția de Sănătate din Islanda și de Royal College of Physicians.

Italia

În 2021, Italia avea 82,15 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 3,2 (OECD). Italia, o țară care

funcționează într-un regim de protecție socială mediteranean, prevede un stagiu clinic de 12 luni între absolvirea facultății de medicină și începerea rezidențiatului.

Sistemul de rezidențiat medical din Italia este bazat pe un examen național de admitere, considerat de dificultate moderată. Acest examen determină atât specializarea, cât și locația unde candidatul își va desfășura programul de rezidențiat.

Examenul de admitere include trei componente:

- un stagiu de 3 luni,
- un examen teoretic cu 90 de întrebări grilă (cu durată de 150 de minute), structurat în două secțiuni: preclinic și clinic,
- un test național de evaluare, cu 110 întrebări.

Alegerea specializării se face după absolvire sau după susținerea examenului de rezidențiat. Durata rezidențiatului este de 4 până la 5 ani, în funcție de specialitate.

Rotația între spitale este obligatorie. Este necesar ca o parte din formare să aibă loc într-un spital universitar, însă întregul program poate fi finalizat și în spitale non-universitare. Programele de formare în ambulatoriu și în cabinete private sunt posibile.

Nivelul de competență lingvistică este stabilit prin examen de limbă susținut în fața Colegiului Medicilor. Recunoașterea calificărilor profesionale este reglementată prin Directiva 2005/36/CE. Nu este menționată durata procesării aplicațiilor pentru poziția de rezident. La finalul rezidențiatului se susține un examen final.

Salariul de început pentru un rezident este de aproximativ 25.000 EUR. Profesia este reglementată de Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (Camera Medicilor), Ministerul Educației, Universităților și Cercetării și Ministerul Sănătății din Italia.

Letonia

În 2021, Letonia avea 76,84 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 5,2 (OECD). Letonia, țară cu regim de protecție socială post-comunist, nu prevede o perioadă de tranziție între absolvirea facultății de medicină și intrarea în rezidențiat.

Procesul de accedere la rezidențiat presupune completarea studiilor universitare, urmată de aplicarea pentru o poziție de rezident într-o instituție medicală sau spital. Nu există un examen național de admitere în rezidențiat. Admiterea se face pe bază de interviu și prin evaluarea rezultatelor academice anterioare.

Programele de rezidențiat din Letonia pot avea cerințe și proceduri de selecție proprii, care includ evaluări academice, interviuri și alte criterii stabilite la nivel individual de către programele de specializare. Decizia privind specializarea depinde de preferințele candidatului și de locurile disponibile. Este permisă aplicarea la cel mult două specialități diferite.

Admiterea se face printr-un sistem de punctaj, care ia în considerare mai mulți factori: media ponderată generală, nota la examenul de stat, activitatea științifică,

prezentări la evenimente academice, publicații științifice și rezultatele interviului anterior înscrierii într-un program de rezidențiat de specialitate de bază.

Durata rezidențiatului este de 3 până la 6 ani, în funcție de specializare. Rotația între spitale este obligatorie. Este necesar ca o parte din formare să se desfășoare într-un spital universitar, însă întregul program nu poate fi efectuat doar în spitale non-universitare. Programele de formare în ambulatoriu sunt posibile, însă formarea în cabinete private nu este permisă.

Nivelul lingvistic cerut este C1. Recunoașterea calificărilor profesionale este reglementată prin Directiva 2005/36/CE. Desfășurarea programului de rezidențiat poate varia în funcție de universitate, spital, programul ales și supervizor.

Durata procesării aplicației pentru poziția de rezident nu este menționată. Examenul final poate include test grilă, probă orală și examen practic. Salariul de început este de aproximativ 14.000 EUR în Riga și 18.000 EUR în afara capitalei.

Profesia este reglementată de:

- Centrul pentru Prevenirea și Controlul Bolilor (CDPC) – responsabil cu monitorizarea sănătății publice,
- Serviciul Național de Urgență Medicală (SEMS) – furnizor al serviciilor de urgență la nivel național,
- Agenția Națională a Medicamentului – responsabilă cu siguranța și calitatea produselor farmaceutice și a echipamentelor medicale.

Liechtenstein

În 2019 (nu există date pentru 2021), Liechtenstein avea 90,76 medici de familie la 100.000 de locuitori (Statista), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 5,2 în 2021 (OECD). Liechtenstein, o țară caracterizată de un regim de protecție socială conservator, nu prevede o perioadă de tranziție între absolvirea facultății de medicină și începerea rezidențiatului.

Nu există un examen de admitere în rezidențiat. Decizia privind specializarea se ia după absolvire. Durata rezidențiatului este de 3 ani pentru medicina de familie și 5 ani pentru specializări clinice. Pe durata rezidențiatului, medicii primesc formare practică sub supravegherea unor specialiști cu experiență, iar performanțele lor sunt evaluate continuu.

Rotația între spitale nu este obligatorie. Nu există obligația ca o parte din formare să se desfășoare într-un spital universitar, iar întregul program poate fi realizat în spitale non-universitare. Programele de formare în ambulatoriu și în cabinete private nu sunt disponibile.

Nivelul de competență lingvistică cerut este C1 în limba germană. Recunoașterea calificărilor profesionale este reglementată prin Directiva 2005/36/CE. Durata procesării aplicației pentru poziția de rezident nu este menționată. Nu există un examen final la încheierea rezidențiatului.

Salariul de început pentru un rezident este de aproximativ 70.000 EUR. Profesia este reglementată de Asociația Medicală din Liechtenstein (Ärztekammer Liechtenstein) și de Oficiul pentru Sănătate Publică.

Lituania

În 2021, Lituania avea 102,5 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 6,1 (OECD). Lituania, o țară cu regim de protecție socială post-comunist, nu prevede o perioadă de tranziție între absolvirea facultății de medicină și începerea rezidențiatului.

Lituania utilizează un examen național de admitere pentru accesul în rezidențiat, însă acesta este considerat relativ ușor în comparație cu cele din alte țări europene. Nu există un test scris de admitere, însă este necesar un interviu cu Agenția de Acreditare a Îngrijirilor de Sănătate de Stat, subordonată Ministerului Sănătății. În plus, pot exista și interviuri suplimentare organizate de spitale, anterior angajării.

Decizia privind specializarea se face după absolvire. Aplicarea se face online, iar candidatul poate selecta până la 6 programe de rezidențiat, în ordinea preferințelor.

Durata rezidențiatului este de 3 până la 6 ani, în funcție de specialitate. Rotația între spitale nu este obligatorie. Nu este necesar ca o parte din formare să se desfășoare într-un spital universitar, iar întregul program poate fi finalizat în spitale non-universitare. Programele de formare în ambulatoriu sunt permise, dar nu este posibilă formarea în cabinete private.

Nivelul minim de competență lingvistică este B1. Recunoașterea calificărilor profesionale este reglementată prin Directiva 2005/36/CE. Durata procesării aplicației pentru poziția de rezident nu este menționată. La finalul rezidențiatului se susține un examen final.

Salariul de început pentru un rezident este de aproximativ 20.000 EUR. Profesia este reglementată de Agenția de Acreditare a Îngrijirilor de Sănătate de Stat, aflată în subordinea Ministerului Sănătății.

Luxemburg

În 2017, Luxemburg avea 90 de medici de familie la 100.000 de locuitori (Statista), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 4,2 (Gouvernement.lu). Luxemburg, o țară cu regim de protecție socială conservator, nu prevede o perioadă de tranziție între absolvirea facultății de medicină și începerea rezidențiatului.

Nu există un examen de admitere în rezidențiat. Procesul de aplicare poate include trimiterea unui CV, scrisoare de intenție, recomandări și, posibil, interviuri. Decizia privind specializarea se ia după absolvire. Sunt disponibile doar 3 programe de rezidențiat: neurologie, oncologie și medicină de familie.

Durata rezidențiatului este de 5 ani. Rotația între spitale nu este obligatorie. Nu există obligația de a efectua o parte din formare într-un spital universitar, iar întregul program poate fi realizat în spitale non-universitare. Programele de formare în ambulatoriu și în cabinete private nu sunt disponibile.

Nivelul de competență lingvistică cerut este B2 în luxemburgheză, franceză sau germană. Recunoașterea calificărilor profesionale este reglementată prin Directiva 2005/36/CE. Durata procesării aplicației pentru poziția de rezident nu este menționată. Nu există un examen final.

Salariul de început pentru un rezident este de aproximativ 40.000 EUR. Profesia este reglementată de Ministerul Sănătății (Ministère de la Santé) și de Departamentul pentru Recunoașterea Diplomelor al Ministerului Educației, Copilului și Tineretului (MENEJ).

Malta

În 2021, Malta avea 84,85 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 4,2 (OECD). Malta, o țară cu regim de protecție socială mediteranean, impune o stagiu obligatoriu de 24 de luni, cunoscut sub denumirea de Programul de Fundamentare (Foundation Program), care constă în rotații prin diferite specialități, între absolvirea facultății și începerea rezidențiatului.

Specialitățile obligatorii în cadrul acestui stagiu de 24 de luni includ: 6 luni de chirurgie, 6 luni de medicină internă și 3 luni de urgențe (Accident and Emergency).

Nu există un test de admitere pentru rezidențiat, însă se organizează un interviu bazat pe mai mulți factori: scorul obținut la interviu, media notelor, scrisori de recomandare, participarea la cursuri de formare suplimentare sau publicații, atât în timpul studiilor, cât și după absolvire.

Decizia privind specializarea se ia după finalizarea Foundation Program. Durata rezidențiatului este de 5 ani. Rotația între spitale este obligatorie. Este necesar ca o parte a formării să aibă loc într-un spital universitar, iar întreaga formare nu poate fi realizată doar în spitale non-universitare. Formarea în ambulatoriu este posibilă, însă nu este permisă formarea în cabinete private.

Nivelul necesar de competență lingvistică este B2 în malteză și engleză. Recunoașterea calificărilor profesionale este reglementată de Directiva 2005/36/CE.

Educația teoretică este obținută prin programul Master of Science în Sănătate Publică, care se desfășoară de obicei în primii doi ani de formare. În cadrul acestuia, rezidenții trebuie să susțină și să promoveze nouă examene scrise, să realizeze trei proiecte practice (limitate la 3000 de cuvinte fiecare) și o disertație de 25.000 de cuvinte, totalizând 90 de credite ECTS. Programul se finalizează cu susținerea orală a disertației.

Durata procesării aplicației pentru rezidențiat nu este menționată. Nu există un examen final distinct de evaluările din timpul programului. Salariul de început pentru un rezident este de aproximativ 30.000 EUR. Profesia este reglementată de Medical Council Malta și Ministerul Sănătății.

Norvegia

În anul 2021, Norvegia avea 100,18 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 3,4 (OECD). Norvegia, încadrată într-un regim de protecție socială de tip nordic, impune o perioadă de supraveghere clinică de 18 luni între finalizarea studiilor și începerea rezidențiatului. Nu există un examen pentru admiterea în rezidențiatul medical, însă se organizează un interviu, iar performanțele academice ale candidatului sunt evaluate. Decizia privind specializarea se ia pe parcursul rezidențiatului. Durata rezidențiatului este de patru până la cinci ani. Rotirea între spitale este obligatorie în timpul rezidențiatului. De asemenea, este obligatorie efectuarea unei părți din pregătire într-un spital universitar, însă întreaga formare se poate realiza și în spitale non-universitare. Sunt posibile atât programele de formare în rezidențiat în sectorul ambulatoriu, cât și cele desfășurate în cabinete medicale private. Nivelul de competență lingvistică necesar este C1. Recunoașterea reciprocă a calificărilor este facilitată prin Directiva 2005/36/CE a UE, care reglementează recunoașterea calificărilor profesionale, inclusiv a celor medicale. Durata procesului de aplicare pentru rezidențiat nu este specificată. Există un examen final. Salariul de început pentru un rezident este de 60.000 € pe an.

Polonia

În anul 2021, Polonia avea 88,51 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 6,2 (OECD). Polonia, încadrată într-un regim de protecție socială post-comunist, impune o perioadă de supraveghere clinică de 6 luni între finalizarea studiilor și începerea rezidențiatului. Nu există un examen de admitere pentru rezidențiatul medical, ci un proces de aplicare similar celui din Germania. După absolvire, studenții trebuie să își caute un program de rezidențiat medical. Înainte de a aplica pentru un program de rezidențiat în Polonia, absolvenții internaționali trebuie să își verifice eligibilitatea în conformitate cu criteriile stabilite de universitatea sau instituția responsabilă de programul de formare. Aceasta presupune verificarea cerințelor academice, a competențelor lingvistice și a altor criterii specifice. Ulterior, candidații trebuie să pregătească documentele necesare, precum diploma de medic, foaia matricolă, CV-ul, pașaportul și rezultatele testului de competență lingvistică. Alegerea unui program de rezidențiat în concordanță cu interesele și obiectivele lor profesionale este pasul

următor. După ce au adunat toate documentele, candidații pot depune aplicațiile, existând posibilitatea perceperii unor taxe de înscriere pentru anumite programe. Candidații selecționați pot fi invitați la interviuri, fie în persoană, fie online, pentru a le fi evaluată potrivirea cu programul. Candidații acceptați vor primi scrisori de admitere din partea universității sau instituției respective. Absolvenții internaționali trebuie apoi să inițieze procesul de obținere a vizei, prezentând documente suplimentare precum dovada susținerii financiare. După finalizarea tuturor formalităților, aceștia pot începe programul de rezidențiat medical în Polonia.

Decizia privind specializarea este luată după absolvire. Durata rezidențiatului este de cinci până la șase ani. Rotirea între spitale nu este obligatorie. Nu există obligația de a efectua o parte a pregătirii într-un spital universitar, întreaga formare putând fi realizată în spitale non-universitare. Sunt posibile programe de rezidențiat în sectorul ambulatoriu, precum și în cabinete medicale private. Nivelul de competență lingvistică este stabilit printr-un examen de limba polonă susținut în fața Consiliului Suprem al Medicilor, care trebuie promovat. Recunoașterea reciprocă a calificărilor este facilitată prin Directiva 2005/36/CE a UE, care reglementează recunoașterea calificărilor profesionale, inclusiv a celor medicale. Durata procesului de aplicare pentru rezidențiat nu este specificată. Nu există un examen final. Salariul de început pentru un rezident este de 20.000 € pe an.

Portugalia

În anul 2021, Portugalia avea 298,18 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 3,5 (OECD). Portugalia, încadrată într-un regim de protecție socială mediteranean, impune o perioadă de supraveghere clinică de 12 luni între finalizarea studiilor și începerea rezidențiatului. Există un examen național bazat pe cazuri clinice din următoarele domenii: medicină internă, pediatrie, chirurgie generală, psihiatrie, ginecologie și obstetrică, asistență medicală primară. Acest examen, numit *Prova Nacional de Seriação* (PNS), este considerat un examen de dificultate redusă. Decizia privind specializarea se ia după absolvire. Durata rezidențiatului este de patru până la șase ani. Rotirea între spitale este obligatorie în timpul rezidențiatului. De asemenea, este obligatorie efectuarea unei părți din pregătire într-un spital universitar, însă întreaga formare se poate realiza și în spitale non-universitare. Sunt posibile programe de rezidențiat în sectorul ambulatoriu, precum și în cabinete medicale private. Nivelul de competență lingvistică este stabilit printr-un examen de comunicare medicală (test de limbă portugheză), susținut în fața Ordinului Medicilor din Portugalia, cu excepția cazului în care studiile universitare (diploma de medic) au fost efectuate în limba portugheză.

Recunoașterea reciprocă a calificărilor este facilitată prin Directiva 2005/36/CE a UE, care reglementează recunoașterea calificărilor profesionale, inclusiv a celor medicale. Durata procesului de aplicare pentru rezidențiat este de aproximativ patru

luni. Există un examen final care constă într-o probă orală și/sau scrisă (în funcție de specialitate), cu o componentă teoretică, practică și curriculară, pentru care se acordă o notă de la 0 la 20. Salariul de început pentru un rezident este de 23.153,06 € pe an. Profesia este reglementată de *Ordem dos Médicos* – Ordinul Medicilor din Portugalia și de Colegiul Medicilor (organizație independentă).

Regatul Unit

În 2021, Regatul Unit avea 45 de medici de familie la 100.000 de locuitori (British Medical Association), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 2,43 (Statista). Programul de rezidențiat medical din Regatul Unit funcționează sub un regim de protecție socială de tip liberal. În Regatul Unit nu există un examen național de admitere în rezidențiat. În schimb, se aplică printr-un proces de selecție. Studenții internaționali la medicină trebuie să înceapă prin a-și verifica eligibilitatea, asigurându-se că diploma de licență este recunoscută de *General Medical Council* (GMC) și că îndeplinesc cerințele specifice specializării dorite. Este necesară acumularea unei experiențe clinice relevante, Regatul Unit cerând 24 de luni de practică clinică, incluzând stagiul efectuat în timpul programului MBBS. Candidații trebuie să susțină examene obligatorii, precum testul *Professional and Linguistic Assessments Board* (PLAB), și să obțină înregistrarea medicală la GMC pentru a putea profesa în Regatul Unit, aceasta fiind condiționată de promovarea examenelor PLAB 1 și PLAB 2 în decursul a maximum doi ani. Înregistrarea la GMC presupune verificarea diplomei și trimiterea unui rezultat IELTS de peste 7,5 (echivalentul nivelului C1). Este importantă cercetarea programelor de rezidențiat în specializarea dorită, precum și confirmarea eligibilității pentru aplicare. Pentru absolvenții români, este necesară o experiență clinică de doar 12 luni, deoarece în Regatul Unit facultatea de medicină durează cinci ani, spre deosebire de România, unde durează șase ani. Nu există un examen de admitere în rezidențiat, însă este recomandat să se efectueze cel puțin o lună de practică într-un spital britanic. Alegerea specializării se face după finalizarea *Foundation Programme*. Durata rezidențiatului variază între trei și opt ani. Rotirea prin spitale este obligatorie, însă formarea nu poate avea loc exclusiv în spitale non-universitare. Sunt posibile atât formarea în sectorul ambulatoriu, cât și în cabinete medicale private. Pentru a aplica la programele de rezidențiat, candidații trebuie să pregătească un dosar complet, care include CV, scrisoare de motivație și scrisori de recomandare. Aplicațiile se trimit prin intermediul site-ului *NHS Specialty Training* sau prin alte platforme relevante, urmate de un proces de interviu și de notificarea privind atribuirea unui loc într-un program de rezidențiat. După acceptare, se inițiază procesul de obținere a unei vize de muncă în Regatul Unit. Acreditarea și recunoașterea diplomelor din UE sunt gestionate de *General Medical Council*. Salariul de început pentru un rezident este de 67.000 €, crescând până la 100.000 € în ultimul an de rezidențiat.

România

În anul 2021, **România** avea 79,21 medici de familie la 100.000 de locuitori, iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 7,21 (OECD). Admiterea în rezidențiat se organizează printr-un examen național unic, desfășurat anual, cu o durată de patru ore, sub forma unui test grilă standardizat care acoperă tematica celor șase ani de studii medicale. Clasamentul obținut la acest examen determină atât specializarea, cât și centrul universitar în care candidatul își va desfășura pregătirea. Nu sunt incluse evaluări practice sau interviuri, ceea ce face ca întregul proces să fie perceput drept rigid, cu miză foarte ridicată, și adesea inechitabil, mai ales pentru candidații care au performanțe academice solide, dar nu excelează în condițiile presiunii unui examen unic.

Flexibilitatea în alegerea specializării este extrem de redusă, întrucât opțiunea este strict dependentă de punctajul obținut. Odată repartizat, medicul rezident nu are posibilitatea reală de a schimba domeniul, cu excepția reluării examenului în anii următori. Durata rezidențiatului variază între 3 și 6 ani, în funcție de specialitate — de exemplu, medicina de familie are o durată de 3 ani, în timp ce specializările chirurgicale sau cele clinice complexe, precum cardiologia sau neurologia, presupun o formare de până la 6 ani.

Pentru cetățenii români nu există cerințe lingvistice, însă medicii străini din afara Uniunii Europene trebuie să dovedească un nivel B2 de competență în limba română. În ceea ce privește remunerația, salariul brut al rezidenților variază, în medie, între 900 și 1300 de euro pe lună, în funcție de anul de pregătire și de specializare. Doar rezidenții din anul III în sus sunt, în general, remunerați pentru gărzile efectuate, iar sistemul nu oferă bonificații suplimentare pentru performanță sau pentru lucrul în zone defavorizate.

Condițiile de muncă sunt adesea dificile: volumul de pacienți este mare, sarcinile administrative sunt numeroase, iar infrastructura medicală diferă considerabil între spitalele din centrele universitare și cele din zonele rurale sau județene. În plus, relația medic–pacient poate fi marcată de tensiuni, pe fondul unei încrederi publice fragile în sistemul sanitar.

În ansamblu, sistemul de rezidențiat din România este frecvent perceput ca inflexibil și lipsit de transparență, ceea ce contribuie semnificativ la decizia multor absolvenți de medicină de a-și continua specializarea în alte state europene.

Slovacia

În Slovacia, numărul medicilor de familie nu este disponibil, iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 5,7 în anul 2021 (OECD). Slovacia, încadrată într-un regim de protecție socială post-comunist, impune o perioadă de formare de 12 luni între finalizarea studiilor și începerea rezidențiatului. Decizia privind

specializarea se ia după o perioadă de probă de 3 luni. Durata rezidențiatului variază între doi și cinci ani, în funcție de specializare. Există un examen care constă în două părți: una scrisă și una orală. Subiectele provin din patru discipline de bază: medicină internă, pediatrie, ginecologie și obstetrică, și chirurgie. Examenele au loc, de obicei, de două ori pe an – primăvara și toamna. Acest examen este considerat de dificultate moderată.

În Slovacia, este obligatorie efectuarea unei părți din pregătire într-un spital universitar. Întreaga formare nu poate fi realizată exclusiv în spitale non-universitare. Programele de rezidențiat în sectorul ambulatoriu sunt posibile, însă cabinetele medicale private sunt excluse. Slovacia solicită un examen lingvistic medical, atât scris, cât și oral. Acreditarea și recunoașterea diplomelor din UE sunt gestionate de Centrul pentru Recunoașterea Diplomelor (CRD), aflat în subordinea Ministerului Educației. Salariul de început pentru un rezident în Slovacia este de 27.080 € pe an, la care se adaugă un bonus de 450 €. Salariul pentru ultimul an de rezidențiat nu este specificat. Profesia este reglementată de Consiliul Medical Slovac.

Slovenia

În anul 2021, Slovenia avea 69,26 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 4,3 (OECD). Slovenia, încadrată într-un regim de protecție socială post-comunist, impune o perioadă obligatorie de stagiu (traineeship) de 6 luni între finalizarea studiilor și începerea rezidențiatului, la care se pot adăuga alte 6 luni opționale. Nu există un examen de admitere în rezidențiat, iar decizia privind specializarea se ia în urma unui interviu și a evaluării performanței academice a candidatului. Durata rezidențiatului variază între 4 și 6 ani. Rotirea între spitale este obligatorie în timpul rezidențiatului, însă întreaga formare nu poate fi realizată exclusiv în spitale non-universitare. Programele de rezidențiat în sectorul ambulatoriu sunt posibile, însă formarea în cabinete medicale private nu este permisă.

Nivelul de competență lingvistică necesar este B2 pentru partea scrisă și C1 pentru partea orală. Acreditarea și recunoașterea diplomelor din UE sunt gestionate de Ministerul Sănătății. Salariul de început pentru un rezident este de 25.000 € pe an.

Spania

În anul 2021, Spania avea 94,4 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 3,0 (OECD). Formarea în rezidențiat medical în Spania se încadrează într-un regim de protecție socială de tip mediteranean. Admiterea în rezidențiat se face pe baza unui examen național numit MIR (*Médico Interno Residente*), considerat de dificultate moderată. Acest examen

stabilește ordinea de clasificare a candidaților și specializarea aleasă. Decizia privind specializarea se ia pe baza rezultatului la examenul de rezidențiat.

Durata rezidențiatului variază între patru și cinci ani. Nu există informații disponibile despre rotirea între spitale în timpul rezidențiatului. Nu este obligatorie efectuarea pregătirii într-un spital universitar, iar întreaga formare poate fi realizată în spitale non-universitare. Sunt posibile atât programele de formare în sectorul ambulatoriu, cât și cele desfășurate în cabinete medicale private. Nivelul de competență lingvistică necesar este C1. Salariul de început pentru un rezident este de 25.000 €, iar în ultimul an de rezidențiat ajunge la 35.000 €.

Suedia

În 2021, Suedia avea 60,9 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), în timp ce numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 2,1 („cel mai mic număr de paturi de spital raportat la populație dintre toate țările UE", potrivit OECD). În Suedia, caracterizată printr-un regim de protecție socială de tip nordic, studenții internaționali din UE care doresc să acceseze rezidențiatul trebuie mai întâi să îndeplinească anumite criterii de eligibilitate, care variază în funcție de specialitate și regiune. Suedia impune o perioadă de stagiu de 6 luni între absolvirea facultății și începerea rezidențiatului. Nu există un examen de admitere în rezidențiat, iar alegerea specializării se face în timpul perioadei de rezidențiat. Durata rezidențiatului este de cinci ani. Rotirea prin diferite spitale este obligatorie în perioada de rezidențiat, însă întreaga formare nu poate avea loc exclusiv în spitale non-universitare. Sunt posibile atât formarea în sectorul ambulatoriu, cât și în cabinete medicale private. Nivelul minim de competență lingvistică cerut este C1. Pentru șederile care depășesc 12 luni, absolvenții trebuie să obțină un *personnummer*, un număr unic de identificare. Pentru a aplica la programele de rezidențiat, candidații pot consulta oportunitățile disponibile pe site-ul Asociației Medicale Suedeze și pot trimite aplicațiile care respectă criteriile de eligibilitate. Procesul de admitere poate presupune trimiterea unor documente, precum foaia matricolă și CV-ul, către biroul de admitere. Candidații selectați pe lista scurtă pot fi invitați la interviuri, al căror format poate varia. Decizia finală aparține comitetului de admitere al programului, iar candidații așteaptă scrisorile de acceptare sau respingere. Cei acceptați trebuie ulterior să obțină un permis de muncă, un proces care presupune prezentarea mai multor documente, inclusiv o ofertă de muncă validă din partea programului de rezidențiat, și care poate dura câteva luni. Salariul de început al unui rezident este de 70.000 €, crescând la 80.000 € în ultimul an de rezidențiat.

Țările de Jos (Olanda)

În anul 2021, Țările de Jos aveau 182,78 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 3,0 (OECD).

Țările de Jos, încadrate într-un regim de protecție socială de tip conservator, impun o perioadă de supraveghere clinică de 3 luni între finalizarea studiilor și începerea rezidențiatului. Țara utilizează un examen național de admitere în rezidențiatul medical, considerat de dificultate moderată. Procesul de admitere în *medische vervolgopleiding* este foarte competitiv, întrucât numărul de locuri disponibile anual este limitat. Sunt necesare trei examene – DKV, VGT și DKK – pentru evaluarea cunoștințelor medicale de bază și a abilităților clinice. Există o perioadă de așteptare de două–trei luni pentru realizarea unui „interviu post-examen." Decizia privind specializarea este luată după finalizarea perioadei de supraveghere clinică. Durata rezidențiatului variază între trei și șase ani. Rotirea între spitale este obligatorie în timpul rezidențiatului. De asemenea, este obligatorie efectuarea unei părți din pregătire într-un spital universitar, însă întreaga formare se poate realiza și în spitale non-universitare. Un program de rezidențiat în sectorul ambulatoriu este posibil, însă formarea în cabinete medicale private nu este permisă. Nivelul de competență lingvistică necesar este C1 în limbile olandeză și engleză. Recunoașterea reciprocă a calificărilor este facilitată prin Directiva 2005/36/CE a UE, care reglementează recunoașterea calificărilor profesionale, inclusiv a celor medicale. Durata procesului de aplicare pentru rezidențiat nu este specificată. Nu există un examen final. Salariul de început pentru un rezident este de 42.000 € pe an. Profesia este reglementată de Ministerul Sănătății, Bunăstării și Sportului (CIBG) și de registrul BIG.

Ungaria

În 2021, Ungaria avea 66,82 medici de familie la 100.000 de locuitori (Eurostat), iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 6,8 (OECD). În cadrul unui regim de protecție socială post-comunist, în Ungaria este necesar un stagiu clinic de 24 de luni între absolvirea facultății de medicină și începerea programului de rezidențiat.

Ungaria are un examen național de admitere în rezidențiat, pe care absolvenții trebuie să-l promoveze pentru a accede în programele de formare. Examenul este considerat de dificultate moderată și constă într-un test scris pe subiecte medicale fundamentale. Pentru a fi repartizat într-un program de rezidențiat competitiv, candidații trebuie să acumuleze puncte pe baza performanțelor la examenele de absolvire, cunoștințelor pe specialitate, nivelului de limbă și a unui interviu oral.

Decizia privind specializarea se ia după absolvire. Durata rezidențiatului este cuprinsă între 3 și 6 ani, în funcție de domeniu. Rotația între spitale este obligatorie. Nu există obligația efectuării unei părți din formare într-un spital universitar, iar întregul rezidențiat se poate realiza în spitale non-universitare.

Programul de rezidențiat poate include formare în ambulatoriu, însă formarea în cabinete private nu este posibilă. Cerința lingvistică pentru absolvenții străini este nivel C1 în limba maghiară.

Recunoașterea calificărilor profesionale este reglementată de Directiva UE 2005/36/CE. Nu este menționată durata procesării aplicațiilor pentru poziția de rezident. Examenul final cuprinde atât probe teoretice, cât și practice.

Salariul de început al unui rezident este de aproximativ 25.000 EUR. Profesia este reglementată de Oficiul pentru Autorizări și Proceduri Administrative în Sănătate, împreună cu Camera Medicală Maghiară. De asemenea, Ministerul Resurselor Umane are un rol activ în reglementarea profesiei.

O privire de ansamblu asupra sistemelor medicale europene

În această secțiune, rezum o parte dintre informațiile prezentate anterior sub forma unor tabele care includ date de bază pentru fiecare dintre cele 32 de țări, structurate în jurul a patru teme-cheie: resurse umane în domeniul sănătății, accesul la rezidențiat, nivelurile salariale și mecanismele de specializare. Pentru fiecare temă, evidențiez poziția României și ofer observații succinte cu privire la factorii care atrag absolvenții români de medicină către alte țări din Uniunea Europeană.

Comparație asupra sistemelor de rezidențiat medical din Europa

Analiza arată că țări precum Austria și Belgia prezintă o densitate relativ ridicată atât a medicilor în general, cât și a medicilor de familie, în timp ce țările din Europa de Est și de Sud — inclusiv România — tind să aibă mai puțini medici de familie și să se bazeze într-o măsură mai mare pe îngrijirea medicală spitalicească.

Tabelul 1. Resurse Umane în domeniul sănătății

Țară	Locuitori per medic	Medici de familie la 100,000 de locuitori
Austria		148.25
Belgia	159.46	120.42
Bulgaria		59.67
Cehia	182.78	71.82
Cipru	181.49	120.51
Croația	208.99	82.17
Danemarca		79.53
Elveția		114.47
Estonia	188.38	86.86
Finlanda		
Franța		138.31
Germania	152.39	103.5
Grecia	158.93	46.81
Irlanda	193.89	233.31
Islanda	120.05	56.64
Italia	137.68	82.15
Letonia	203.44	76.84
Liechtenstein	286.0	107.19
Lituania	203.03	102.5

Țară	Locuitori per medic	Medici de familie la 100,000 de locuitori
Luxemburg		
Malta	179.61	84.85
Norvegia	144.13	100.18
Polonia	242.64	88.51
Portugalia	177.92	298.18
Regatul Unit		
Romania	323.28	79.21
Slovacia		
Slovenia		69.26
Spania	167.07	94.4
Suedia	139.14	60.9
Țările de Jos	238.1	182.78
Ungaria	162.82	66.82

Indicatori analizați: *numărul de locuitori per medic, numărul de medici de familie la 100.000 de locuitori.*

În România, lipsa medicilor de familie și distribuția inegală a personalului medical generează presiune asupra rezidenților și limitează diversitatea formării profesionale. Țările cu sisteme de sănătate mai bine dotate din punct de vedere al resurselor umane oferă adesea mentorat structurat, sarcini de muncă mai ușor de gestionat și traiectorii profesionale mai clare pentru medicii rezidenți. Aceste elemente sporesc satisfacția profesională și calitatea formării — factori de atracție majori pentru absolvenții români frustrați de spitale insuficient personalizate și de policlinici urbane suprasolicitate.

Tabelul 2. Accesul la rezidențiat și structura programului

Țară	Durata stagiului (luni)	Examen de admitere (Da/Nu)	Tip examen	Durata rezidențiatului (ani)	Nivel de competență lingvistică
Austria	9	Nu	Dereglementat	4 > 6	C1
Belgia	0	Nu	Dereglementat	3 > 6	B2
Bulgaria	0	Da	Moderat	3 > 5	B2
Cehia	6	Da	Dificil/Rigid	3 > 6	C1
Cipru	0	Da	Dificil/Rigid	4	C1
Croația	3	Nu	Dereglementat	4 > 6	B2
Danemarca	12	Nu	Dereglementat	5 > 6	C1
Elveția	0	Nu	Dereglementat	3 > 6	B2
Estonia	0	Nu	Dereglementat	3 > 5	C1
Finlanda	6	Nu	Dereglementat	5 > 6	B2
Franța	0	Da	Dificil/Rigid	3 > 6	B2
Germania	0	Nu	Dereglementat	5 > 6	C1
Grecia	12	Nu	Dereglementat	3 > 7	B2
Irlanda	12	Nu	Dereglementat	4 > 8	C1
Islanda	12	Nu	Dereglementat	5	B1
Italia	12	Da	Dificil/Rigid	4 > 5	C1
Letonia	0	Nu	Dereglementat	3 > 6	C1
Liechtenstein	0	Nu	Dereglementat	3 > 5	C1
Lituania	0	Nu	Dereglementat	3 > 6	B1
Luxemburg	0	Nu	Dereglementat	5	B2
Malta	24	Nu	Dereglementat	5	C1

Țară	Durata stagiului (luni)	Examen de admitere (Da/Nu)	Tip examen	Durata rezidențiatului (ani)	Nivel de competență lingvistică
Țările de Jos	3	Da	Dificil/Rigid	3 > 6	C1
Norvegia	18	Nu	Dereglementat	4 > 5	C1
Polonia	6	Nu	Dereglementat	5 > 6	B2
Portugalia	12	Da	Moderat	4 > 6	B2
Regatul Unit	24	Nu	Dereglementat	3 > 8	C1
România	0	Da	Dificil/Rigid	3 > 7	B2
Slovacia	12	Da	Moderat	2 > 5	B2
Slovenia	6	Nu	Dereglementat	4 > 6	C1
Spania	0	Da	Dificil/Rigid	4 > 5	C1
Suedia	6	Nu	Dereglementat	5	C1
Țările de Jos	3	Da	Dificil/Rigid	3 > 6	C1
Ungaria	24	Da	Dificil/Rigid	3 > 6	C1

Indicatori analizați: *existența și tipul examenului de admitere, durata stagiului premergător rezidențiatului, durata rezidențiatului, cerințele lingvistice.*

În România, accesul la rezidențiat este determinat de un examen național standardizat — cu miză mare, competitiv și esențial pentru traiectoria profesională. Prin contrast, țări precum Germania, Suedia sau Țările de Jos se bazează pe procese de recrutare coordonate de spitale, în care candidații aplică direct pentru posturi și sunt evaluați pe baza interviurilor, a experienței clinice anterioare și a competențelor lingvistice. Multe țări din Europa de Vest nu organizează un examen național fix și oferă mai multă flexibilitate în ceea ce privește momentul și locul începerii formării.

Tabelul 3. Salariile medicilor rezidenți

Țară	Salariu de început (brut anual, €)	Salariu în ultimul an (brut anual, €)
Austria	70000	98000
Belgia	33527	61000
Bulgaria	20000	30000
Cehia	50000	80000
Cipru	38700	54000
Croația	60000	80000
Danemarca	50000	70000
Elveția	80000	116000
Estonia	30000	40000
Finlanda	45000	70000
Franța	60000	70000
Germania	60000	80000
Grecia	20000	30000
Irlanda	70000	90000
Islanda	40000	53000
Italia	25000	35000
Letonia	16000	20000
Liechtenstein	70000	90000
Lituania	20000	30000
Luxemburg	40000	65000
Malta	30000	35000
Norvegia	60000	80000
Polonia	20000	30000

Țară	Salariu de început (brut anual, €)	Salariu în ultimul an (brut anual, €)
Portugalia	23000	29000
Regatul Unit	67000	100000
România	23496	32575
Slovacia	20000	33571
Slovenia	25000	38000
Spania	25000	35000
Suedia	70000	80000
Țările de Jos	42000	60000
Ungaria	25000	30000

Indicatori analizați: *salariul anual brut în primul și în ultimul an de rezidențiat (exprimat în euro).*

Structura rigidă a sistemului centralizat din România determină mulți absolvenți capabili să aleagă calea emigrației, mai ales pe cei care nu performează optim la examene scrise, dar excelează în practică clinică. Posibilitatea de a aplica direct la un spital sau la un program de specializare în străinătate — fără a fi condiționați de un scor unic național — oferă candidaților un sentiment mai mare de autonomie și este percepută ca fiind o abordare mai umană și bazată pe merit.

În toate țările analizate, valorile prezentate reprezintă salariile brute anuale. Țările din Europa de Vest și de Nord tind să ofere salarii mai mari pentru medicii rezidenți — variind între 30.000 € și peste 90.000 € anual — în timp ce salariul brut anual în România este de aproximativ 23.496 €, situându-se astfel peste nivelul unor state din Europa de Est și chiar din sudul Europei.

Totuși, este important de menționat că în țări precum Austria, Franța sau Suedia, salariile brute sunt adesea supuse unor impozite și contribuții sociale ridicate, ceea ce reduce considerabil venitul net lunar. Prin contrast, România beneficiază de un regim fiscal mai favorabil pentru personalul medical, ceea ce face ca venitul net să fie, în unele cazuri, mai competitiv decât sugerează cifrele brute. În plus, unele țări oferă diverse forme de sprijin (cazare, mese, prime), care nu sunt întotdeauna reflectate în salariul brut, dar contribuie la un pachet salarial general mai atractiv.

Deși România nu oferă cele mai mari salarii pentru medicii rezidenți, nici nu se situează la coada clasamentului. Ajustând în funcție de impozitare și costul vieții, venitul rezidenților români poate fi comparabil cu cel din anumite state membre ale UE, sau chiar mai bun. Prin urmare, salariul nu reprezintă, în mod izolat, principalul factor de emigrare. Mai degrabă, acesta se combină cu nemulțumiri sistemice — precum lipsa de transparență, repartizarea rigidă pe posturi sau infrastructura deficitară — care determină absolvenții români să își caute formarea profesională în străinătate. Țările care oferă atât salarii mai mari, cât și condiții de lucru mai bune, rămân în mod clar mai atractive, dar diferența salarială nu este întotdeauna atât de drastică pe cât se crede.

O caracteristică definitorie a sistemului de rezidențiat medical din România este modul în care se face repartizarea pe specializări: după examenul național de admitere, exclusiv pe baza unui clasament național. Deși acest sistem este conceput să

fie transparent și meritocratic, în practică duce frecvent la situații în care absolvenții de medicină ajung în specializări pe care nu le-au ales, doar în funcție de punctaj și de disponibilitatea locurilor. Astfel, un candidat care își dorește dermatologie sau chirurgie poate ajunge, din cauza unui punctaj mai mic, în sănătate publică sau anatomie patologică — nu din vocație, ci din lipsă de opțiuni.

Tabelul 4. Specializarea și factorii decizionali

Țara	Momentul alegerii specializării	Reglementarea testului de admitere
Austria	La absolvire	Dereglementat
Belgia	În timpul rezidențiatului	Dereglementat
Bulgaria	La absolvire	Moderat
Cehia	Mixed	Dificil/Rigid
Cipru	În timpul rezidențiatului	Dificil/Rigid
Croația	La absolvire	Dereglementat
Danemarca	Mixed	Dereglementat
Elveția	În timpul rezidențiatului	Dereglementat
Estonia	Mixed	Dereglementat
Finlanda	La absolvire	Dereglementat
Franța	În timpul rezidențiatului	Dificil/Rigid
Germania	Mixt	Dereglementat
Grecia	Mixt	Dereglementat
Irlanda	La absolvire	Dereglementat
Islanda	Mixt	Dereglementat
Italia	În timpul rezidențiatului	Dificil/Rigid
Letonia	Mixt	Dereglementat
Liechtenstein	La absolvire	Dereglementat
Lituania	La absolvire	Dereglementat
Luxemburg	La absolvire	Dereglementat
Malta	Mixt	Dereglementat
Țările de Jos	Mixt	Dificil/Rigid
Norvegia	În timpul rezidențiatului	Dereglementat
Polonia	Graduation	Dereglementat
Portugalia	Graduation	Moderat
Regatul Unit	Mixt	Dereglementat
România	În timpul rezidențiatului	Dificil/Rigid
Slovacia	Mixt	Moderat
Slovenia	Mixt	Dereglementat
Spania	În timpul rezidențiatului	Dificil/Rigid
Suedia	În timpul rezidențiatului	Dereglementat
Țările de Jos	Mixt	Dificil/Rigid
Ungaria	Mixt	Dificil/Rigid

Indicatori analizați: *momentul alegerii specializării (la absolvire sau după examenul de admitere în rezidențiat), tipul de reglementare a procesului și nivelul de autonomie în alegerea specializării.*

Prin contrast, în țări precum Germania, Țările de Jos sau Suedia, absolvenții pot aplica direct la spitale sau programe de formare în specialitatea dorită, selecția bazându-se pe interviuri, CV-uri și scrisori de motivație. Acest model le oferă libertatea de a-și alinia parcursul profesional cu obiectivele proprii, personalitatea și punctele forte din practica clinică.

Această diferență structurală reprezintă unul dintre cei mai puternici factori de emigrare pentru absolvenții români. Imposibilitatea de a-ți alege specializarea — un element esențial în cariera medicală — generează nemulțumire pe termen lung și sentimentul că viitorul profesional nu se află în propriul control. Prin comparație, sistemele care oferă autonomie individuală și libertatea de alegere, precum cel german, sunt extrem de atractive pentru studenții români. Chiar dacă este necesară învățarea unei limbi străine sau adaptarea la un alt sistem de sănătate, oportunitatea de a-și alege drumul profesional justifică efortul. Acest factor, de unul singur, depășește adesea considerentele financiare și devine o motivație centrală pentru emigrare.

VII. ÎN CĂUTAREA CATEGORIILOR: O PRIMĂ PRIVIRE ASUPRA DATELOR

După colectarea datelor complete privind sistemele de rezidențiat medical din țările europene analizate, am procedat la clasificarea acestor țări în funcție de tipul examenului de admitere în rezidențiat. Acest demers a evidențiat două categorii principale de țări: cele care organizează un examen național și cele care nu dispun de un astfel de examen, unde admiterea se bazează în principal pe metode alternative, precum interviuri sau evaluarea dosarului profesional.

Categoria 1: Țări cu examen la nivel național

Țările care utilizează un examen național pentru admiterea în programele de rezidențiat medical au fost împărțite în continuare în două subcategorii:

- **Examen dificil/rigid:** În aceste țări, examenul este foarte cuprinzător și presupune o evaluare riguroasă a cunoștințelor din multiple domenii medicale. De exemplu, în România, examenul de admitere în rezidențiat constă în rezolvarea a 200 de întrebări tip grilă într-un interval de patru ore. Candidații trebuie să obțină minimum 60% din punctajul maxim național pentru a putea accesa specializarea dorită. În mod similar, Bulgaria utilizează un model de examen național, însă structura acestuia este diferită: candidații trebuie să elaboreze răspunsuri pe două teme specifice dintr-o listă prestabilită.
- **Examen moderat**: Țările din această subcategorie păstrează un examen de admitere, însă acesta este mai puțin exhaustiv. Criteriile de promovare și structura examenului sunt, în general, considerate mai puțin solicitante în comparație cu cele din țările cu examen dificil.

Categoria 2: Țări fără examen național (Examen dereglementat)

În această categorie, țările nu impun un examen național standardizat pentru admiterea în rezidențiat. În schimb, procesul de selecție poate include interviuri sau evaluări care se concentrează mai mult pe abilitățile individuale, experiența profesională și calificările candidaților, decât pe un test scris uniform. Aceste țări sunt considerate mai flexibile în ceea ce privește criteriile de acces în programele de rezidențiat medical.

Complexitatea clasificării

Deși cele două categorii generale oferă un cadru de înțelegere util, o explorare mai aprofundată a sistemelor din fiecare țară a relevat variații semnificative în formatul examenelor, chiar și în interiorul aceleiași categorii. De exemplu, în Cipru, candidații trebuie să treacă două examene scrise, urmate de un examen oral, în timp ce în Cehia examenul național presupune două etape: evaluarea diplomei și un test scris privind legislația cehă și statistica.

Având în vedere aceste complexități, o analiză comparativă exactă s-a dovedit dificilă. Examenele naționale variau considerabil nu doar ca structură, ci și în ceea ce privește limba, durata și accentul tematic. Din acest motiv, deși țările au fost grupate într-un cadru larg, a fost necesară o înțelegere mai nuanțată a fiecărui sistem de rezidențiat pentru a surprinde diversitatea proceselor implicate.

În capitolele următoare, voi analiza mai întâi în ce măsură indicatorii considerați funcționează ca factori de atracție pentru studenți, apoi voi realiza o comparație detaliată între câteva țări selectate, iar în ultimul capitol de analiză voi extinde comparația și voi propune o clasificare ajustată.

VIII. MIGRAȚIA ABSOLVENȚILOR DE MEDICINĂ DIN ROMÂNIA CĂTRE ȚĂRILE UE. REGLEMENTĂRILE CA FACTOR DE ATRACȚIE[2]

Acest capitol examinează în mod explicit migrația absolvenților de medicină din România, delimitând clar domeniul de analiză. Studiul se bazează pe datele actualizate din raportul State of Health in the EU: Romania Country Profile publicat de Comisia Europeană în 2023. Deși numărul de absolvenți de medicină a crescut în ultimul deceniu, forța de muncă din domeniul sănătății rămâne sub media UE (3,2 medici și 7,5 asistente medicale la 1.000 de locuitori, comparativ cu 3,9 și respectiv 8,4 la nivelul UE). În 2019, România se afla pe locul cinci în UE în ceea ce privește numărul de absolvenți de medicină (4.967) și pe locul trei în ceea ce privește absolvenții de asistență medicală (17.549). Totuși, migrația reduce semnificativ forța de muncă disponibilă în sistemul sanitar intern, afectând accesul la servicii medicale și calitatea vieții. Analiza de față explorează într-un mod original rolul pe care îl joacă reglementările în modelarea fluxurilor de migrație, oferind o perspectivă nouă asupra modului în care politicile din țările de destinație acționează ca factori de atracție (pull factors). Constatările arată că țările cu sisteme de admitere în rezidențiat dereglementate sau cu un grad minim de selecție atrag un număr semnificativ mai mare de absolvenți români. Printre destinațiile preferate se numără: Germania, Regatul Unit, Franța, Suedia și Belgia, care împreună concentrează peste 70% dintre intențiile de migrație exprimate. Sistemele de rezidențiat care nu presupun un examen național înregistrează o rată medie de preferință de 69%, în timp ce cele cu cerințe stricte au o rată sub 1%. De asemenea, salariile mai mari și duratele mai scurte ale rezidențiatului au fost identificate ca factori de atracție semnificativi. Un alt factor important în topul țărilor de destinație este faptul că absolvenții au libertatea de a-și alege specializarea, în loc ca aceasta să le fie repartizată în funcție de performanța la un examen.

Introducere

Reglementările existente modelează contextul decizional și influențează opțiunea de a rămâne sau de a părăsi țara. Atât legislația din țările de destinație, cât și cea din țara de origine joacă un rol esențial în configurarea fluxurilor de migrație; lucrarea mea investighează migrația absolvenților români de medicină.

Această cercetare analizează modul în care reglementările din România și din alte țări membre ale UE influențează deciziile de migrație ale absolvenților români de medicină. Spre deosebire de studiile anterioare, care s-au concentrat în principal pe factori economici generali, această lucrare evidențiază în mod original dimensiunea normativă a migrației medicilor absolvenți. Pentru a testa ipoteza formulată, analizez

[2] O formă a acestui capitol a apărut ca Marilena Nicula, 2025, Migration of Medical Graduates from Romania to EU Countries – Regulations as a Pull Factor *Central and Eastern European Migration Review* 1-15. doi: 10.54667/ceemr.2025.32

legislația românească în dinamică și corelez modificările legislative cu evoluția anuală a tendințelor de emigrare, oferind astfel o perspectivă istorică asupra influențelor reglementare.

În continuare, investighez cerințele pentru accederea în rezidențiat în 27 de țări membre UE, în Regatul Unit și în statele EFTA, comparându-le cu modificările în modelele de migrație. Această abordare îmi permite să evaluez măsura în care diferite modele de reglementare influențează decizia absolvenților români de a emigra. Același principiu se aplică și sistemelor instituționale din țările UE. De exemplu, atunci când reglementările din România devin mai restrictive, ne putem aștepta la o creștere a fluxurilor de migrație. În schimb, atunci când o țară de destinație adoptă politici mai favorabile imigranților din alte state membre UE, este de așteptat ca numărul medicilor români care aleg să emigreze către acea țară să crească.

Prin urmare, studiul meu corelează modificările legislative atât din țările de destinație, cât și din România, cu fluctuațiile anuale ale fluxurilor de migrație medicală din România către diverse state ale Uniunii Europene.

Migrația medicilor din România oferă un cadru relevant pentru a examina aceste legături între schimbările legislative, întrucât, conform datelor Eurostat din 2020, România ocupă primul loc în Europa în ceea ce privește rata absolvenților în medicină, cu 26,3 la 100.000 de locuitori, depășind semnificativ media UE de 15,9. În plus, există un „deficit special cronic" de personal medical, care afectează sistemul de sănătate în diverse regiuni ale țării.

Întrebarea specifică de cercetare: *„Cum influențează reglementările privind rezidențiatul din țările de destinație deciziile de migrație ale absolvenților de medicină din România?"*

Abordarea metodologică implică, în prima etapă, analiza legislației românești în dinamică și examinarea evoluției emigrației medicale, urmărind corelarea celor două variabile. În a doua etapă, analizez cerințele din sistemele de rezidențiat medical din toate cele 27 de state membre ale Uniunii Europene, precum și din Regatul Unit și țările EFTA, comparând rezultatele cu modificările survenite în fluxul anual de absolvenți români de medicină înregistrați la ordinele profesionale din respectivele țări.

Într-o lume a migrației fluide, această lucrare abordează problema emigrării unui grup profesional specific: absolvenții de medicină. În timp ce literatura anterioară a subliniat diverși factori de tip „push and pull" la nivel individual (Lee, 1966), studiul de față se remarcă prin concentrarea asupra unor factori de atracție concreți, legați de reglementările sistemelor de rezidențiat din țările de destinație. Abordarea vizează o sursă principală de profesioniști medicali migranți — România — și urmărește potențialele corelații dintre intențiile de migrație ale studenților la medicină și reglementările existente în țările europene în care aceștia își doresc să se specializeze.

România devine astfel un cadru ideal pentru a analiza ce anume atrage viitorii specialiști medicali către alte state. Principala întrebare de cercetare formulată în acest studiu este: *în ce mod influențează diferitele sisteme de sănătate decizia de migrație a absolvenților?* Limitând analiza la spațiul european, explicația propusă se bazează pe teoria push-pull și pune accent pe rolul reglementărilor. Aranjamentele mai flexibile privind rezidențiatul, criteriile de admitere mai puțin restrictive, salariile mai mari așteptate și competiția redusă sunt ipotezate ca variabile contextuale relevante pentru atragerea absolvenților străini. Mai exact, în timp ce primii factori menționați se referă la aspecte ale reglementării care pot fi ajustate pentru a atrage absolvenți din alte țări, ultimul indică un determinant structural al oportunităților post-rezidențiat.

Pentru a testa care dintre acești factori sunt cu adevărat relevanți în atragerea viitorilor specialiști medicali, am compilat o bază de date privind sistemele de sănătate europene, am realizat analize bivariate asupra intențiilor de migrație și am aplicat mai multe modele multivariate. Abordarea este una inovatoare în domeniu și oferă date originale pentru compararea sistemelor de rezidențiat din Europa.

În secțiunile următoare, voi prezenta mai întâi fundamentul conceptual pentru selecția principalilor factori de atracție (*pull factors*), apoi voi discuta rezultatele obținute și, în final, voi formula implicații de politică publică.

Cadru teoretic

Principiile teoriei clasice *Push-Pull* (Factori de respingere – Factori de atracție) reprezintă un punct de plecare valoros. În 1966, teoria migrației formulată de Everett S. Lee a apărut, susținând că deciziile privind migrația decurg dintr-o interacțiune complexă a unor factori grupați în patru domenii: caracteristicile locului de origine, caracteristicile zonei de destinație, obstacolele intermediare care îngreunează deplasarea și motivațiile individuale ale potențialilor migranți. Teoria a fost revizuită în mod repetat, dar rămâne valabilă în forma sa de bază (Moullan Y. în Czaika & Reinprecht, 2022; Faridi 2018).

Ca în orice formă de migrație a persoanelor cu înaltă calificare, și în cazul migrației personalului medical, factorii de respingere și de atracție sunt variați. (Păunică et al., 2017; Mayda, 2010; Voicu & Croitoru, 2023). Migrația medicilor din România este raportată ca fiind influențată de o combinație între acești factori (Lee, 1966). Așa cum se susține în cazul migrației de înaltă calificare, factorii de respingere tind să joace un rol mai redus (Mayda, 2010).

Axându-ne pe factorii de atracție, literatura de specialitate identifică drept factori principali pentru medici: rata scăzută a șomajului (Urbański, M, 2022), remunerația bună (Becker & Teney, 2020; Blacklock et al., 2013; Botezat & Ramos, 2020; Kline, 2003), infrastructura medicală dezvoltată, care permite evoluția profesională și conferă prestigiu mai mare (Becker & Teney, 2020; Blacklock et al., 2013), cererea crescută

pentru profesia medicală – fie ca urmare a îmbătrânirii populației (Botezat & Ramos, 2020), fie ca urmare a unei densități scăzute de furnizare a serviciilor medicale, în special a unui număr redus de medici (Moullan, 2018), sau a cheltuielilor în sănătate (Moullan, 2018; Yakovlev & Steinkopf, 2014), deși nu există consens privind direcția acestei relații.

Plecând de la această idee, am ales să mă concentrez asupra factorilor de atracție legați de cadrul instituțional, deja menționați anterior. Cercetările arată că un cadru instituțional bine structurat se numără printre cei mai importanți factori de atracție pentru persoanele din țările dezvoltate (Aziz et al., 2022). Cu toate acestea, dimensiunea instituțională specifică profesiei medicale este rareori analizată atunci când se evaluează migrația profesioniștilor din domeniul sănătății – deși s-a demonstrat că există diferențe semnificative între țări, chiar și în cadrul aceleiași regiuni. Un exemplu relevant este oferit de Cudalb & Greisser (2020), care compară cerințele de intrare în profesie după absolvire în Polonia, România și Germania – primele două fiind surse importante de migrație medicală către cea din urmă.

Focalizându-ne pe nivelul Europei Centrale și de Est (ECE): cercetări anterioare realizate de Botezat și Ramos (2020) arată că o rată mai scăzută a șomajului, cererea de servicii de sănătate și o tehnologie medicală mai avansată în țările de destinație sunt principalii factori care determină medicii din ECE să migreze în străinătate. Gruber et al. (2020) adaugă și o calitate mai bună a vieții pe lista acestor factori. În ceea ce privește studenții la medicină, cercetările arată clar că intențiile de migrație sunt ridicate în rândul acestora în întreaga Europă Centrală și de Est (Boncea & Voicu, 2019; Goštautaitė et al., 2018; Janultyte et al., 2011; Kolčić et al., 2024; Krajewski-Siuda et al., 2012; Milić et al., 2023). Pe lângă cercetările anterioare, studii mai recente oferă dovezi că migrația medicilor români este influențată nu doar de factori economici, ci și de dimensiunile instituționale și de reglementare. De exemplu, Apostu, Dinu și Marinescu (2022) arată cum competențele lingvistice și cerințele profesionale locale afectează direct alegerile de migrație. În mod similar, Zapata, Vujicic și Buchan (2025) subliniază importanța cadrului de politici publice în atenuarea migrației forței de muncă din domeniul sănătății din România, evidențiind lecții relevante pentru factorii de decizie europeni.

În acest sens, consider că sistemul de rezidențiat poate influența semnificativ cât de atractivă este o țară ca destinație pentru specializare. Printre aspectele relevante se numără cerințele de admitere, durata formării, dar și beneficiile potențiale, precum salariul estimat după finalizarea programului.

Examenul național de rezidențiat poate funcționa ca o barieră de acces. Dacă este extrem de dificil și nu sunt suficiente locuri pentru toți candidații care îl promovează, acesta poate descuraja potențialii imigranți. În schimb, un sistem mai flexibil poate facilita integrarea profesioniștilor veniți din alte țări.

Pe plan economic, absolvenții români în medicină sunt adesea motivați să migreze în căutarea unor salarii mai mari și a unor perspective mai bune de carieră în străinătate, comparativ cu cele oferite în România.

Factorii de atracție care îi determină pe absolvenții români ai facultăților de medicină să emigreze pot include:

- **Absența unui examen național de rezidențiat** – În unele țări, accesul în sistemul de specializare nu este condiționat de un concurs național, ceea ce poate reprezenta un avantaj semnificativ pentru tinerii absolvenți.
- **Salarii mai mari și perspective profesionale mai bune** – Alte state oferă remunerații mai atractive și oportunități mai clare de avansare în carieră, ceea ce poate constitui un factor decisiv pentru absolvenții care își doresc stabilitate financiară și dezvoltare profesională.
- **Recunoaștere profesională și posibilități de formare continuă** – Accesul la tehnologii medicale avansate, oportunități de cercetare și recunoașterea meritelor profesionale pot reprezenta motive importante pentru migrarea tinerilor medici care doresc să-și perfecționeze competențele.
- **Calitatea vieții** – Servicii de sănătate mai performante pentru ei și familiile lor, sisteme educaționale performante pentru copiii lor, precum și un trai mai bun pot influența puternic decizia unui viitor specialist de a părăsi România.

Migrația absolvenților de medicină din România este, cel mai probabil, modelată de o combinație de factori de respingere și atracție, dintre care evidențiez, în mod special, pe cei legați de cadrul instituțional, așa cum am argumentat anterior.

Motivațiile pentru emigrare sunt complexe și contribuie la conturarea unor tipare distincte de migrație. Glinos și Buchan (2014) propun o tipologie a migranților din domeniul sănătății, care include persoane aflate în căutarea unui trai mai bun, migranți orientați spre carieră, „migranți-călători" care văd migrația ca pe o oportunitate de a îmbina munca și explorarea altor țări, „migranți navetiști", precum și persoane implicate în activități de îngrijire informală în străinătate (de exemplu, migrație temporară pentru îngrijirea bătrânilor, copiilor sau bolnavilor).

Un studiu realizat de Suciu și colaboratorii (2017) pe tema medicilor români explorează „rădăcinile" migrației profesioniștilor din sănătate. Autorii au analizat intențiile de emigrare ale unui eșantion de 957 de absolvenți ai Facultății de Medicină „Iuliu Hațieganu" din Cluj-Napoca, promoțiile 2013–2015. Rezultatele sunt îngrijorătoare pentru sistemul sanitar românesc: 84,7% dintre respondenți declarau că intenționează să își caute un loc de muncă în străinătate după finalizarea studiilor, iar dintre aceștia, 44,5% urmau deja cursuri de limbi străine, iar 26,5% aplicaseră online pentru posturi în afara țării.

Printre motivele invocate de absolvenți pentru a emigra se regăsesc: salariile mai mari, condițiile mai bune de viață și muncă, oportunitățile de carieră, lipsa locurilor la rezidențiat în specialitatea dorită și nemulțumirea față de sistemul de sănătate din România. Autorii subliniază că, în luarea deciziilor naționale privind viitorul

sistemului sanitar, trebuie luați în considerare toți factorii care pot alimenta intenția de migrare. Deși stabilitatea financiară este, fără îndoială, principalul factor care determină decizia de emigrare, aspectele non-financiare pot avea un rol în limitarea sau temperarea acestui fenomen (Vujicic, 2004).

Situația din România

Situația nu este una recentă. România se confruntă de mai mulți ani cu o criză severă a resurselor umane din domeniul sănătății. Veniturile scăzute, condițiile precare de muncă, lipsa echipamentelor și oportunitățile limitate de dezvoltare profesională sunt doar câțiva dintre factorii care au contribuit, în timp, la această criză.

Potrivit datelor oficiale furnizate de Ministerul Sănătății (răspuns la adresa nr. 1934/a/08.02.2023), numărul medicilor care dețineau dreptul de liberă practică în România era de 48.461 în anul 2018, 49.267 în 2019, 50.287 în 2020, 53.414 în 2021 și 54.683 în 2022. În perioada 2016–2022, au fost eliberate 7.839 de Certificate Profesionale Curente (Certificate of Good Standing), iar 4.398 de absolvenți ai facultăților de medicină nu au intrat într-un program de rezidențiat în România. Certificatul Profesional Curent este emis de Colegiul Medicilor din România și este obligatoriu pentru orice absolvent sau medic care dorește să profeseze în străinătate. Deși acest document nu este un indicator absolut, întrucât reflectă doar intenția medicilor de a lucra în afara țării, nu și plecarea efectivă, datele oferite de Colegiul Medicilor reprezintă cel mai relevant reper disponibil. Chiar și Ministerul Sănătății admite că nu deține o evidență exactă a numărului celor care au emigrat până în prezent.

Autoritățile române nu dispun de informații clare privind țările de destinație preferate de absolvenții facultăților de medicină, motivele concrete care îi determină să-și continue specializarea în străinătate, factorii care îi atrag în acele sisteme și percepțiile acestora asupra deficiențelor sistemului sanitar din România.

Cu toate acestea, valul masiv de plecări, declanșat odată cu aderarea României la Uniunea Europeană în 2007, a generat pierderi de sute de milioane de euro. Este vorba, în principal, de cheltuielile suportate de stat pentru formarea și specializarea medicilor. Pe termen mediu și lung, acest exod a condus la lipsuri în anumite specializări medicale, la scăderea calității serviciilor de sănătate și la creșterea timpilor de așteptare pentru consulturi de specialitate.

Implicațiile pentru politicile de sănătate includ necesitatea elaborării și implementării unor strategii care să acorde prioritate accesului, accesibilității și calității serviciilor medicale, pentru a răspunde nevoilor în continuă schimbare ale populației. Aceste strategii pot viza reducerea inegalităților în sănătate, promovarea medicinei preventive și sprijinirea inovației și cercetării medicale.

De asemenea, angajatorii din domeniul sanitar trebuie să se adapteze schimbărilor în modul de furnizare a serviciilor, precum telemedicina și consultațiile la distanță, și să investească în tehnologii care contribuie la îmbunătățirea îngrijirii pacienților. Totodată, strategiile de recrutare și retenție trebuie consolidate pentru a preveni deficitele de personal și a asigura un corp medical calificat.

Politicile privind migrația ar trebui, la rândul lor, să țină cont de cererea de profesioniști în sănătate din diferite regiuni și țări, încercând să echilibreze mobilitatea internațională a forței de muncă cu sustenabilitatea sistemelor de sănătate naționale.

Metodologie

Pentru a testa ipotezele, utilizez o combinație de surse de date cantitative și calitative, care îmbină informațiile provenite dintr-un sondaj realizat în rândul studenților la medicină — cărora li s-a cerut să își exprime intențiile de migrație — cu informații la nivel de țară pentru toate posibilele destinații europene. Astfel, trei surse principale au stat la baza demersului empiric:

1. Studenții la medicină din șase mari universități medicale din România au fost chestionați în anul 2016 (N=1.117). Universitățile incluse sunt: Iași, București, Cluj-Napoca, Târgu-Mureș, Craiova și Sibiu.
2. Informațiile privind reglementările referitoare la rezidențiatul medical au fost colectate de pe portaluri guvernamentale oficiale și de la colegiile naționale ale medicilor, iar acolo unde acestea lipseau, au fost completate prin contactarea directă, prin e-mail, a funcționarilor relevanți din țările respective.
3. Statisticile Eurostat privind forța de muncă din domeniul sănătății (2020, 2021) au oferit informații suplimentare.

Fiecare sursă de date a fost atent evaluată în ceea ce privește relevanța și comparabilitatea în timp. Modelele de regresie, inclusiv modelele OLS și Tobit, au fost aplicate la nivel de țară pentru a analiza relațiile dintre cadrele de reglementare și tendințele migraționiste. Mai precis, am construit o bază de date la nivel de țară. Variabila dependentă este procentul studenților care intenționează să migreze către țara respectivă, indicator derivat pe baza sondajului menționat anterior.

Din păcate, în prezent nu există o sursă centralizată de evidență națională a personalului medical angajat în sistemul public din România, iar datele referitoare la resursele umane existente în acest sistem sunt, într-o formă sau alta, gestionate de mai multe instituții: Ministerul Sănătății, Colegiul Medicilor din România, Institutul Național de Statistică, direcțiile de sănătate publică, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, diverse ministere cu rețele proprii, unități sanitare private etc.

Prin urmare, variabila dependentă utilizată în această analiză este intenția de migrație exprimată de studenții la medicină. Pentru a o cuantifica, folosesc datele

dintr-un sondaj realizat în anul 2016 în șase dintre cele nouă universități care, la acel moment, ofereau diplome în domeniul medicinei în România (Iași, București, Cluj, Sibiu, Târgu Mureș, Craiova). Rezultatele acestui sondaj sunt prezentate în lucrarea lui Boncea & Voicu (2019) și indică procentul de studenți care intenționau să emigreze în diverse țări europene, raportat la întregul eșantion (N = 1.117). Respondenților li s-a adresat întrebarea dacă intenționează sau nu să emigreze. Variantele de răspuns au fost: „Da, vreau și am început să mă pregătesc să plec", „Da, vreau, dar nu am încă un plan concret", „Nu, niciodată", „Nu știu, nu m-am hotărât". Cei din primele două categorii au fost rugați să indice potențialele destinații.

Tabelul 5. Statistici descriptive ale variabilelor utilizate în modele (nivel de țară)

Tip de variabilă	Variabilă	Specificații	N	Medie / pct	Abatere standard	Min	Max
Variabile dependente	Intenții de migrație: % dintre studenții la medicină care intenționează să migreze către țara respectivă	Eșantion complet	31	7,48	14,12	0	53,7
		Doar cei >0	19	12,6	16,59	0,19	53,7
Variabile independente: cadru instituțional (rezidențiat)	Durata rezidențiatului (ani)	min	31	3,75	0,95	2	5
		max	31	5,72	1,08	2	8
	Examen de admitere în rezidențiat	Dereglementat	21	66%			
		Examen moderat	8	25%			
		Examen dificil/rigid	3	9%			
	Momentul alegerii specializării	La absolvire	9	27%			
		În timpul rezidențiatului	8	25%			
		Mixt	15	48%			
	Nivel de competență lingvistică	B1	2	2,5	0,62	1	3
		B2	12				
		C1	18				
Variabile independente: salarii	Salariu de început ca rezident(minim, brut, mii EURO/an)		31	41,71	20,66	0,02	80
	Salariu în ultimul an de rezidențiat (maxim, brut, mii EURO/an)		25	58,31	29,48	0,03	116
Variabile de control	Dimensiunea populației (millioane)		31	16,59	23,01	0,04	84,36
	Locuitori/medici (mii)		21	0.19	0.05	0.12	0.32
	Medici de familie/100,000 locuitori, 2021		27	105,57	54,85	46,81	298,18

Cele mai mari procente au fost înregistrate pentru: Germania (53% din eșantion), Franța (35%), Regatul Unit (46%), Suedia (26%), Portugalia (37%), Spania (17%), Belgia (17%) etc. Pentru douăsprezece țări (Croația, Cipru, Cehia, Estonia, Grecia, Islanda, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburg, Malta, Slovenia) nu a existat niciun

respondent care să le menționeze ca potențiale destinații. Aceste procente constituie variabila dependentă.

Pentru a evita atribuirea unor efecte distorsionate din cauza dimensiunii eșantionului, analiza se va realiza în două scenarii: în primul scenariu, sunt incluse toate țările, iar celor care nu au fost menționate de niciun respondent li se atribuie valoarea procentuală 0 (Croația, Cipru, Cehia, Estonia, Grecia, Islanda, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburg, Malta, Slovenia); în cel de-al doilea scenariu, analiza este restrânsă doar la țările pentru care cel puțin un student și-a exprimat intenția de a migra.

Desigur, intențiile de migrare nu se traduc întotdeauna în comportamente efective. Cu toate acestea, ele reprezintă un indicator relevant al atractivității unei posibile destinații (Lee, 1966). Analiza intențiilor permite ordonarea țărilor în funcție de gradul lor de atractivitate, ceea ce corespunde obiectivului de a explora factorii de atracție (*pull factors*).

În urma considerațiilor prezentate în secțiunile anterioare, au fost incluse mai multe variabile independente. Acestea caracterizează fiecare sistem de sănătate și se referă în mod specific la: densitatea populației raportată la numărul de medici, perioada de formare necesară între absolvirea facultății și începerea rezidențiatului, cerințele de admitere în rezidențiat, existența sau absența unui examen de admitere, momentul alegerii specializării, durata rezidențiatului, nivelul de competență lingvistică necesar și salariul în timpul rezidențiatului. Fiecare dintre aceste variabile poate acționa ca factor de atracție.

Variabilele care surprind cadrul de reglementare al rezidențiatului medical au fost derivate prin analiza de conținut a reglementărilor naționale care guvernează programele de rezidențiat, completate cu date obținute de la reprezentanți ai instituțiilor relevante din fiecare țară (inclusiv ministere ale sănătății, ministere ale educației și colegii naționale ale medicilor sau organizații echivalente). Pentru fiecare țară a fost aplicat un proces sistematic de documentare, urmat de contactarea directă a reprezentanților oficiali prin e-mail. În timp ce unii au oferit răspunsuri directe, alții au oferit îndrumări sau nu au răspuns. Ori de câte ori a fost posibil, s-a aplicat triangularea datelor pentru a crește fiabilitatea și a asigura comparabilitatea între țări. Având în vedere numărul mare de țări analizate și limitările de spațiu ale acestui articol, detalii metodologice suplimentare și rezultate specifice la nivel de țară pot fi furnizate la cererea autorului.

Datele privind densitatea medicilor provin de la Eurostat și indică numărul de locuitori per medic în fiecare țară. Acest indicator variază semnificativ în Europa, de la 137,68 locuitori/medic în Italia, până la 323,28 în România. Pentru ceilalți factori de atracție, am utilizat atât surse disponibile online, cât și consultări directe cu experți din fiecare țară analizată.

Durata pregătirii necesare între absolvirea facultății și începerea rezidențiatului este exprimată în luni și variază între 0 (în mai multe țări) și 24 de luni (în Ungaria, Malta și Regatul Unit).

Cerințele de admitere în rezidențiat au fost codificate ca variabilă categorică și ordonată, indicând tipul de examen aplicat în fiecare țară. Am identificat trei categorii de examene de admitere în programele de rezidențiat:

- **Dereglementat** – nu există un examen național de admitere, iar selecția viitorilor rezidenți este realizată la nivel local, pe specialități, în funcție de posturile disponibile în spitale (Hardy-Durbenet, 2008);
- **Examen moderat** – de exemplu, examenul poate include două probe (scris și oral), se poate organiza de două ori pe an sau poate consta în dezvoltarea a două subiecte dintr-o listă predefinită etc.;
- **Examen dificil /rigid**– absolvenții susțin un examen național complex, care poate testa orice domeniu al medicinei, iar repartizarea pe specializări se face în funcție de punctaj.

Variabila care reflectă obligativitatea susținerii unui examen de admitere în rezidențiat este, de asemenea, una categorică, și indică prezența (da) sau absența (nu) unui astfel de examen în sistemul național analizat.

O altă variabilă luată în considerare se referă la momentul în care este luată decizia privind specializarea. Și aici am identificat trei categorii: **după absolvire** (în funcție de rezultatele obținute la examenul național de rezidențiat), **în momentul alegerii programului de rezidențiat** (în funcție de posturile disponibile în spitale sau echivalente), și un **sistem mixt** (în care candidații aleg o bază principală de formare pentru programul de specialitate, dar pot rearanja ciclurile de pregătire pe parcursul primului an sau pe durata întregului rezidențiat).

Durata rezidențiatului, exprimată în ani, reprezintă o variabilă numerică și variază de la două ani (Geriatrie, în Belgia) până la opt ani (Chirurgie, în Irlanda și Regatul Unit).

Nivelul de competență lingvistică este o variabilă categorică cu trei trepte: B1, B2 și C1. În setul meu de date, nicio țară de destinație nu solicita doar niveluri de bază, precum A1 sau A2. Totuși, deoarece doar două țări cer nivelul B1, acestea au fost reunite într-o categorie comună **B1/B2**, iar variabila a fost introdusă în analiză ca variabilă dummy.

Salariul în timpul rezidențiatului este ultima variabilă continuă, utilizată pentru a observa salariul brut minim, anual, în euro, pentru un medic rezident aflat în primul an de formare. Acesta variază de la 20.000 euro (în Grecia, Lituania, Polonia) până la 80.000 euro în Elveția.

Prima etapă a analizei constă în analize bivariate, care compară cele opt variabile independente cu variabila dependentă. Ulterior, au fost construite modele OLS (regresie liniară ordinară) pentru a determina care efecte rămân semnificative atunci când sunt controlați alți factori. Dintre variabile, cele privind mărimea populației,

densitatea medicilor, cererea estimată (numărul de locuitori per medic) și intențiile de emigrare au prezentat distribuții asimetrice, motiv pentru care s-au aplicat transformări logaritmice.

Deoarece variabila dependentă este procentul studenților la medicină care intenționează să migreze către fiecare țară europeană, aceasta este continuă, dar cenzurată la extremități (poate lua valori doar între 0 și 100). A fost utilizat și un model Tobit, iar rezultatele obținute au fost similare cu cele ale estimărilor OLS. Din rațiuni de simplitate și lizibilitate, în articol sunt prezentate doar rezultatele modelelor OLS, mai ușor de interpretat.

Având în vedere numărul redus de cazuri pentru care sunt disponibile informații complete (vezi Tabelul 5), au fost aplicate două strategii analitice. În prima etapă, s-au rulat modele care includ doar predictori continui, cu scopul de a selecta pentru etapele ulterioare doar pe cei cu influență semnificativă. În aceste modele inițiale, predictorii includ variabilele de control menționate în Tabelul 5 (dimensiunea populației, densitatea medicilor), salariile din timpul rezidențiatului (la început și la final), precum și durata minimă și maximă a programului de rezidențiat.

După identificarea celor mai relevanți predictori, au fost dezvoltate modele suplimentare care au integrat și ceilalți factori instituționali: gradul de dificultate al cerințelor de admitere, nivelul de competență lingvistică solicitat, perioada de tranziție între absolvire și începerea rezidențiatului, precum și momentul luării deciziei privind specializarea.

A doua strategie analitică, aplicată tot în cadrul modelelor OLS, a vizat testarea robusteții rezultatelor. Întrucât numărul țărilor care nu atrag niciun student este destul de mare, au fost rulate și modele pentru un sub-eșantion care include doar țările în care cel puțin un student și-a exprimat intenția de migrare. Rezultatele au rămas practic neschimbate, confirmând stabilitatea concluziilor.

Rezultatele analizei bivariate

Comparând intențiile de migrație ale studenților români la medicină cu cerințele de admitere în rezidențiat din țările analizate, observăm că principalele destinații preferate sunt: Germania, Regatul Unit, Franța, Suedia și Belgia. Cu excepția Franței, toate aceste țări nu impun un examen național de rezidențiat, iar rezidenții își pot alege specializarea pe parcursul formării sau o pot schimba ulterior.

Un procent de **69% dintre studenți preferă destinații fără examen național de rezidențiat**, în timp ce **31% optează pentru țări cu criterii mai stricte de admitere**. Mai mult, **media procentuală a studenților care intenționează să emigreze în țări cu examene riguroase este sub 1%**.

În ceea ce privește nivelul de competență lingvistică solicitat, dintre destinațiile de top, Belgia și Franța cer nivelul B2, în timp ce Germania, Regatul Unit și Suedia impun nivelul C1. Luând în considerare toate cele 32 de țări din eșantion, cele care cer

B1 atrag în medie 6% dintre studenți, cele care solicită B2 – 38%, iar cele cu cerința C1 – 56%.

Salariile brute anuale pentru rezidenții aflați în primul an variază considerabil între cele cinci țări:

- Belgia: între **38.557 și 69.280 euro** (medie: 55.557 euro),
- Germania și Franța: aproximativ **60.000 euro**,
- Regatul Unit: în jur de **67.000 euro**,
- Suedia: aproximativ **70.000 euro**.

Prin comparație, salariul minim brut anual al unui medic rezident în România este de **23.496 euro**.

Rezultatele analizei multivariate

Modelele inițiale, care au inclus doar predictori continui, indică faptul că salariul de început și salariul la finalul rezidențiatului nu pot fi introduse simultan în analiză din cauza colinearității. Norvegia se comportă ca un caz atipic semnificativ, influențând forma relației în ceea ce privește durata rezidențiatului. Atât variabila privind **densitatea medicilor de familie raportată la populație**, cât și cea referitoare la **cererea estimată (locuitori per medic)** s-au dovedit a fi nesemnificative statistic.

Ca urmare, s-a decis rularea modelelor fără Norvegia și utilizarea variabilei privind densitatea, deoarece implică un număr mai mic de valori lipsă. Durata minimă a rezidențiatului nu are efect asupra intențiilor de migrare, în timp ce **durata maximă** are un **efect negativ redus**, ceea ce sugerează că o perioadă mai lungă de formare descurajează intenția de emigrare (a se vedea: tst01a, tr11a, p01a, s01a în Tabelul 6). În consecință, această variabilă a fost păstrată în modelele ulterioare.

Tabelul 2 rezumă rezultatele analizelor realizate pe întregul eșantion. Un set de factori predictivi de bază a fost menținut neschimbat, ținând cont de condițiile structurale (dimensiunea populației), potențialul pieței (densitatea), beneficiile financiare așteptate (salariile) și indicatorul relevant pentru cadrul instituțional al rezidențiatului – durata acestuia. Apoi, în fiecare model, a fost adăugat un alt factor legat de modelul instituțional. După cum s-a menționat, numărul redus de cazuri nu permite includerea a mai mult de un factor în fiecare model.

Durata rezidențiatului rămâne semnificativă în aproape toate modelele (tst01a, tr11a, p01a and s01a), ceea ce arată un efect constant. Studenții sunt mai puțin atrași de sistemele de formare medicală în care rezidențiatul durează mai mult.

Totuși, ceilalți factori legați de rezidențiat nu au relevanță atunci când sunt controlați prin predictorii de bază. Tipul de admitere menține diferențele între categorii în cadrul eșantionului (a se vedea tst01a and tst02a), ceea ce înseamnă că studenții prezintă intenții de migrație mai ridicate către țările în care examenul este absent sau slab reglementat și preferă într-o măsură mai redusă țările în care este instituit un examen mai dificil.

Numărul de luni necesare pentru formare între absolvire și începerea rezidențiatului nu produce niciun efect, indiferent de modul în care este modelat (a se vedea tr11a and tr12a). Nivelele de competență lingvistică sunt, de asemenea, nesemnificative și indică faptul că, în cadrul eșantionului, studenții preferă ușor țările în care este necesar un nivel de competență mai ridicat (a se vedea p01a and p02a). Totuși, fără a cunoaște nivelul real de competență lingvistică al studenților în limbile respective, nu se poate trage o concluzie clară în acest sens. De asemenea, **nesemnificativă**, decizia privind momentul specializării este slab asociată în eșantion cu intențiile de migrație: studenții au o preferință ușor mai mare pentru sistemele care amână decizia privind specializarea pentru etape ulterioare.

Tabelul 6. Rezultatele modelelor de regresie: toate țările, indiferent de intențiile de migrație ale studenților

	Denumirea modelului è	tst01a	tst02a	tr11a	tr12a	p01a	p02a	s01a	s02a
Cadru instituțional	Admitere: Dereglementat	0.00	0.00						
	Admitere: Examen moderat	-0.75	-1.13						
	Admitere: Examen dificil/ rigid	-0.26	-0.48						
	Training între absolvire și rezidențiat (traineeship) (luni)			0.01	0.00				
	Nivel competență lingvistică: B1/B2					0.00	0.00		
	Nivel competență lingvistică: C1					0.37	0.40		
	Moment alegere specializare: Absolvire							0.00	0.00
	Moment alegere specializare: Mixt							0.44	0.48
	Moment alegere specializare: În timpul rezidențiatului							0.86	1.02
	Durata rezidențiatului (ani): max	-0.56*	-0.56†	-0.49**	-0.38†	-0.43**	-0.34†	-0.26	-0.13
Salariul așteptat	Salariu inițial rezidențiat (minim, brut, mii EURO/an)	0.03**		0.04***		0.03***		0.03**	
	Salariu final rezidențiat (maxim, brut, mii EURO/an)		0.02†		0.02*		0.02**		0.02†
densitate: medici de familie/100.000 locuitori (logaritmic)		0.14	0.37	-0.05	0.08	-0.07	0.05	-0.07	0.02
dimensiunea populației (millioane, logaritmic)		0.64***	0.63**	0.61***	0.56***	0.61***	0.57***	0.52***	0.46**
	Constantă	1.34	0.81	1.46	0.69	1.10	0.48	0.15	-0.64
	Observații	26	23	26	23	26	23	26	23
	R^2 Ajustat	0.649	0.486	0.650	0.465	0.669	0.492	0.676	0.506

Notă: Categorii de referință: competență lingvistică B1/B2, moment alegere specializarea: Absolvire. Tipul de admitere: dereglementat.

Rezultatele rămân practic neschimbate atunci când eșantionul este redus la țările către care cel puțin un student intenționează să migreze. În general, rămânem cu efectul puternic și constant al duratei rezidențiatului (tst01a, tr11a, p01a, s01a) și cu atractivitatea salariilor mai mari și a țărilor mai populate.

Discuții și implicații

Lucrarea explorează interacțiunea complexă dintre reglementări, intenția de migrație a absolvenților de medicină din România și dinamica sistemelor de sănătate. Analiza relevă că absolvenții de medicină din România care emigrează sunt influențați de diverși factori de atracție, evidențiind în special factorii legați de rezidențiat care sporesc atractivitatea destinațiilor europene.

Germania, Regatul Unit, Franța, Suedia și Belgia au fost cele mai populare alegeri ca destinații europene pentru români. Analiza bivariată a scos în evidență preferințele studenților la medicină, arătând că 69% dintre aceștia și-au exprimat intenția de a migra către țări care nu impun un examen național pentru admiterea în rezidențiat, în timp ce 31% au preferat țări cu un examen riguros. Dintre cei care au luat în considerare destinații cu un examen național strict, 48% au indicat preferință clară pentru Franța, 23% pentru Spania și 21% pentru Italia. Procentul studenților care au optat pentru țări cu examene blânde este sub 1%, mai exact 0,4%.

În analiza multivariată, doar durata rezidențiatului (tst01a, tr11a, p01a, s01a) și salariile așteptate (tst01a, tst02a, tr11a, tr12a, p01a, p02a) au apărut ca factori semnificativi ai preferințelor de migrație. Cu cât rezidențiatul este mai lung, cu atât țara devine mai puțin atractivă. În schimb, salariile mai mari, atât la începutul cât și la finalul rezidențiatului, sporesc atractivitatea unei țări. Deși dimensiunea țării joacă și ea un rol (toate modelele), cererea de pe piața muncii nu influențează semnificativ intențiile de migrație.

Un factor de atracție important identificat în țările de destinație de top este posibilitatea absolvenților de a-și alege specializarea, în loc ca aceasta să fie repartizată pe baza rezultatelor la examen. O decizie ulterioară privind specializarea are un efect pozitiv (s01a, s02a) în cadrul eșantionului, dar nu este semnificativă statistic, ceea ce nu permite generalizarea acestor constatări. Același lucru se aplică și cerinței mai ridicate privind competențele lingvistice (p01a, p02a), care, în cadrul eșantionului de țări, crește ușor intențiile de migrație.

România se confruntă cu o nevoie critică de reformare a sistemului său de rezidențiat pentru a aborda factorii care determină migrația medicilor. Acest lucru presupune reformarea sistemului actual de admitere în rezidențiat. România ar trebui să ia în considerare modele precum cele din Germania sau Elveția, recunoscute pentru transparența lor, selecția meritocratică și accentul pus pe formarea practică. În plus, rămâne esențială rezolvarea problemelor legate de salariile mici, condițiile de muncă inadecvate și oportunitățile limitate de dezvoltare profesională, pentru a reține personalul medical calificat și a reduce deficitul național de profesioniști din domeniul sănătății.

Țările de destinație, în special cele identificate în studiu, au de asemenea o responsabilitate. Acestea ar trebui să ia în considerare implicațiile etice ale atragerii de

talente medicale din străinătate și să se asigure că sistemele lor de sănătate pot integra eficient acești profesioniști.

Studiul de față evidențiază necesitatea ca România să își reformeze sistemul de formare în rezidențiat, în special în ceea ce privește transparența admiterii, alinierea la bunele practici europene și îmbunătățirea stimulentelor financiare. În același timp, țările de destinație trebuie să ia în calcul implicațiile etice ale atragerii de profesioniști medicali formați în alte state, pentru a asigura o planificare sustenabilă a forței de muncă în sănătate. Aceste constatări sunt în concordanță cu studii mai recente care subliniază faptul că factorii instituționali de atracție rămân decisivi. Zapata, Vujicic și Buchan (2025) susțin că răspunsurile adecvate din partea politicilor publice pot atenua migrația, în timp ce Apostu, Dinu și Marinescu (2022) oferă dovezi privind importanța cerințelor lingvistice și profesionale. Integrarea unor astfel de perspective consolidează relevanța politică a rezultatelor noastre și sugerează că reformele din România ar trebui să vizeze atât transparența reglementărilor, cât și extinderea oportunităților de dezvoltare profesională. Studiul meu oferă o perspectivă nouă asupra modului în care cadrul de reglementare influențează tiparele de migrație ale absolvenților de medicină. Spre deosebire de cercetările anterioare, care s-au axat în principal pe stimulentele economice, concluziile noastre evidențiază importanța structurilor instituționale în determinarea fluxurilor migratorii.

Cercetările viitoare ar trebui să exploreze date longitudinale pe o perioadă mai extinsă și să realizeze interviuri detaliate cu medicii care migrează, pentru a înțelege mai bine motivațiile acestora.

Limitări metodologice

Datele utilizate pentru a măsura intențiile studenților de a emigra provin din anul 2016, reprezentând cele mai recente informații disponibile. Din păcate, din cauza limitărilor legate de accesibilitatea datelor, nu a fost posibilă obținerea unor date mai actualizate. Este important de subliniat că intențiile exprimate de studenții români la medicină pot suferi modificări în timp, iar concluziile acestui studiu trebuie interpretate cu prudență, având în vedere vechimea datelor.

De asemenea, trebuie menționată dificultatea inerentă în obținerea unor informații precise privind intențiile de migrație ale studenților români în medicină către anumite țări. Lipsa datelor disponibile din partea unor instituții oficiale, precum Ministerul Sănătății sau Colegiul Medicilor din România, reprezintă o limitare, iar studiul se bazează pe surse alternative pentru a surprinde complexitatea acestui fenomen.

Datele din 2016 pot părea vechi pentru evaluarea situației actuale. Totuși, analizele au evidențiat tipare care arată asocieri între fenomene pentru care este puțin probabil ca perioada analizată să fi influențat semnificativ rezultatele. Consider, așadar, că, în ciuda schimbărilor mai recente din societate, concluziile rămân relevante

pentru înțelegerea factorilor structurali care determină intențiile de migrație ale studenților români la medicină. De exemplu, este posibil ca Brexitul să fi eliminat (sau nu) Regatul Unit din lista principalelor destinații, însă faptul că cerințele de admitere sau nivelul salarial previzibil acționează ca factori de atracție rămâne valabil. În plus, subliniez încă o dată că acest studiu se numără printre puținele care abordează intențiile de migrație ale studenților la medicină, în timp ce majoritatea literaturii de specialitate se concentrează pe emigrarea medicilor deja formați. Cu toate acestea, cercetări suplimentare care să confirme stabilitatea acestor rezultate pe baza datelor colectate în anii următori ar fi cu siguranță binevenite.

Mențiuni de recunoștință pentru realizarea acestui capitol

În demersul de a înțelege dinamica complexă a migrației medicilor români și rolul esențial al legislației, doresc să îmi exprim profunda apreciere și recunoștință față de următoarele persoane, care au dat dovadă de remarcabilă răbdare și amabilitate, oferindu-mi cu generozitate perspective valoroase asupra proceselor legislative din țările lor: José Durão și João Carlos Ribeiro, MD, PhD, Profesor de Otorinolaringologie la *Centro Hospitalar Universitário de Coimbra*, Președinte al Consiliului Național pentru Educație Medicală, Facultatea de Medicină, Universitatea din Coimbra (Portugalia); Mette-Louise Mørk, MD, responsabilă cu educația medicală în cadrul *The Danish Health Authority* (Danemarca); Tina Šapec, Secretar General al *Medical Chamber of Slovenia*; Mag. Helene Wöger-Kamleitner, MA, Expert în Afaceri Internaționale, Departamentul Juridic,

Echipa pentru Afaceri Internaționale (Austria); Liina Saar, Specialist Principal, Departamentul Servicii de Sănătate (Estonia).

Mulțumiri speciale se îndreaptă către: Kaisa Halinen, Consilier Ministerial Superior pentru Afaceri Medicale, Departamentul pentru Clienți și Servicii în Domeniul Sănătății și Asistenței Sociale, Unitatea pentru Clienți și Personal (ASI), din Finlanda; și Elisaveta Petrova, Asistent Executiv al Șefului Misiunii și Adjunctului Șefului Misiunii, *OSCE Office for Democratic Institutions and Human Rights (ODIHR)* din Bulgaria, pentru recomandările valoroase privind resursele online relevante din țările lor.

Această colaborare subliniază importanța cooperării internaționale și a cunoașterii partajate în abordarea problemelor complexe legate de migrația profesioniștilor din domeniul sănătății.

IX. ANALIZĂ COMPARATIVĂ A SISTEMELOR DE REZIDENȚIAT MEDICAL: IMPLICAȚII ASUPRA EMIGRAȚIEI ABSOLVENȚILOR DE MEDICINĂ DIN ROMÂNIA[3]

Acest capitol prezintă o analiză descriptivă a sistemelor de rezidențiat medical din Germania, Regatul Unit, Franța și Suedia, care reprezintă principalele destinații pentru absolvenții de medicină din România care doresc să emigreze. În plus, analiza urmărește realizarea unui studiu comparativ care evidențiază în ce măsură sistemul de rezidențiat din România este similar cu cele din aceste țări. Prin examinarea structurii, a proceselor de admitere și a organizării generale a programelor de rezidențiat, studiul urmărește să identifice posibile corelații între acești factori și intenția absolvenților români de a-și continua cariera în străinătate.
Rezultatele evidențiază faptul că modificările aduse procedurilor de admitere și structurii generale a sistemului românesc de rezidențiat pot influența decizia de emigrare a tinerilor medici. Scopul acestui studiu este de a oferi o perspectivă utilă pentru îmbunătățirea politicilor publice din domeniu, în sensul creării unor motivații pentru ca absolvenții de medicină din România să rămână în țară, contribuind astfel la combaterea fenomenului persistent de exod al cadrelor medicale.

Introducere & Literatură

Emigrarea absolvenților de medicină din România, în special către țările din Europa de Vest precum Germania, Franța, Regatul Unit și Suedia, reprezintă o problemă critică pentru sistemul de sănătate românesc (Duica et al., 2021; Suciu et al., 2017). Acest fenomen, cunoscut adesea sub denumirea de *„exod al creierelor"*, reduce dramatic numărul de profesioniști medicali calificați disponibili pentru a deservi populația României (Botezat & Moraru, 2020; Boncea & Voicu, 2019). Deficitul de personal medical generează efecte în lanț asupra societății românești, afectând atât prezentul, cât și perspectivele de viitor în domeniul sănătății (Anghel et al., 2017).

Pe termen scurt, cetățenii români resimt consecințele unui sistem sanitar suprasolicitat. Timpul de așteptare pentru programări, în special la medici specialiști, este mai mare, iar calitatea îngrijirii medicale — în special în zonele rurale — este

[3] Articol publicat cu titlul: *Comparative Analysis of Medical Residency Systems: Implications for Romanian Medical Graduate Emigration* in the Volume Contemporary Society in Crisis: Școala Academică de Sociologie - SAS 2024, 13th edition/ editors: Sorin Cace, Claudiu Coman, Emilian Dobrescu, Vlad Bătrânu-Pințea – Brașov: Editura Universității Transilvania, 2025. ISBN 978-606-19-1778-5.

adesea redusă, ca efect direct al lipsei de medici (Dimitrache et al., 2023; Vlădescu et al., 2016; Voicu et al., 2023). Accesul deficitar la servicii medicale adecvate se poate traduce prin rezultate mai slabe în materie de sănătate la nivelul populației.

Mai mult, unitățile medicale suprasolicitate și cu personal insuficient se confruntă cu o scădere a moralului și o creștere a nivelului de epuizare profesională în rândul cadrelor medicale rămase, ceea ce poate compromite și mai mult calitatea îngrijirii (MDPI, 2018). În absența unui număr suficient de medici experimentați care să formeze noile generații de profesioniști, România riscă să perpetueze acest cerc vicios al deficitului de personal medical. Lipsa personalului calificat poate, de asemenea, descuraja investițiile în cercetare medicală și inovare, ceea ce limitează și mai mult calitatea și accesibilitatea serviciilor medicale pentru generațiile viitoare (Botezat & Moraru, 2020).

În acest context, obiectivul lucrării de față este de a examina caracteristicile principalelor patru sisteme de sănătate către care se orientează studenții români la medicină — Germania, Suedia, Regatul Unit și Franța. Mai precis, atenția este îndreptată asupra sistemelor de rezidențiat medical, care reprezintă primul contact instituțional al unui tânăr medic emigrat cu sistemul medical din țara gazdă.

Analiza comparativă a sistemelor de rezidențiat medical din Europa este de o importanță majoră pentru societate, în special pentru înțelegerea modului în care diferitele regimuri de protecție socială influențează migrația absolvenților de medicină. Asistența medicală este un element esențial al statului social modern și are un impact profund asupra tuturor aspectelor vieții cotidiene, atât la nivel individual, cât și colectiv (Bambra, 2005; Bertin et al., 2021; Mackenbach, 2012).

Deși sistemul de rezidențiat nu este analizat în mod centralizat de un singur autor, numeroase articole și studii explorează diversele sale dimensiuni. Pe agenda academică și în cadrul politicilor europene, dezbaterile legate de furnizarea serviciilor de sănătate se concentrează frecvent pe partea de ofertă: dimensiunea forței de muncă medicale disponibile (World Health Organization, 2022), distribuția acesteia la nivel național, regional și internațional (Peterkin & Puddester, 2024), fenomenele de brain drain și brain gain (Weston & Brown, 2013), precum și pe formarea medicilor (Khan, 2022; Boulé et al., 2003), care a fost recent pusă sub presiune în contextul pandemiei de COVID-19 (Dimitriu et al., 2020; Seifman et al., 2022).

Programele de rezidențiat medical joacă un rol crucial în formarea competențelor și a traiectoriilor profesionale ale noilor medici, influențând în mod direct calitatea serviciilor medicale oferite (Aluttis et al., 2014). Diferențele dintre aceste sisteme la nivel european pot influența semnificativ deciziile absolvenților de medicină, în special ale celor proveniți din țări precum România, care caută oportunități mai bune în străinătate. Prin analiza acestor variații, putem înțelege mai bine factorii care determină migrația personalului medical — un fenomen cu implicații profunde atât pentru țările care pierd acești profesioniști, cât și pentru cele care îi câștigă.

Păstrarea sau migrarea tinerilor medici reprezintă o temă deosebit de relevantă în întreaga Europă, întrucât continentul se confruntă cu provocări legate de distribuția

forței de muncă în domeniul sănătății (Dumont & Lafortune, 2017). Migrația absolvenților de medicină nu este doar o chestiune de alegeri individuale privind cariera, ci reflectă și contexte socioeconomice și politice mai largi (Marchal & Kegels, 2003). Țările care oferă programe de rezidențiat mai atractive și regimuri de protecție socială mai favorabile sunt mai predispuse să atragă absolvenți de medicină din străinătate, ceea ce poate accentua deficitul de personal medical din alte regiuni (Vujicic et al., 2004). Înțelegerea acestor dinamici este esențială pentru factorii de decizie politică, în vederea construirii unor sisteme de sănătate echitabile și sustenabile la nivel european (Kuhlmann et al., 2013), asigurând astfel capacitatea fiecărei țări de a răspunde eficient nevoilor de sănătate ale populației.

Cu toate acestea, în ciuda importanței subiectului, există foarte puține lucrări care să abordeze diferențele existente la nivel european privind modelele de formare a medicilor (Spiers et al., 2021). Această lucrare contribuie la acoperirea acestui gol printr-o perspectivă originală asupra sistemelor de rezidențiat medical din țările europene. Cercetările anterioare s-au concentrat pe tipuri specifice de formare medicală, cum ar fi gastroenterologia (Constantinescu et al., 2022), otorinolaringologia (Quraishi & Quraishi, 2021), neurologia (Crosby et al., 2020), pediatria (Eibensteiner et al., 2022) sau ortopedia (Constantinescu et al., 2022; Rao et al., 2022). Aceste studii au vizat aspecte precum conținutul curricular (Giordano et al., 2021) etc. Lucrarea de față merge mai departe, analizând toate domeniile de specializare și concentrându-se în mod specific asupra prevederilor generale ale programelor de rezidențiat medical, indiferent de specialitate.

Analiza investighează o serie de factori relevanți pentru formarea în rezidențiat în mai multe țări europene. Acești factori includ: cerințele privind examenul de admitere în programele de rezidențiat, procesul de alegere a specializării, natura examenului final de certificare, durata perioadei dintre absolvirea facultății de medicină și începerea rezidențiatului, condițiile de admitere în programele de formare, existența pregătirii în ambulatoriu în cadrul rezidențiatului (atât în clinici ambulatorii afiliate spitalelor, cât și în cabinete private), durata programului de rezidențiat, nivelul de competență lingvistică necesar candidaților, intervalul salarial estimat pentru medicii rezidenți, precum și numărul de medici de familie la 100.000 de locuitori în anul 2021 (folosit ca indicator indirect al distribuției forței de muncă în sănătate).

Analiza include România, Germania, Franța, Regatul Unit și Suedia — principalele țări de destinație pentru absolvenții români de medicină, conform unui sondaj realizat în 2016 în șase dintre cele nouă universități din România care acordau diplome în domeniul medicinii (Iași, București, Cluj, Timișoara, Târgu Mureș, Craiova) (Boncea & Voicu, 2019). Procentajele studenților care intenționau să emigreze în diverse țări europene, raportat la eșantionul total (N = 1117), au fost următoarele: Germania – 53%, Franța – 35%, Regatul Unit – 46%, Suedia – 26%. Pentru fiecare țară în parte, am colectat reglementările relevante și am construit un portret definitoriu al sistemului de rezidențiat medical, comparându-l cu cel din România.

Metodologie

Pentru fiecare sistem medical analizat, a fost luat în considerare un set variat de surse: rapoarte de sănătate ale OECD, statistici de sănătate Eurostat, site-ul *European Junior Doctors* (https://www.juniordoctors.eu/), platforma *Standyou* (https://www.standyou.com), *Worldsalaries.com*, precum și diverse resurse online oficiale aparținând instituțiilor de sănătate din fiecare țară.

Un set de indicatori a fost definit anterior explorării acestor surse. Indicatorii derivă din reflecțiile prezentate în secțiunea anterioară și au ca scop descrierea celor mai importante trăsături ale sistemelor de rezidențiat respective.

În primul rând, se ia în considerare tipul de admitere în programul de rezidențiat medical din țara analizată; în al doilea rând, nivelul de competență lingvistică cerut; în al treilea rând, durata rezidențiatului; în al patrulea rând, eventuala perioadă de formare între absolvire și începerea rezidențiatului; în al cincilea rând, posibilitatea alegerii specializării; în al șaselea rând, salariul medicului rezident; în al șaptelea rând, numărul de medici la mia de locuitori; și, nu în ultimul rând, numărul de medici de familie la 100.000 de locuitori (2021).

Întregul set de indicatori este prezentat în Tabelul 1. Acești indicatori sunt corelați cu condițiile din timpul rezidențiatului, cerințele pentru a fi acceptat în programul de formare și rezultatele așteptate. În acest mod, analiza acoperă întregul proces al formării prin rezidențiat.

Tabelul 7. Indicatorii analizați și motivația alegerii lor

Nivelul de competență lingvistică necesar	Condiție preliminară[4]
Training between graduation and residency (traineeship)	Condiție preliminară[5]
Durata rezidențiatului	Durata formării[6]
Tipul de examen pentru admiterea în rezidențiat	Selectivitate la intrare[7]
Momentul alegerii specializării:	Momentul deciziei privind specializarea[8]
Salariul medicului rezident	Venit așteptat[9]
Locuitori/medici	Factor al cererii[10]
Medici de familie/100.000 locuitori, 2021	Factor al ofertei[11]

[4] Reprezintă o barieră sau un facilitator important în accesul la programele de rezidențiat pentru candidații internaționali

[5] Evidențiază existența unei perioade obligatorii de practică medicală între finalizarea studiilor și începerea rezidențiatului

[6] Reflectă timpul necesar pentru a obține competențele clinice în cadrul rezidențiatului și influențează atractivitatea programului

[7] Indică gradul de competiție și dificultatea admiterii

[8] Arată cât de devreme sau târziu este impusă direcția profesională a viitorului medic

[9] Reflectă atractivitatea financiară a programului de formare în țara de destinație

[10] Oferă o imagine de ansamblu asupra gradului de solicitare a resursei umane medicale

[11] Funcționează ca indicator indirect al acoperirii serviciilor medicale de bază la nivel național

Indicatorii din Tabelul 7 au fost codificați pentru a servi scopurilor analizei. Aceștia sunt prezentați în continuare, pe rând.

În primul rând, procesul de admitere în programele de rezidențiat medical variază. Acesta poate fi clasificat ca „examen dificil" sau „acces facil", în funcție de existența unui examen național ori dacă admiterea se bazează pe un interviu, certificate de competență lingvistică, CV și scrisori de recomandare.

În al doilea rând, au fost analizate condițiile din timpul perioadei de rezidențiat. Această analiză a luat în considerare mai mulți factori:

- Decizia privind specializarea, care se încadrează în trei categorii: selecție bazată pe punctajul obținut la examenul de rezidențiat, alegere făcută după absolvire sau în timpul programului de rezidențiat;
- Posibilitatea și obligativitatea rotirii între diferite spitale pe durata rezidențiatului, această dimensiune fiind clasificată ca *posibilă*, *obligatorie* sau *imposibilă*;
- Dacă întregul program de pregătire poate fi finalizat în spitale non-universitare;
- Disponibilitatea și natura pregătirii în ambulatoriu, analizând dacă aceasta are loc în cadrul unui ambulatoriu afiliat unui spital sau în cabinete medicale private și dacă este *obligatorie*, *voluntară* sau *imposibilă*;
- Nivelul necesar de competență lingvistică (B1, B2, C1 sau C2) și autoritățile de reglementare sau organismele naționale responsabile de certificare.

În al treilea rând, au fost analizate și salariile rezidenților, concentrându-se pe salariul de început (minim, brut, anual, exprimat în euro) și salariul din ultimul an de rezidențiat (maxim, brut, anual, exprimat în euro).

Rezultate: descrierea celor cinci sisteme de rezidențiat medical

România

În anul 2021, **România** avea 79,21 medici de familie la 100.000 de locuitori, iar numărul de paturi de spital la 1.000 de locuitori era de 7,21 (OECD). Admiterea în programele de rezidențiat din România este determinată de Examenul Național de Rezidențiat. Acest examen competitiv este susținut de absolvenții facultăților de medicină și acoperă o gamă largă de cunoștințe medicale. România nu impune o perioadă de stagiu între absolvire și intrarea în rezidențiat.

Decizia privind specializarea este determinată de examenul de rezidențiat. Pe baza punctajului obținut la Examenul Național de Rezidențiat, candidații își pot alege specialitatea și centrul de pregătire dintre opțiunile disponibile. Procesul de selecție este extrem de competitiv.

Nivelul necesar de competență lingvistică este B2. Candidații își aleg specializarea în funcție de rezultate, selectând din posturile disponibile anunțate de Ministerul Sănătății. De regulă, acest examen are loc o dată pe an, toamna; o excepție

a avut loc în 2023, când Ministerul Sănătății a introdus o sesiune suplimentară în luna mai pentru absolvenții promoției 2022 care fie nu au obținut un loc disponibil, fie nu au promovat examenul inițial de rezidențiat.

Parcursul spre specializare durează minimum trei ani și maximum șapte ani (Ordonanța nr. 18/2009 privind organizarea și finanțarea rezidențiatului). Alegerea unei specializări medicale depinde în totalitate de punctajul obținut de candidat la examenul de rezidențiat, care este un test teoretic. Pe baza rezultatelor, absolvenții pot alege specialitatea dorită și locul de pregătire dintr-o listă de posturi disponibile.

Pot apărea provocări, deoarece accentul nu este pus pe competențele dobândite în timpul studiilor universitare, iar candidați mai competenți pot fi dezavantajați, ceea ce poate duce la dificultăți în organizarea unui concurs bazat pe dosar. Ulterior, candidatul poate alege specializarea fie cu post, fie fără post. Alegerea unei specializări *fără post* înseamnă că persoana are dreptul de a se forma în acea specialitate în perioada rezidențiatului, însă statul nu garantează un loc de muncă ulterior, fiind necesară participarea la un concurs pentru ocuparea unui post vacant. Alegerea unei specializări *cu post* presupune că rezidentul știe exact unde va profesa după finalizarea rezidențiatului. Totuși, cerințele sunt ridicate, iar spitalele mari își permit să selecteze dintr-un număr mare de candidați. Spitalele mai mici pot reprezenta o oportunitate pentru cei care nu obțin un loc în unități medicale de prestigiu.

Rezidenții se rotesc prin diverse secții clinice pentru a obține o pregătire cuprinzătoare în specialitatea aleasă. Aceste rotații acoperă domenii esențiale pentru practica viitoare și sunt concepute pentru a oferi o experiență clinică complexă. Progresul rezidenților este evaluat periodic prin examene și evaluări realizate de coordonatorii lor, pentru a asigura atingerea standardelor necesare.

Examenul final: La finalul programului de rezidențiat, medicii trebuie să promoveze un examen final pentru a obține certificarea în specialitatea aleasă.

Profesia este reglementată de Colegiul Medicilor din România și de Ministerul Sănătății.

Programul de lucru reglementat: Orele de lucru ale rezidenților sunt reglementate pentru a preveni suprasolicitarea. Directiva europeană privind timpul de lucru limitează durata medie a săptămânii de lucru la 48 de ore, inclusiv orele suplimentare.

Salariul de început pentru un rezident este de 23.496 € brut anual, crescând la 32.575 € brut anual în ultimul an de rezidențiat. Rezidenții participă la gărzi încă din primul an, dar sunt remunerați pentru acestea abia începând cu anul al treilea.

Beneficii: în perioada rezidențiatului, rezidenții beneficiază de asigurare de sănătate, concediu de odihnă plătit și concediu de maternitate/paternitate.

Recunoaștere și mobilitate: Calificările medicale obținute în România sunt recunoscute în întreaga Uniune Europeană, permițând medicilor să profeseze în alte

state membre fără a fi necesare examene suplimentare de certificare. Acest lucru facilitează mobilitatea și oportunitățile de carieră în întreaga Europă.

Germania

În **Germania**, în anul 2021, existau 103,5 medici de familie la 100.000 de locuitori, iar numărul de paturi de spital era de 7,76 la 1.000 de locuitori (OECD). Sistemul de rezidențiat medical din Germania este cunoscut sub denumirea de *Assistenzarzt Ausbildung*. În Germania nu există un serviciu național de sănătate, iar sistemul de admitere în rezidențiat este descentralizat, candidații aplicând direct la spitale și secții individuale.

După finalizarea studiilor de medicină, absolvenții trebuie să obțină o licență medicală (*Approbation*) pentru a putea practica medicina în Germania. Admiterea în formarea medicală postuniversitară se face într-un sistem liber de piață, fără un calendar fix sau o platformă națională de repartizare. Conform unei tradiții îndelungate, se presupune că medicii rezidenți dobândesc toate competențele necesare direct „la locul de muncă", ceea ce face ca educația formală sub formă de seminare, cursuri sau planuri detaliate de rotație prin diverse specialități să fie în mare parte absentă. Cerințele pentru formarea medicală postuniversitară vizează mai degrabă parcurgerea unor categorii generale de rotații decât acumularea de competențe specifice (Sierocinski et al., 2022:1).

Absolvenții care dețin o licență medicală valabilă în Germania pot aplica direct la spitale pentru posturi de rezidențiat. Nu există o perioadă fixă în care încep rezidențiatele, iar contractele sunt deseori pe termen scurt (Saadoun et al., 2022). Conținutul și durata formării medicale postuniversitare sunt stabilite de camerele medicale ale landurilor, iar Asociația Federală a Medicilor din Germania oferă un model orientativ (Sierocinski et al., 2022). Rezidențiatul durează, în general, între 5 și 6 ani, în funcție de specialitate. Cerințele sunt mai degrabă structurale decât axate pe competențe concrete.

Nivelul de competență lingvistică necesar este C1, evaluat conform Cadrului European Comun de Referință pentru Limbi. Germania nu solicită examene de echivalare pentru absolvenții străini pentru a începe rezidențiatul, ceea ce o face o destinație atractivă pentru medicii internaționali.

În timpul procesului de selecție, candidații trebuie să demonstreze entuziasm față de programul respectiv și o dedicare autentică pentru o carieră în medicină. Decizia privind specializarea este considerată *mixtă*, întrucât candidații aleg specializarea atunci când aplică pentru diferite posturi, dar o pot și schimba pe parcursul rezidențiatului.

Evaluări periodice: Rezidenții sunt evaluați în mod regulat pentru a le fi monitorizat progresul și pentru a identifica eventualele nevoi de îmbunătățire. La finalul rezidențiatului, trebuie să promoveze un examen final organizat de Camera

Medicilor din landul respectiv. Candidații care trec examenul primesc certificarea în specialitatea aleasă.

Program de lucru reglementat: Conform Directivei Europene privind Timpul de Lucru, durata medie a săptămânii de lucru este limitată la 48 de ore, inclusiv orele suplimentare. Multe spitale oferă opțiuni de program flexibil pentru a răspunde nevoilor personale ale rezidenților și pentru a promova echilibrul viață personală – carieră.

Salariu: Salariul de început pentru un rezident este de aproximativ 60.000 € brut anual, în funcție de spital și regiune, și poate ajunge la 80.000 € brut anual în ultimul an. Salariile cresc treptat, reflectând experiența acumulată și responsabilitățile crescânde. În plus, rezidenții beneficiază de compensații suplimentare pentru orele suplimentare, turele de noapte, de weekend sau de sărbători, ceea ce poate crește semnificativ venitul lunar.

Concedii și beneficii: Rezidenții au, în medie, 30 de zile de concediu plătit anual. Germania oferă politici generoase privind concediul parental, inclusiv concediu plătit de maternitate și paternitate. Părinții pot beneficia de până la 3 ani de concediu parental, cu păstrarea locului de muncă și, în anumite condiții, cu alocație parentală (*Elterngeld*).

Toți rezidenții sunt acoperiți de asigurări de sănătate obligatorii, care adesea includ și membrii familiei.

Organisme de reglementare: Formarea medicală în Germania este reglementată de *Approbationsordnung für Ärzte* (ÄApprO), iar Camerele Medicilor din fiecare land sunt responsabile de acreditarea și controlul calității programelor de rezidențiat. Rezidenții pot schimba spitalul în timpul formării fără a-și pierde progresul, ceea ce le oferă o experiență profesională diversificată. Spre deosebire de Regatul Unit, Germania nu are un sistem centralizat de repartizare a locurilor; candidații aplică direct la spitale.

Sprijin psihologic și alte beneficii: Multe spitale oferă servicii de consiliere psihologică pentru a sprijini rezidenții în gestionarea stresului și menținerea stării de bine. Grupurile de sprijin între colegi creează un spațiu de dialog și ajutor reciproc.

Unele spitale oferă locuințe subvenționate sau alocații pentru chirie, în special în orașele mari cu costuri ridicate. De asemenea, pot oferi sprijin pentru relocare celor care se mută din alte regiuni sau din afara țării. Rezidenții beneficiază adesea de reduceri pentru transportul public, ceea ce contribuie la reducerea costurilor de navetă.

Franța

În Franța, în anul 2021, existau 138,31 medici de familie la 100.000 de locuitori, iar numărul de paturi de spital era de 5,65 la 1.000 de locuitori (OECD). Admiterea în programele de rezidențiat din Franța este determinată de *Épreuves Classantes*

Nationales (ECN), un examen național competitiv susținut de absolvenții facultăților de medicină. Acest examen este extrem de riguros și acoperă o varietate de teme medicale prestabilite. Pe baza rezultatelor obținute la ECN, studenții își pot alege specializarea și locația unde își vor desfășura pregătirea în rezidențiat.

Durata rezidențiatului medical în Franța variază între 3 și 5 ani, în funcție de specialitate. De exemplu, medicina generală necesită 3 ani de formare, în timp ce specialitățile chirurgicale pot dura până la 5 ani (Martins Marthino, 2012). Pe parcursul rezidențiatului, rezidenții sunt supravegheați de specialiști cu experiență care le oferă sprijin și mentorat. Acest proces include evaluări și feedback regulat, pentru a se asigura că rezidenții dobândesc competențele necesare.

După finalizarea facultății de medicină, studenții trebuie să promoveze examenul ECN pentru a fi eligibili pentru rezidențiat. Pe baza punctajelor obținute, absolvenții își pot alege specialitatea dorită și centrul de pregătire din lista opțiunilor disponibile.

Rezidenții efectuează rotații prin diferite departamente clinice pentru a obține o formare completă în specialitatea aleasă. Aceste rotații acoperă domenii esențiale pentru practica medicală. Rezidenții sunt evaluați periodic de către mentorii și supervizorii lor clinici, pentru a li se monitoriza progresul și a se asigura respectarea standardelor profesionale.

La finalul programului de rezidențiat, medicii trebuie să promoveze un examen final pentru a obține certificarea în specialitatea aleasă. Certificarea este acordată de Consiliul Național al Ordinului Medicilor. Rezidenții din Franța au flexibilitatea de a-și schimba specialitatea în timpul formării, dacă doresc să urmeze un alt domeniu.

Salariu: Salariul de început pentru un rezident este de aproximativ 60.000 € brut anual, în funcție de spital și regiune, și poate ajunge la 70.000 € brut anual în ultimul an de rezidențiat. Salariile cresc în fiecare an, reflectând avansarea în program și experiența acumulată. Rezidenții primesc compensații suplimentare pentru orele suplimentare, turele de noapte, de weekend și de sărbători, ceea ce poate crește semnificativ venitul lunar.

Concedii și beneficii: Rezidenții beneficiază de aproximativ 25–30 de zile de concediu plătit pe an. Franța oferă politici generoase privind concediul parental, inclusiv concedii plătite de maternitate și paternitate. Părinții pot beneficia de până la 3 ani de concediu parental, cu protecția locului de muncă și, în anumite condiții, alocație parentală.

Sprijin psihologic: Spitalele oferă acces la servicii de sprijin psihologic pentru a ajuta rezidenții să facă față stresului și solicitărilor din timpul formării.

Alte beneficii: Unele spitale oferă locuințe subvenționate sau indemnizații pentru chirie, în special în zonele urbane cu costuri ridicate. De asemenea, spitalele pot oferi sprijin pentru relocare rezidenților care se mută din alte regiuni sau din străinătate.

Program de lucru reglementat: Orele de muncă ale rezidenților în Franța sunt reglementate prin lege, pentru a preveni suprasolicitarea. Săptămâna de lucru este limitată la 48 de ore, în conformitate cu Directiva Europeană privind timpul de lucru.

Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord

În anul 2021, Regatul Unit avea 81,34 medici de familie la 100.000 de locuitori (Yang, 2024). Numărul de paturi de spital era de 2,42 la 1.000 de locuitori (OECD).

Sistemul de rezidențiat medical din Regatul Unit începe cu *Foundation Programme*, un program general de formare de doi ani, pe care toți absolvenții facultăților de medicină trebuie să îl finalizeze. Acest program include rotații în diverse specialități medicale și chirurgicale, pentru a oferi o experiență clinică amplă. După *Foundation Programme*, medicii urmează *Core Training* sau intră direct în *Specialty Training*. *Core Training* durează, de obicei, 2–3 ani și acoperă specialități generale, cum ar fi *Core Medical Training* (CMT) sau *Core Surgical Training* (CST). Apoi urmează *Specialty Training*, care poate dura între 4 și 8 ani, în funcție de specialitate.

După finalizarea formării în specialitate, unii medici aleg să se sub-specializeze, ceea ce implică o pregătire suplimentară și obținerea unei certificări într-un domeniu mai restrâns al specialității.

Procesul de selecție pentru intrarea în programele de rezidențiat necesită o diplomă de medicină recunoscută, care trebuie aprobată de *General Medical Council* (GMC). De asemenea, este adesea necesară experiență clinică relevantă, inclusiv stagii de practică, cercetare sau activități de voluntariat în domeniul medical.

Candidații care nu sunt vorbitori nativi de engleză trebuie să demonstreze competențe lingvistice prin teste precum *International English Language Testing System* (IELTS) – nivel C1. Absolvenții internaționali de medicină (IMGs) pot fi nevoiți să susțină examenul *Professional and Linguistic Assessments Board* (PLAB) pentru a putea practica în Regatul Unit. Înregistrarea la GMC este obligatorie înainte de a aplica pentru un program de rezidențiat.

Procesul de aplicare: Aplicațiile pentru *Specialty Training* se depun prin platforma *Oriel*, un portal centralizat pentru posturile de formare postuniversitară. Prin acest sistem, candidații se înregistrează, aplică, își programează interviurile și gestionează ofertele într-un singur loc. Aplicațiile sunt verificate pentru eligibilitate și selectate pe baza unor criterii prestabilite. Candidații selectați sunt invitați la interviuri, iar repartizarea se face în funcție de preferințele lor și performanțele din procesul de selecție. Ofertele trebuie acceptate sau refuzate într-un termen limită.

În timpul *Foundation Programme*, medicii rezidenți efectuează rotații prin diverse departamente clinice, acumulând o experiență largă în specialități medicale și chirurgicale. De-a lungul rezidențiatului, medicii sunt evaluați constant prin examene, revizuiri de performanță și evaluări din partea supervizorilor, pentru a se asigura că îndeplinesc competențele necesare.

La finalizarea *Specialty Training*, medicii obțin *Certificate of Completion of Training* (CCT), care le conferă dreptul de a practica independent în specialitatea aleasă.

Salariu: Medicii rezidenți primesc un salariu care crește odată cu nivelul de pregătire și experiența. Salariile de început pentru medicii juniori sunt între 60.000 – 70.000 € anual (brut), iar în ultimul an pot ajunge la 100.000 € anual (brut).

După rezidențiat, medicii pot lucra în spitale, clinici sau centre medicale specializate. Calificările medicale obținute în Regatul Unit sunt recunoscute în întreaga Uniune Europeană, permițând medicilor să profeseze în alte state membre fără examene suplimentare de certificare.

Concedii și beneficii: Deși nu sunt specificate exact numărul de zile de concediu plătit, se presupune că medicii rezidenți beneficiază de drepturi comparabile cu alți angajați ai NHS, precum: concediu anual, concediu medical, concediu de maternitate/paternitate și concediu de studii pentru dezvoltare profesională. Numărul exact al zilelor libere plătite și criteriile de eligibilitate pot varia în funcție de durata angajării, statutul (full-time/part-time) și politicile fiecărui NHS Trust local.

Sprijin pentru relocare: Sistemul Național de Sănătate (NHS) poate oferi sprijin pentru cheltuielile de relocare și cazare temporară rezidenților care trebuie să se mute într-o altă zonă pentru formare.

Program de lucru reglementat: Conform *Directivei Europene privind timpul de lucru*, orele de lucru sunt limitate la o medie de 48 de ore pe săptămână, inclusiv orele suplimentare, pentru a preveni suprasolicitarea medicilor rezidenți.

Suedia

În anul 2021, Suedia avea 60,9 medici de familie la 100.000 de locuitori. Numărul de paturi de spital era de 2,84 la 1.000 de locuitori (OECD).

Pentru a profesa ca medic în Suedia, este necesară o licență suedeză de practică medicală, care presupune evaluarea calificărilor candidatului de către *Consiliul Național de Sănătate și Bunăstare* (*Socialstyrelsen*). Absolvenții internaționali de medicină trebuie să solicite această licență, iar cei din afara UE/SEE trebuie să îndeplinească cerințe suplimentare, inclusiv privind competențele lingvistice și evaluări suplimentare.

Competență lingvistică: Este necesară o bună cunoaștere a limbii suedeze pentru a avea un impact eficient în practica medicală, deși este posibil ca rezidențiatul să înceapă în paralel cu învățarea limbii.

Durata rezidențiatului medical în Suedia variază în funcție de specialitate, fiind de regulă între 5 și 6 ani.

Rezidenții sunt supravegheați de medici specialiști cu experiență, care le oferă îndrumare și mentorat pe toată durata formării. Supravegherea include evaluări și feedback regulat, pentru a se asigura că rezidenții ating competențele cerute.

După finalizarea studiilor medicale, absolvenții trebuie să promoveze examenele necesare pentru obținerea licenței și să demonstreze competență lingvistică pentru a fi eligibili pentru rezidențiat în Suedia.

Rezidenții efectuează rotații prin diverse departamente clinice, pentru a beneficia de o formare cuprinzătoare în specialitatea aleasă. Aceste rotații acoperă domenii esențiale pentru practica medicală și contribuie la o experiență clinică solidă.

Rezidenții sunt evaluați în mod regulat prin examene și evaluări care urmăresc progresul lor profesional și verifică atingerea standardelor necesare. La finalul rezidențiatului, medicii trebuie să promoveze un examen final pentru a obține certificarea în specialitatea aleasă. Această certificare este acordată de *Consiliul Național de Sănătate și Bunăstare* (*Socialstyrelsen*).

Salariu: Rezidenții primesc un salariu lunar care crește odată cu fiecare an de formare. Salariul de început pentru rezidenții din primul an este de aproximativ 70.000 € brut anual, iar în ultimul an poate ajunge la 80.000 € brut anual.

Recunoaștere în UE: Calificările medicale obținute în Suedia sunt recunoscute în întreaga Uniune Europeană, permițând medicilor să profeseze în alte state membre fără a fi necesare examene suplimentare. Acest lucru facilitează mobilitatea profesională și accesul la oportunități de carieră la nivel european.

Beneficii: Rezidenții au dreptul la asigurare medicală, concediu plătit și concediu parental. Aceste beneficii contribuie la un echilibru sănătos între viața profesională și cea personală și oferă siguranță financiară. De asemenea, spitalele oferă acces la servicii de sprijin psihologic pentru a ajuta rezidenții să facă față stresului și solicitărilor din timpul pregătirii.

Program de lucru reglementat: Conform *Directivei Europene privind timpul de lucru*, durata săptămânală de muncă este limitată la o medie de 48 de ore, inclusiv orele suplimentare, pentru a preveni suprasolicitarea rezidenților.

Discuție

Analiza programelor de rezidențiat medical din România, Germania, Regatul Unit, Franța și Suedia evidențiază diferențe esențiale care influențează migrația absolvenților români de medicină către aceste țări.

Două dintre cele cinci țări analizate continuă să aplice un examen național teoretic riguros pentru admiterea în rezidențiat. Acestea sunt România și Franța. În schimb, Germania, Regatul Unit și Suedia adoptă proceduri de admitere mai „flexibile", în care candidații își aleg specializarea și aplică direct la spitale, susținând interviuri și îndeplinind alte cerințe precum examene lingvistice, depunerea CV-ului, scrisori de recomandare sau stagii de practică, în funcție de regulile specifice fiecărei țări.

Așa cum remarcă și Chari (2024), Germania, Regatul Unit și Suedia dispun de sisteme de admitere mai accesibile comparativ cu cel din România, caracterizat printr-

o competitivitate ridicată, ceea ce le face mai atractive pentru absolvenții români care caută oportunități de formare în rezidențiat.

În schimb, Franța menține o procedură de admitere la fel de riguroasă ca România, ceea ce poate reduce atractivitatea sa ca destinație pentru medicii români. Rezultatele cercetării sugerează că o îmbunătățire a accesibilității sistemului de admitere în rezidențiat din România, cu menținerea standardelor de calitate, ar putea contribui la reducerea migrației personalului medical tânăr către alte țări.

În ceea ce privește **durata formării pentru obținerea unei specializări medicale**, aceasta variază semnificativ între țările analizate. Franța are cel mai scurt traseu posibil, între 3 și 5 ani, iar România este similară, cu o durată cuprinsă între 3 și 7 ani. Germania și Suedia se aliniază, cu o durată tipică între 5 și 7 ani. În contrast, Regatul Unit impune doi ani de experiență clinică postuniversitară înainte de începerea specializării propriu-zise – un an de internship și un an suplimentar de practică clinică. Această cerință prelungește durata totală a formării în Regatul Unit, care ajunge între 6 și 10 ani. Diferența este explicată și prin modelul britanic de alegere a specializării: în timp ce medicina de familie necesită doar trei ani, alte specialități implică o durată mult mai mare de pregătire.

Referitor la **modalitatea de alegere a specializării**, analiza evidențiază diferențe relevante între țările europene examinate. România și Franța adoptă un sistem în care specializarea se alege la intrarea în rezidențiat, pe baza punctajului obținut la examenul național. Acest model limitează flexibilitatea absolvenților care ar dori să exploreze alte domenii medicale după absolvire.

În schimb, Germania, Suedia și Regatul Unit oferă un sistem mai flexibil. Absolvenții pot decide sau chiar schimba specializarea în timpul formării, aspect posibil datorită rotațiilor clinice și structurii programelor, care le oferă expunere practică la diverse domenii medicale. Acest model permite o alegere mai informată, bazată pe aptitudinile și experiențele acumulate în timpul rezidențiatului.

Evaluarea în timpul rezidențiatului: Deși toate țările impun promovarea unor examene finale, detaliile diferă. În România, sistemul presupune examene teoretice și practice, cu notă minimă de promovare (ex. 7,00) și posibilitatea de reevaluare. În Regatul Unit se pune accent pe examene specifice fiecărei specialități, susținute pe parcursul formării, fără mențiuni clare privind reevaluarea. În Franța, evaluarea este realizată la finalul fiecărei rotații de către coordonatorul local și la finalul fiecărei etape de formare de o comisie a specialității. Germania și Suedia utilizează un sistem de evaluare periodică, considerat relativ simplu, centrat mai mult pe feedback continuu decât pe examene standardizate.

Factori precum salariile competitive, traiectoria profesională clară, reglementarea echilibrului între muncă și viață personală și oportunitățile de dezvoltare profesională contribuie, în țări precum Germania, Regatul Unit, Franța și Suedia, la creșterea atractivității pentru absolvenții români de medicină.

Salariile de început în cele patru țări sunt de cel puțin două ori mai mari decât în România și sunt completate de multiple beneficii, precum locuință oferită (ex. în Franța). Salariile rezidenților din aceste țări se apropie mult mai mult de venitul estimat al unui medic specialist, în contrast cu România. Mai precis, raportul dintre venitul estimat ca specialist și salariul în perioada rezidențiatului este de cel puțin trei ori mai mare în România, ceea ce accentuează percepția unui dezechilibru.

Totodată, **raportat la salariul mediu național**, salariile din sectorul medical în România sunt considerabil mai mari decât în Franța, Germania, Suedia și Regatul Unit, fapt care creează o disonanță între realitatea internă și nivelul internațional de atracție al profesiei medicale.

Tabelul 8. Comparație RO-FR-DE-SE-UK

	RO	FR	DE	SE	UK
Cerere personal medical	Ridicată				
Examen admitere rezidențiat	Dificil	Dificil	Ușor	Ușor	Ușor
Evaluări în timpul rezidențiatului	Rezidenții trebuie să promoveze examene în timpul formării	Periodice: la finalul fiecărei rotații de către coordonator și la finalul fiecărei etape de către comisia locală de specialitate	Periodice	Periodice	Rezidenții trebuie să promoveze examene în timpul formării
Nivel cerință lingvistică	B2	B2	C1	C1	C1
Salariu de început (brut)	De referință	Triplu	Triplu	Triplu	Triplu
Salariu de început (net)	De referință	Dublu	Dublu	Dublu	Dublu
Durata rezidențiatului (ani)	3-7	3-5	5-6	5-6	6-10
Tipul formării	Specializarea se decide în urma examenului de admitere	Specializarea se decide în urma examenului de admitere	Rotație	Rotație	Rotație (2 ani), apoi se decide specializarea

Limitări și considerații privind datele

Datele utilizate pentru a evalua intențiile de emigrare ale studenților români la medicină provin din anul 2016, reprezentând cele mai recente informații disponibile la momentul realizării acestui studiu. Din păcate, constrângerile privind accesibilitatea datelor au împiedicat obținerea unor informații mai actuale. Este esențial să se recunoască faptul că intențiile exprimate de studenții români la medicină

se pot modifica în timp. Prin urmare, concluziile studiului trebuie interpretate cu prudență, având în vedere limitările temporale ale datelor.

În plus, trebuie subliniată dificultatea inerentă în obținerea unor informații precise privind țările specifice în care studenții români la medicină intenționează să emigreze. Lipsa unor date disponibile public de la instituții oficiale, precum Ministerul Sănătății sau Colegiul Medicilor din România, reprezintă o constrângere importantă. Pentru a surprinde cât mai bine acest fenomen complex, studiul se bazează pe surse alternative de informație.

Implicații

Concluzionez că adoptarea unui sistem mai apropiat de cel din țări precum Germania, Regatul Unit sau Suedia — unde nu există un examen național de intrare în programul de rezidențiat, iar absolvenții pot aplica direct pentru posturi specializate disponibile în spitale — ar putea face programul de rezidențiat mai atractiv și mai bine aliniat cu aspirațiile profesionale ale absolvenților români de medicină.

De asemenea, oferirea unor stimulente precum locuințe subvenționate sau alocații pentru chirie ar putea ajuta rezidenții să gestioneze costurile vieții, în special în zonele urbane cu costuri ridicate. Mai mult, garantarea unui loc de muncă în schimbul angajamentului de a practica în zone defavorizate sau de a servi sistemul de sănătate românesc pentru o anumită perioadă ar putea reprezenta o strategie eficientă. Această abordare ar putea reduce motivația absolvenților de a căuta oportunități în străinătate.

X. CLASIFICAREA SISTEMELOR DE REZIDENȚIAT MEDICAL ÎN EUROPA: O ANALIZĂ COMPARATIVĂ A METODOLOGIILOR DE ADMITERE

Capitolul anterior a contribuit la înțelegerea configurației sistemelor de rezidențiat medical din principalele destinații de migrație ale studenților și absolvenților români de medicină. El a servit drept pretext pentru a demonstra cum poate fi realizată o comparație între diverse sisteme. În cele ce urmează, extind analiza, conform explicațiilor de mai jos.

În urma unei analize amănunțite a sistemelor de rezidențiat medical din 32 de țări europene, am identificat cinci modele distincte, bazate pe structura procesului de admitere în rezidențiat, cu accent deosebit pe prezența și natura examenelor de intrare. Această clasificare reflectă gradele variate de dificultate, metodologia de evaluare și nivelul de presiune cu care se confruntă absolvenții de medicină în momentul accederii în rezidențiat. Structura astfel conturată ajută la explicarea atractivității diferitelor sisteme pentru absolvenți, în special pentru cei care caută să evite examenele cu miză mare și cuprinzătoare.

Prin gruparea țărilor în categorii precum cele fără examen formal de rezidențiat, cu examene ușoare până la moderate, cu examene dificile sau modele hibride, putem înțelege mai bine tiparele de migrație ale absolvenților români de medicină. Țările cu sisteme de admitere mai permisive sau fără examene sunt deosebit de atractive pentru absolvenții care se simt descurajați de procesul rigid și supraîncărcat cu examene din România. Această clasificare oferă, de asemenea, o perspectivă mai amplă asupra dinamicii migrației medicale în Europa și asupra modului în care structura sistemelor de rezidențiat influențează mobilitatea profesioniștilor din domeniul sănătății.

1. Fără examen de rezidențiat medical: sisteme bazate pe interviu și evaluare academică

Țări: Germania, Suedia, Elveția, Austria, Norvegia, Danemarca, Islanda, Țările de Jos, Slovenia, Estonia, Liechtenstein

Aceste țări oferă ceea ce poate fi considerat *„scenariul ideal"* pentru absolvenții de medicină care doresc să acceseze un post de rezidențiat. În aceste sisteme nu există un

examen național scris standardizat pentru admiterea în rezidențiat. În schimb, procesul de selecție este descentralizat și se bazează pe criterii precum interviul, performanțele academice anterioare, activitatea clinică și motivația personală a candidatului. Această abordare elimină presiunea unui examen unic și permite o evaluare mai holistică a competențelor profesionale.

Totuși, în ciuda acestei aparente omogenități a criteriului de admitere, există variații relevante între țările din acest cluster în ceea ce privește **durata studiilor medicale, regimul de finanțare a educației universitare și salariile rezidenților**:

Durata studiilor medicale în țările din acest grup este **relativ uniformă**, variind ușor între **5,5 și 6 ani**, ceea ce reflectă o aliniere generală la standardele europene privind formarea universitară în medicină. Deși în Țările de Jos studiile durează 5,5 ani, iar în Germania, Austria sau Slovenia 6 ani, această diferență este **neglijabilă în termeni curriculari și structurali**. În plus, în unele țări nordice, precum Suedia sau Norvegia, există o etapă intermediară denumită *clinical internship* (sau *turnusutbildning*), desfășurată după absolvire, care are rolul de tranziție spre specializare și poate dura până la un an. Această etapă nu este echivalentă cu rezidențiatul propriu-zis, ci este o formă de integrare progresivă în practica medicală, oferind tinerilor absolvenți expunere clinică suplimentară și sprijin în alegerea unei specializări.

Costul studiilor variază de la **educație complet gratuită** în țări precum **Suedia, Danemarca, Norvegia** și **Slovenia**, până la **taxe moderate** sau **ridicate** în **Țările de Jos**, **Elveția** și **Liechtenstein**. Totuși, chiar și acolo unde studiile sunt taxate, studenții au acces la sprijin financiar generos, burse și credite pentru educație, ceea ce reduce semnificativ povara financiară comparativ cu țări din Europa de Est.

În ceea ce privește **salariul de început al rezidenților**, există o **tendință clară de atractivitate economică**. În majoritatea țărilor din acest grup, **salariul brut al rezidenților este de două până la trei ori mai mare decât cel oferit în România**. De exemplu, în Germania și Țările de Jos, salariile lunare nete pentru rezidenți pot depăși 2.500–3.000 euro. În Suedia sau Danemarca, ele sunt chiar mai mari, dar ajustate la costurile locale de trai. Prin comparație, România oferă un salariu net de aproximativ 800–1.000 euro pentru un rezident la început de drum.

Această **combinare între lipsa unui examen național, finanțarea avantajoasă a studiilor și salariile competitive** face ca aceste țări să fie percepute ca *foarte atractive* pentru absolvenții români care doresc să evite stresul examenelor și care aspiră la un parcurs profesional predictibil și bine remunerat. De asemenea, descentralizarea procesului de admitere și flexibilitatea rotațiilor oferă oportunități mai mari de adaptare profesională și mobilitate internă în sistemul de sănătate.

2. Examene naționale ușoare până la moderate: standardizate, dar gestionabile

Țări: Spania, Belgia, Slovacia, Portugalia, Croația, Bulgaria, Cehia, Finlanda, Ungaria

În această categorie, admiterea în rezidențiat se face prin examene naționale, însă acestea sunt considerate, în general, de dificultate ușoară până la moderată. Examenele sunt de regulă standardizate la nivel național, dar se concentrează pe subiecte medicale relevante pentru specialitatea vizată, evitând conținutul enciclopedic sau suprasaturat. În plus, structura probelor este adesea clară și previzibilă, ceea ce permite candidaților să se pregătească într-un mod organizat. Țări precum Spania și Portugalia sunt exemple elocvente de sisteme bine calibrate: procesul de admitere este competitiv, dar nu excesiv de stresant, iar regulile de selecție sunt transparente.

Aceste sisteme oferă un echilibru între **exigență academică** și **accesibilitate**, devenind astfel o opțiune atractivă pentru candidații care preferă un proces de admitere structurat, dar lipsit de presiunea extremă a examenelor de tip „totul sau nimic".

Pe lângă aspectele legate de examenul de admitere, este important de observat și **variațiile dintre aceste țări în ceea ce privește durata studiilor, regimul de taxare și nivelul de salarizare în rezidențiat**:

Durata studiilor medicale în majoritatea acestor țări este de **6 ani**, conform modelului european clasic. În unele cazuri, cum ar fi în Belgia sau Cehia, pot exista diferențe minore între durata formării teoretice și accesul la practica clinică, însă aceste variații nu modifică fundamental parcursul formativ. În general, programele sunt aliniate cu modelul 3+3 sau 2+4 (anii preclinici și clinici), oferind o formare completă și echilibrată.

Taxele universitare variază semnificativ. În **țări precum Finlanda, Portugalia sau Slovacia**, învățământul este **gratuit sau foarte accesibil** pentru cetățenii UE. În schimb, în **Belgia** sau **Cehia**, taxele pot fi moderate, iar în unele cazuri pot apărea diferențe între taxele pentru programele în limba locală și cele în limbi străine (de regulă, engleză). Totuși, costurile rămân mai reduse comparativ cu cele din Europa de Vest sau țările nordice.

În privința **salariului de început al rezidenților**, diferențele sunt mai pronunțate. Țări precum **Spania, Belgia și Finlanda** oferă salarii nete lunare care pot varia între **1.500 și 2.500 euro**, în funcție de specialitate și vechime. În alte cazuri, cum ar fi **Bulgaria sau Croația**, salariile pot fi mai apropiate de nivelul românesc, dar totuși cu un cost al vieții proporțional mai scăzut. Per ansamblu, sistemele din această categorie tind să asigure un **raport echilibrat între efortul depus și recompensa financiară**.

Aceste caracteristici contribuie la creșterea atractivității sistemelor din acest grup pentru absolvenții din Europa Centrală și de Est, inclusiv din România. Examenele standardizate, dar accesibile, combinate cu costuri educaționale reduse și un salariu rezonabil, transformă aceste țări în **destinații viabile pentru tinerii medici** care își doresc stabilitate profesională și un proces de integrare gradual, dar sigur, în sistemul medical european.

3. Examene naționale dificile: testare cu miză mare, cuprinzătoare

Țări: România, Franța, Grecia, Cipru, Italia, Polonia, Cehia (pentru candidații străini), Letonia

Aceste țări utilizează examene naționale de rezidențiat caracterizate printr-un nivel ridicat de dificultate, care testează o gamă extinsă de cunoștințe medicale și impun o competiție intensă pentru ocuparea locurilor de specializare. Probele de concurs sunt standardizate și, în cele mai multe cazuri, determină nu doar admiterea în rezidențiat, ci și domeniul de specializare și localitatea în care candidatul va fi repartizat. Această dimensiune de „miza totală" a examenului transformă procesul într-o sursă majoră de stres și anxietate pentru absolvenți.

De exemplu, în **România**, examenul constă în **200 de întrebări grilă** la nivel național, iar clasamentul final influențează direct accesul la specialități și la centrele universitare dorite. În **Cipru**, sistemul este chiar mai complex: candidații trebuie să susțină **două examene scrise** și un **interviu oral** pentru a fi admiși. În **Franța**, examenul național clasant (*ECNi*) este complet digitalizat și implică o pregătire intensivă de cel puțin un an postuniversitar (denumită adesea „concurs"), fiind recunoscut ca unul dintre cele mai exigente din Europa. În **Italia** sau **Polonia**, concursul este tot național și de dificultate ridicată, cu accent pe memorarea detaliată a curriculumului medical de bază.

Acest model de selecție, centrat pe un examen unic și competitiv, poate genera **bariere semnificative** pentru absolvenți, mai ales pentru cei care au dificultăți în a performa sub presiune sau care nu reușesc să obțină scoruri suficiente pentru specialitatea dorită. Astfel, nu este surprinzător că mulți dintre acești candidați aleg să migreze spre țări cu sisteme mai flexibile și descentralizate.

Dincolo de criteriul de admitere, este esențial să analizăm **alte caracteristici structurale ale sistemelor din acest grup**, precum **durata studiilor medicale, regimul de taxare** și **nivelul salariului de început** în rezidențiat:

Durata studiilor în toate țările din această categorie este de **6 ani**, conform tradiției europene. Nu există diferențe semnificative între durata formării medicale în România, Franța, Italia sau Polonia, iar programele sunt organizate în mod similar: primii ani sunt dedicați formării teoretice, iar anii clinici implică stagii practice, de regulă în spitale universitare. În unele cazuri (Italia, Grecia), există opțiuni pentru studii în limba engleză, adresate în special studenților internaționali.

Taxele de studii sunt extrem de variabile. În **România, Polonia și Grecia**, universitățile publice oferă locuri bugetate (fără taxe) pentru cetățenii proprii și pentru cei UE, dar există și locuri cu taxă pentru candidații internaționali. În **Franța și Italia**, taxele universitare sunt **modice**, cu reduceri în funcție de venit, fiind printre cele mai accesibile din Europa de Vest. În schimb, în cazul programelor în limbi străine, taxele pot depăși 4.000–6.000 euro/an.

În ceea ce privește **salariul de început în rezidențiat**, aceste țări se află într-o zonă de **mijloc** din punct de vedere al atractivității financiare. În **Franța**, rezidenții (interni) câștigă aproximativ **1.300–1.500 euro net/lună** la început, cu creșteri anuale. În **Italia**, salariile nete pornesc de la **1.600–1.800 euro/lună**, în timp ce în **România**, salariul net pentru un medic rezident în primul an se situează în jurul valorii de **4.000–5.000 lei** (~800–1.000 euro), unul dintre cele mai mici din UE. În **Cipru și Letonia**, salariile sunt mai greu de estimat, deoarece variază semnificativ în funcție de spital și statutul contractului.

Aceste caracteristici definesc un **sistem competitiv, centralizat și rigid**, care tinde să favorizeze candidații foarte bine pregătiți academic, dar care poate fi perceput drept neflexibil de către o parte a absolvenților. Din această perspectivă, **examenul național cu miză unică devine un factor de descurajare**, nu doar în privința efortului de pregătire, ci și prin lipsa de control pe care candidatul o are asupra propriei cariere medicale.

Prin urmare, țările din această categorie, deși pot fi recunoscute pentru tradiția și rigoarea sistemelor lor medicale, tind să fie **mai puțin atractive pentru migrația intra-europeană**, în special pentru tinerii medici care caută autonomie profesională, stabilitate emoțională și flexibilitate în traiectoria de specializare.

4. Sisteme hibride sau unice: combinație între examene și evaluări

Țări: Regatul Unit, Irlanda, Cehia (pentru cetățeni locali), Lituania, Luxemburg

În aceste țări, sistemul de admitere în rezidențiat (sau echivalentul său local) nu se bazează exclusiv pe un examen național scris, dar nici nu elimină complet evaluările formale. Avem de-a face cu o **abordare mixtă**, care combină **elemente competitive** (cum ar fi probe scrise sau teste standardizate) cu **evaluări calitative**: dosarul academic, activitatea clinică, recomandări și interviuri.

De exemplu, în **Regatul Unit și Irlanda**, absolvenții parcurg mai întâi un program de tranziție postuniversitar obligatoriu, denumit **Foundation Programme**, cu o durată de doi ani. În această etapă, nu există o diferențiere clară între specialități – toți absolvenții urmează rotații clinice în diferite domenii. Accesul la specializarea propriu-zisă (core training/specialty training) se face ulterior, pe baza **scorului obținut în perioada Foundation**, completat de rezultate la teste standardizate (precum **MSRA – Multi-Specialty Recruitment Assessment**), dar și de **interviuri** și **evaluarea portofoliului personal**. Așadar, succesul în admiterea în specialitate nu

depinde de un singur examen, ci de **performanța cumulativă**, ceea ce oferă mai multă flexibilitate candidaților, dar impune un efort constant și susținut.

În **Cehia**, sistemul este dual: pentru cetățenii locali, accesul la rezidențiat se face printr-o **combinare între rezultatele academice** și opțiunile spitalelor, fără examen național clasic (aceștia intră într-un regim similar cu angajarea directă). În schimb, pentru candidații internaționali (cum am văzut în categoria 3), există cerințe suplimentare, inclusiv un test scris.

Lituania și Luxemburg folosesc, de asemenea, formule hibride: admiterea presupune **o etapă de concurs sau selecție scrisă**, dar aceasta este însoțită de **interviuri și analiza dosarului**, iar în unele cazuri, alegerea specializării este precedată de un stagiu general sau un program introductiv.

Dincolo de modelul de admitere, este util să înțelegem **modul în care aceste sisteme se diferențiază** în privința **duratei formării, regimului de finanțare** și **nivelului salarial al rezidenților**:

Durata studiilor medicale în aceste țări este, în general, de **5–6 ani**. În **UK și Irlanda**, studiile medicale durează 5 ani (sau 6 cu un an intercalat opțional), iar în **Luxemburg**, studenții urmează studiile inițiale în alte țări (de obicei în Franța, Belgia sau Germania), urmând să revină pentru formarea clinică postuniversitară. În **Cehia și Lituania**, programul complet de medicină durează 6 ani.

Taxele universitare diferă considerabil. În **Regatul Unit și Irlanda**, acestea pot fi ridicate, în special pentru studenții internaționali (peste 9.000 GBP/an pentru cetățeni britanici, și mult peste această sumă pentru studenții din afara UK). În **Lituania** și **Cehia**, taxele pentru programele în limba locală sunt reduse sau inexistente pentru cetățenii UE, dar pot deveni semnificative în programele în limba engleză. Luxemburg oferă sprijin financiar consistent studenților care revin pentru formarea clinică.

În ceea ce privește **salariul de început**, **UK și Irlanda** oferă unele dintre cele mai mari venituri pentru medici în formare din Europa. Salariile pentru rezidenți (*junior doctors*) încep de la aproximativ **2.500–3.000 GBP/lună brut** (echivalentul a 2.800–3.500 euro/lună), la care se adaugă sporuri de gărzi. În **Cehia și Lituania**, salariile sunt mai modeste, dar în continuă creștere, situându-se în jurul a **1.000–1.500 euro net/lună**, în funcție de specialitate și locație. Luxemburg oferă condiții salariale apropiate de cele din Belgia sau Franța, dar accesul este limitat pentru cetățenii străini.

Acest model hibrid oferă un **echilibru între merit, performanță continuă și evaluare contextuală**, fiind mai puțin rigid decât modelele pur examinatorii, dar și mai complex decât sistemele complet descentralizate. Pentru absolvenții români care preferă un sistem în care **evaluarea nu depinde exclusiv de un moment unic**, dar nici nu presupune o intrare complet lipsită de selecție formală, aceste sisteme pot reprezenta o alegere rezonabilă.

Totuși, gradul de **accesibilitate** al acestor sisteme variază în funcție de factori precum cunoașterea limbii, integrarea academică în rețelele locale și capacitatea de

adaptare la evaluarea continuă. În acest sens, sistemele hibride rămân **atractive, dar solicitante**, necesitând o strategie clară și o planificare

5. Subcategorie opțională: cazuri speciale non-UE

Țări: Norvegia, Elveția, Liechtenstein, Islanda (*State membre ale Asociației Europene a Liberului Schimb – AELS / EFTA*)

Deși aceste țări nu fac parte din Uniunea Europeană, ele aplică reguli și standarde compatibile cu cele din UE în ceea ce privește formarea medicală și libera circulație a profesioniștilor în domeniul sănătății. Sistemele lor de admitere în rezidențiat sunt, în linii mari, **aliniate cu modelul german și nordic**, adică descentralizate, fără un examen național scris, și bazate pe **selecție individuală prin interviu, evaluare academică și experiență clinică**.

În **Norvegia**, accesul la specializare (*Lege i spesialisering*) nu presupune un concurs național, ci **aplicarea directă la posturi vacante** de specializare în spitale sau clinici acreditate, însoțită de o evaluare a dosarului și, uneori, de interviuri. Sistemul este **flexibil** și pune accent pe formarea continuă, integrarea treptată și supravegherea profesională. Candidații trebuie să dețină **competențe lingvistice în limba norvegiană (nivel B2–C1)** și să fie recunoscuți de **autoritatea sanitară norvegiană (Helsedirektoratet)**.

Elveția are un sistem descentralizat și competitiv: **fiecare spital public sau universitar anunță separat posturile de formare** (*poste de formation postgraduate*) pentru diverse specialități. Nu există un examen național, iar selecția este făcută de către angajatorul direct, pe baza interviului, scrisorilor de recomandare și parcursului academic. Deși accesul este posibil pentru cetățenii UE, condițiile lingvistice sunt stricte – este necesară **fluența în germană, franceză sau italiană**, în funcție de canton. Procesul este mai birocratic și competitiv decât în alte țări nordice.

În **Liechtenstein**, rezidențiatul se desfășoară în principal la **Landesspital**, în specialități precum medicina internă sau chirurgie generală. Spitalul este recunoscut ca instituție de formare postuniversitară, iar admiterea are loc prin contract de muncă în regim de **„Assistenzarzt"**, similar cu sistemul elvețian. De obicei, se cere experiență clinică anterioară și fluență în germană.

Islanda urmează modelul nordic: admiterea în formare postuniversitară este bazată pe **aplicare directă** și experiență profesională. Programele de specializare sunt recunoscute de **directorate medicale locale** și sunt coordonate în colaborare cu spitale universitare și Ministerul Sănătății.

Durata studiilor medicale este de regulă de **6 ani** în Elveția și Norvegia, și de **5–6 ani** în Islanda, în funcție de tipul de program urmat. În Liechtenstein, nu există o universitate de medicină, astfel încât formarea preuniversitară este realizată în Elveția sau Austria, iar doar formarea clinică (rezidențiatul) are loc local.

Taxele universitare sunt relativ **ridicate în Elveția** (până la 2.000–4.000 CHF/an), dar **studiile sunt gratuite în Norvegia și Islanda** pentru cetățenii UE. Totuși, costul vieții este ridicat în toate aceste țări, mai ales în Elveția și Norvegia, ceea ce poate afecta accesibilitatea pentru candidați străini fără sprijin financiar.

Salariile rezidenților sunt printre cele mai mari din Europa: în **Elveția**, un „médecin assistant" câștigă între **5.000–7.000 CHF net/lună**, în funcție de specialitate și canton. În **Norvegia**, salariile pornesc de la aproximativ **5.000 euro/lună**, iar în **Islanda**, între **4.000 și 5.500 euro/lună**, în funcție de nivelul de vechime. Chiar și în **Liechtenstein**, salariile sunt echivalente cu cele din Elveția, deși disponibilitatea posturilor este redusă.

Țările AELS oferă un sistem de formare medicală **extrem de atractiv** din perspectiva **flexibilității admiterii, calității formării și salariilor competitive**. Deși nu sunt membre ale UE, recunoașterea mutuală a calificărilor și proximitatea culturală și instituțională cu statele membre le transformă în **destinații viabile pentru absolvenții români de medicină**. Totuși, **cerințele lingvistice ridicate**, **numărul limitat de locuri** și **costul vieții** pot reprezenta obstacole reale pentru candidații fără o planificare temeinică.

În ansamblu, aceste sisteme pot fi considerate o variantă de elită, destinată celor care îndeplinesc standarde înalte și care sunt dispuși să facă eforturi suplimentare de integrare profesională și lingvistică.

XI. CONCLUZII

Această cercetare și-a propus să exploreze migrația absolvenților de medicină din România prin analizarea sistemelor de rezidențiat medical din 32 de țări europene. Studiul a evidențiat o variație semnificativă în ceea ce privește procesele de admitere în rezidențiat, condițiile de muncă și atractivitatea generală, factori care influențează direct deciziile de migrație ale absolvenților români. Compararea sistemelor a scos la iveală diferențe structurale care fac ca unele țări să fie mai atrăgătoare pentru profesioniștii din domeniul medical, în timp ce altele rămân mai puțin favorabile.

Rezultatele studiului confirmă faptul că factorii de tip *push* (care împing) și *pull* (care atrag) joacă un rol central în modelarea deciziilor de migrație ale absolvenților de medicină din România. Analiza comparativă evidențiază modul în care componentele structurale ale sistemelor de rezidențiat — în special cele legate de mecanismele de admitere, flexibilitatea alegerii specializării și condițiile de muncă — influențează semnificativ decizia absolvenților de a rămâne în România sau de a căuta specializarea în străinătate. Atunci când sistemele naționale creează bariere prin procese rigide, inechitabile sau excesiv de solicitante, acestea funcționează ca factori puternici de tip *push*, determinând profesioniștii bine pregătiți să aleagă destinații alternative. În schimb, țările care oferă căi de acces accesibile, transparente și susținătoare spre rezidențiat acționează ca factori de tip *pull*, atrăgând absolvenții români către medii mai favorabile.

Această dinamică este deosebit de evidentă într-unul dintre rezultatele-cheie ale studiului: natura rigidă și cu miză ridicată a examenului de rezidențiat din România, combinată cu oportunitățile limitate de specializare, reprezintă un factor major de tip *push* pentru emigrare. Absolvenții români se confruntă cu un examen de patru ore care testează cunoștințele acumulate în toți cei șase ani de studii medicale, ceea ce îl transformă într-un proces extrem de solicitant și stresant. Prin contrast, țări precum Germania, Suedia și Elveția, care oferă procese de admitere mai flexibile, bazate pe interviuri sau chiar fără examen, pun la dispoziție un parcurs mai puțin intimidant către specializare, atrăgând astfel un număr mai mare de medici români.

Unul dintre cele mai semnificative dezavantaje ale examenului național de rezidențiat din România, dincolo de structura sa, este lipsa de flexibilitate pe care o oferă absolvenților în alegerea specializării. Formatul rigid al examenului lasă puțin loc de eroare, ceea ce poate însemna că un student talentat care poate a avut o zi proastă sau nu s-a concentrat pe temele specifice incluse în examen este serios dezavantajat. Un singur punctaj mai slab decât cel așteptat poate deraia complet aspirațiile profesionale ale unui absolvent. Clasamentul final, bazat exclusiv pe nota

obținută la examen, determină ce specializări sunt disponibile pentru un candidat. Astfel, dacă un student nu obține un punctaj suficient de bun pentru a se clasa pe un loc fruntaș, își pierde șansa de a alege specializarea dorită, fiind adesea forțat să opteze pentru domenii care nu îl pasionează.

Acest sistem creează o situație inechitabilă în care studenții, deși au finalizat cu succes șase ani de formare medicală riguroasă, nu pot urma specializarea preferată din cauza unui singur examen. În consecință, mulți absolvenți talentați sunt constrânși să aleagă specializări mai puțin competitive, rămase disponibile după ce studenții cu punctaje mai mari și-au exprimat opțiunile. Această limitare îi împinge pe indivizii motivați și bine pregătiți să caute oportunități în străinătate, unde procesul de selecție este mai flexibil, iar competențele lor reale pot fi evaluate prin interviuri, teste practice sau experiență profesională.

Țări precum Germania și Elveția, care nu dispun de un sistem comparabil de examen național, oferă o abordare mai individualizată. Aceste state permit absolvenților să se specializeze în domeniul ales, adesea după îndeplinirea unor cerințe lingvistice (cum ar fi nivelul B2 sau C1 în limba germană sau franceză). Absolvenții români de medicină, motivați de dorința de a profesa în specializarea dorită, consideră fezabil să învețe o limbă nouă pentru a beneficia de aceste oportunități din străinătate. Numeroase agenții oferă chiar cursuri gratuite de limbă pentru absolvenții de medicină din țările UE, facilitându-le tranziția către sistemele de sănătate străine.

Accesibilitatea și flexibilitatea sistemelor de rezidențiat din țări precum Germania, Elveția și Franța, combinate cu sprijinul lingvistic oferit, funcționează ca factori *pull* puternici pentru absolvenții de medicină români. Această situație agravează și mai mult fenomenul de *brain drain* cu care se confruntă sistemul de sănătate din România, deoarece politicile actuale de admitere la rezidențiat nu doar că limitează potențialul profesioniștilor medicali, ci îi și determină să caute alternative profesionale în alte țări.

Un alt aspect esențial observat este variația în ceea ce privește condițiile de muncă și remunerația în timpul rezidențiatului. În timp ce România oferă salarii relativ mici pentru medicii rezidenți, țări precum Germania și Franța oferă salarii mai mari, programe de lucru mai gestionabile și beneficii suplimentare, precum plata orelor suplimentare, care reprezintă factori *pull* cruciali pentru migrație. Mai mult, oportunitatea de a lucra în sisteme de sănătate avansate, cu infrastructură mai bună și oportunități de cercetare extinse, consolidează statutul acestor țări ca destinații preferate pentru profesioniștii din domeniul medical.

De asemenea, un rezultat secundar al analizei se referă la clasificarea sistemelor de rezidențiat medical din Europa, reprezentând o contribuție originală a acestei teze la literatura de specialitate existentă. Pe parcursul analizei comparative, a devenit evident că există o variație considerabilă între țări în ceea ce privește condițiile de

intrare în rezidențiat, durata studiilor, gradul de flexibilitate în alegerea specializării, structura formării în rezidențiat și integrarea expunerii clinice practice.

Pe baza acestor indicatori, am dezvoltat un model de clasificare în cinci tipuri care surprinde diversitatea sistemelor de rezidențiat din Europa. Acest model demonstrează că sistemele de rezidențiat pot fi grupate în categorii distincte, în funcție de modul în care echilibrează accesibilitatea, calitatea formării, flexibilitatea și rigoarea reglementărilor. Clasificarea nu doar că ajută la clarificarea poziționării sistemului românesc într-un context european mai larg, dar oferă și un instrument analitic util pentru a înțelege modul în care diferite structuri influențează atractivitatea sistemelor de formare medicală pentru viitorii rezidenți.

Această tipologie clarifică nu doar diferențele structurale dintre sistemele europene de rezidențiat, ci oferă și o lentilă valoroasă pentru înțelegerea modului în care aceste diferențe generează stimulente de migrație diferite pentru absolvenții de medicină din România. Țările din modelul *Examen Dificil*, precum România, creează bariere semnificative care contribuie la exodul talentelor medicale, în timp ce sistemele din modelele fără *Examen de admitere* sau *Examen ușor până la moderat* funcționează ca factori de atracție prin oferirea unor parcursuri profesionale mai accesibile și mai flexibile.

Această tipologie scoate în evidență și un aspect esențial de politică publică: dinamicile migraționiste nu sunt determinate exclusiv de diferențele salariale sau de condițiile de muncă, ci sunt profund influențate de modul în care sistemele de rezidențiat sunt proiectate și reglementate. Prin urmare, reformele structurale ale sistemului de rezidențiat din România — în special cele care vizează mecanismele de intrare și flexibilitatea alegerii specializării — ar putea juca un rol esențial în reducerea exodului de profesioniști tineri din domeniul medical.

XII. DIMENSIUNEA ETICĂ A VOCAȚIEI MEDICALE ȘI RESPONSABILITATEA FAȚĂ DE STAT ÎN FORMAREA PROFESIONALĂ

Discuția privind migrația absolvenților de medicină din România către state occidentale mai atractive din punct de vedere profesional și economic este, în mod justificat, dominată de analiza factorilor de tip push și pull. Cu toate acestea, o componentă adesea trecută cu vederea în literatura de specialitate, dar esențială în înțelegerea complexă a fenomenului, este cea etică: responsabilitatea morală a tinerilor medici față de comunitatea care le-a sprijinit formarea profesională, în contextul unei profesii care presupune prin excelență vocație, altruism și angajament față de binele public.

Profesia medicală este una cu profundă încărcătură vocațională, centrată pe serviciul oferit celorlalți, pe ideea de grijă, empatie și responsabilitate față de viața umană. Această dimensiune este consacrată în Codul deontologic al Colegiului Medicilor din România, care afirmă încă din preambul că:

> *„Exercitarea profesiei medicale implică respectarea unor principii morale fundamentale, între care se regăsesc prioritatea interesului pacientului, respectul pentru demnitatea ființei umane și devotamentul față de sănătatea publică." (Colegiul Medicilor din România, 2016, art. 1)*

Formarea unui medic în România presupune un efort financiar semnificativ din partea statului. Conform datelor oferite de Ministerul Educației, costul anual estimativ al formării unui student la medicină este de aproximativ 30.000–35.000 lei, adică peste 6.000 euro/an (vezi *Ordin Nr. 6901/2023 din 28 decembrie 2023 privind aprobarea Metodologiei de alocare a fondurilor bugetare pentru finanțarea de bază și finanțarea suplimentară a instituțiilor de învățământ superior de stat din România, pentru anul 2024*). Înmulțit cu durata ciclului de licență (6 ani), statul român investește în medie între 36.000 și 40.000 de euro pentru fiecare medic format la buget. Într-un interviu acordat pentru Mediafax în anul 2012, prof. dr. Ionel Sinescu, rectorul Universității de Medicină și Farmacie ,,Carol Davila'' din București, declara: ,,Pentru a şcoli o promoţie la UMF „Carol Davila", din Bucureşti, statul român subvenţionează Universitatea cu nu mai puţin de 8 milioane de euro, a declarat prof. dr. Ioanel Sinescu, rectorul instituţiei, pentru Mediafax.''(Floria, 2012 în Adevărul, 04.12.2012).

Într-o perspectivă etică, această investiție creează premisele unei obligații morale de reciprocitate. Chiar dacă nu poate fi impusă juridic, această datorie poate fi

fundamentată pe conceptul de "just return" – ideea că beneficiarii unui bun public ar trebui, într-o formă echitabilă, să întoarcă un beneficiu societății care a susținut formarea lor (Rawls, 1971; Barry, 1995). Această perspectivă nu implică negarea libertății individuale, ci atrage atenția asupra dimensiunii colective a educației medicale finanțate din fonduri publice.

Organizația Mondială a Sănătății a emis în 2010 un document de referință: Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, în care recunoaște explicit faptul că statele care pierd personal medical calificat după formarea acestuia din bani publici pot suferi dezechilibre grave în accesul la servicii de sănătate. Codul subliniază că:

> „*Statele membre sunt încurajate să își dezvolte politici care să crească retenția personalului medical și să asigure o distribuție echitabilă a acestuia, mai ales în zonele rurale sau slab dezvoltate*." (WHO, 2010, art. 3.6)

În plus, documentul promovează ideea de echitate globală în mobilitatea personalului medical, avertizând asupra riscurilor ca migrația să accentueze inegalitățile între statele cu venituri ridicate și cele în tranziție.

Este esențial ca analiza migrației medicale să nu idealizeze unilateral alegerea de a pleca, dar nici să culpabilizeze excesiv decizia personală. Ceea ce poate fi propus, însă, este cultivarea unei reflecții etice în rândul studenților și rezidenților, privind impactul formării lor asupra societății.

De exemplu, în unele state (Canada, Norvegia, Africa de Sud), studenții la medicină care studiază pe locuri subvenționate sunt încurajați sau obligați să profeseze un anumit număr de ani în sistemul public, altfel fiind nevoiți să ramburseze o parte din costurile formării. România nu are un astfel de mecanism, însă ar putea explora politici similare sau stimulente financiare și simbolice pentru loialitate profesională, mai ales în zonele cu deficit major de medici.

În concluzie, migrația medicilor români nu trebuie analizată exclusiv prin prisma intereselor individuale sau a deficiențelor de sistem, ci și în contextul unei relații morale între medic și comunitate. Dimensiunea etică a vocației și ideea de datorie față de sprijinul public primit pot contribui la conturarea unor politici mai echilibrate, care să îmbine libertatea de circulație cu responsabilitatea socială a profesioniștilor formați în sistemul public românesc.

XIII. IMPLICAȚII: MODALITĂȚI POSIBILE DE ATENUARE A EFECTELOR EMIGRĂRII ABSOLVENȚILOR DE MEDICINĂ DIN ROMÂNIA

După cum am arătat, emigrarea absolvenților de medicină din România este determinată de o combinație de factori. Compararea cu situația din țările de destinație evidențiază natura rigidă și adesea restrictivă a examenului național de rezidențiat, salariile neadecvate și condițiile de muncă precare din sistemul sanitar. Pentru a stopa pierderea de talente medicale și a păstra profesioniștii în domeniul sănătății în România, ar putea fi introduse mai multe reforme. În cele ce urmează, propun câteva modalități de facilitare a integrării și retenției absolvenților. Aceste soluții urmăresc să facă sistemul de rezidențiat mai flexibil și mai atractiv, abordând totodată problemele sistemice mai largi din sectorul sanitar.

1. Reformarea procesului de admitere în rezidențiat

Unul dintre principalele motive de nemulțumire în rândul absolvenților de medicină din România este examenul național de rezidențiat, considerat rigid. Pentru a reduce presiunea asupra absolvenților și pentru a le oferi o șansă mai echitabilă de a-și alege specializarea, pot fi avute în vedere următoarele modificări:

- **Introducerea unor căi multiple de admitere în rezidențiat**: În loc de a se baza exclusiv pe un examen scris cu miză ridicată, s-ar putea implementa o abordare hibridă care să includă interviuri, evaluarea performanțelor academice anterioare și testarea abilităților practice. Astfel, studenții și-ar putea valorifica punctele forte pe mai multe planuri, iar viitoarea lor carieră nu ar depinde de rezultatul unui singur examen.
- **Oferirea mai multor oportunități de specializare**: Creșterea numărului de locuri în specializările populare ar putea reduce concurența acerbă și ar permite unui număr mai mare de absolvenți să urmeze domeniul dorit. De asemenea, posibilitatea de a schimba specializarea pe parcursul carierei sau de a susține examene suplimentare ar putea oferi o cale de tranziție pentru cei care doresc să se reprofileze, dacă dovedesc competențele necesare.
- **Implementarea unui examen național de rezidențiat cu structură mai flexibilă**: Prin crearea unui sistem modular de evaluare, cu mai puține materii generale și

mai multe subiecte axate pe specializările vizate, absolvenții ar putea fi evaluați în funcție de interesele lor profesionale. Astfel, nu ar mai fi penalizați pentru lipsa de cunoștințe în domenii care nu au legătură cu direcția lor de carieră.

2. Creșterea stimulentelor financiare și a sprijinului pentru medici

Un factor esențial care determină emigrarea este diferența dintre salariile medicilor din România și cele ale colegilor lor din Europa de Vest. Pentru a contracara acest fenomen, ar putea fi luate următoarele măsuri:

- **Majorarea salariilor rezidenților și medicilor**: Ajustarea competitivă a salariilor, în special pentru medicii rezidenți, ar oferi un stimulent financiar imediat pentru a rămâne în România. **Ultima majorare semnificativă a salariilor rezidenților din România a avut loc în martie 2018, ca parte a aplicării Legii-cadru nr. 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice.** Această lege a dus la creșteri salariale substanțiale pentru personalul medical, inclusiv pentru medicii rezidenți, la stabilirea unor grile de salarizare pe ani de rezidențiat și pe specializări, precum și la includerea rezidenților în sistemul de sporuri și gărzi plătite, în funcție de anul de formare și de locul de muncă. **Totuși, de atunci nu au mai existat creșteri salariale majore specifice pentru rezidenți, iar în ultimii ani s-au semnalat îngrijorări legate de înghețarea salariilor și neactualizarea acestora în raport cu inflația și condițiile de muncă.** Un sistem de salarizare progresiv, corelat cu experiența și specializarea, ar asigura o recompensare adecvată pe măsură ce medicii avansează în formare.
- **Îmbunătățirea plății gărzilor**: În prezent, doar rezidenții din anul III sunt remunerați pentru turele de gardă, însă această practică ar putea fi extinsă pentru a include toți rezidenții, în special pe cei din anii I și II. Având în vedere solicitările fizice și mentale ale muncii în domeniul sănătății, compensarea adecvată a gărzilor și a orelor suplimentare ar contribui la creșterea satisfacției profesionale.
- **Acordarea de burse și sprijin financiar**: Oferirea de burse pentru studenții care se angajează să profeseze în regiuni defavorizate sau în zone cu deficit de personal medical ar putea crea un aranjament reciproc avantajos. Absolvenții ar beneficia de sprijin financiar, iar sistemul de sănătate din România **ar putea atrage profesioniști calificați în zone unde nevoia este acută.**

3. Îmbunătățirea condițiilor de muncă pentru profesioniștii din domeniul medical

Stresul la locul de muncă și numărul copleșitor de pacienți per medic sunt factori-cheie care îi împing pe absolvenții de medicină spre emigrare. Îmbunătățirea

condițiilor de muncă nu doar că ar contribui la retenția personalului medical, ci ar duce și la o îngrijire mai bună a pacienților:

- **Reducerea numărului de pacienți per medic:** Numărul de pacienți pe care un medic este obligat să îi consulte într-o zi ar trebui limitat la un nivel rezonabil. Medicii suprasolicitați riscă epuizarea profesională (burnout), ceea ce le afectează negativ performanța și starea de bine. Prin creșterea numărului de medici în România și optimizarea managementului sanitar, raportul pacient–medic poate fi îmbunătățit, ceea ce va conduce la o îngrijire mai eficientă și la creșterea satisfacției profesionale în rândul medicilor.
- **Reducerea birocrației în sistemul de sănătate:** Obstacolele birocratice din sistemul de sănătate din România generează un stres inutil asupra profesioniștilor medicali și încetinesc livrarea actului medical. Simplificarea proceselor administrative și eliminarea birocrației ar putea îmbunătăți semnificativ mediul de lucru al medicilor și eficiența generală a sistemului de sănătate. În consecință, acest lucru ar contribui la creșterea satisfacției profesionale și la retenția personalului medical.
- **Investiții în infrastructură și resurse:** Sistemul sanitar din România ar putea beneficia considerabil de investiții substanțiale în echipamente medicale, infrastructura spitalelor și personal administrativ de suport. Acest lucru ar reduce presiunea asupra medicilor, care sunt adesea nevoiți să lucreze în condiții de resurse limitate, afectând calitatea actului medical.
- **Optimizarea condițiilor de muncă pentru prevenirea epuizării profesionale în rândul medicilor:** Instituirea unor sisteme de mentorat și de sprijin pentru sănătatea mintală a medicilor tineri și a rezidenților poate contribui la reducerea stresului asociat cu natura solicitantă a profesiei medicale. Rețelele de sprijin între colegi și programele de consiliere le-ar permite medicilor să gestioneze mai eficient impactul emoțional al muncii lor.

4. Investiții pe termen lung în sistemul de sănătate

Reținerea absolvenților de medicină români va necesita, în cele din urmă, investiții pe termen lung în sistemul național de sănătate. Acestea ar putea include:

- **Stimularea colaborării cu instituții internaționale:** România poate încheia mai multe parteneriate cu instituții medicale din Europa pentru a crea programe de schimb sau oportunități comune de formare în rezidențiat. De altfel, există deja inițiative de tip Erasmus+ în domeniul medical, prin care unii rezidenți români au avut posibilitatea de a efectua stagii clinice temporare în spitale universitare din țări precum Franța, Italia, Germania sau Spania. Aceste experiențe internaționale contribuie semnificativ la dezvoltarea profesională a medicilor tineri și le oferă expunere la sisteme medicale performante. Extinderea și instituționalizarea acestor tipuri de mobilități ar putea fi condiționată de

angajamentul de a reveni în România pentru a profesa, oferind astfel un echilibru între formare internațională și responsabilitate față de sistemul național de sănătate.

- **Consolidarea relației medic–pacient:** Îmbunătățirea percepției publice asupra profesiei medicale și a relației dintre medici și pacienți este un aspect esențial în crearea unui climat profesional favorabil. În ultimii ani, încrederea în sistemul medical a fost afectată de factori precum subfinanțarea cronică, lipsa de personal, mediatizarea excesivă a cazurilor negative și criza sanitară generată de pandemia de COVID-19. În plus, controversele legate de campania de vaccinare anti-COVID-19 au polarizat opinia publică, împărțind societatea în două tabere — pro și anti-vaccinare — ceea ce a tensionat suplimentar relația dintre medici și o parte a populației. Mulți profesioniști din domeniul sănătății s-au confruntat cu ostilitate, neîncredere și chiar atacuri directe, deși au avut un rol central în gestionarea crizei sanitare. În acest context, campaniile media orientate spre educație sanitară, promovarea valorilor profesionale și evidențierea contribuției medicilor la sănătatea publică pot contribui semnificativ la restabilirea respectului și încrederii reciproce între pacienți și cadrele medicale.
- **Încurajarea programelor de specializare regională:** Dezvoltarea de centre regionale de excelență în anumite domenii medicale ar putea stimula absolvenții să rămână în țară, oferindu-le acces la formare de înaltă calitate și la oportunități concrete de dezvoltare profesională, fără a fi nevoiți să emigreze. Aceste centre ar putea fi organizate în cadrul spitalelor județene sau universitare care dispun deja de infrastructură medicală avansată, personal didactic calificat și acces la cercetare clinică. Prin concentrarea resurselor și a expertizei în anumite regiuni, s-ar putea crea poli de atracție pentru rezidenți, inclusiv în zone care se confruntă cu un deficit cronic de personal medical. Astfel de centre ar putea beneficia de finanțare publică și/sau europeană, și ar putea include componente precum mentorat individualizat, acces la tehnologie medicală de ultimă generație, stagii interdisciplinare și parteneriate internaționale. În plus, stabilirea unor trasee de carieră bine definite în cadrul acestor centre — inclusiv posibilitatea de avansare profesională și implicare în proiecte de cercetare — ar putea contribui semnificativ la retenția tinerilor medici în sistemul public românesc.

Problemele structurale identificate în sistemul medical românesc — de la rigiditatea admiterii în rezidențiat și lipsa oportunităților de specializare, până la condițiile de muncă precare și climatul social tensionat — nu pot fi tratate izolat, ci trebuie înțelese în contextul mai larg al fenomenului migrației medicale. Recomandările de reformă prezentate anterior vizează tocmai aceste disfuncționalități, cu scopul de a reduce presiunea asupra absolvenților și de a face sistemul românesc mai atractiv pentru tinerii medici. În această direcție se înscrie și demersul științific al tezei mele, care își propune să aducă o contribuție originală la înțelegerea cauzelor profunde ale emigrării absolvenților de medicină din România,

printr-o abordare comparativă și structurată a factorilor ce influențează această alegere.

Noutatea tezei mele constă în accentul pus pe un aspect al migrației care a fost, în mare parte, neglijat în cercetarea academică. Deși fenomenul „brain drain" a fost intens studiat, iar migrația medicilor a beneficiat de o atenție considerabilă, migrația absolvenților de medicină din România, în mod specific, nu a fost analizată în profunzime. Acesta este punctul în care teza mea aduce o contribuție semnificativă. În plus, metodologia utilizată diferențiază cercetarea mea de alte lucrări existente. În timp ce multe articole academice despre migrația medicilor se bazează în mare parte pe interviuri ca metodă principală de cercetare, teza mea adoptă o abordare cuprinzătoare și detaliată, prin analiza comparativă a procedurilor de admitere, cerințelor de rezidențiat și sistemelor de formare din 32 de țări europene. Această abordare oferă o perspectivă nouă asupra modului în care factorii structurali din educația medicală și din rezidențiat joacă un rol crucial în conturarea deciziilor de migrație.

Mai mult, cercetarea mea contrazice ideea larg răspândită conform căreia motivațiile economice sunt principalul factor care determină emigrarea absolvenților de medicină. Deși diferențele salariale continuă să aibă un rol, analiza mea arată că dorința de oportunități profesionale a devenit un motor la fel de important, dacă nu chiar mai puternic, în spatele acestui fenomen migraționist. Absolvenții de medicină din România nu caută doar o remunerație mai bună, ci și posibilitatea de a se specializa în domeniul ales. După șase ani de studiu intens și sute de examene, perspectiva ca parcursul lor profesional să fie decis de un singur examen național de patru ore – care nu reflectă neapărat întregul lor potențial – îi determină pe mulți să caute alternative în străinătate. Aceștia își doresc să urmeze specializările pentru care au vocație și pasiune, nu să se resemneze cu domenii mai puțin atractive doar din cauza unui rezultat nesatisfăcător la examen. Pentru mulți, alegerea de a emigra nu este motivată în principal de o necesitate economică, ci de dorința de a deveni specialiștii care aspiră să fie, chiar dacă asta presupune să părăsească România. Spre exemplu, niciun absolvent de medicină care a investit timp, efort și resurse financiare considerabile în educația sa nu își dorește să ajungă medic de medicina muncii în Vaslui, dacă a visat să devină cardiolog sau neurochirurg. Această schimbare în motivația principală pentru emigrare evidențiază importanța tot mai mare a împlinirii profesionale și a accesului la oportunități de carieră în modelarea tendințelor de migrație în rândul absolvenților de medicină.

Prin urmare, teza mea aduce o perspectivă proaspătă asupra problematicii complexe a migrației absolvenților de medicină, punând accent pe rolul oportunităților profesionale – dincolo de factorii pur economici – în deciziile acestora. Prin evidențierea acestor dinamici adesea ignorate, cercetarea mea își propune să contribuie la dezbaterile de politică publică și să ofere propuneri de reformă care ar putea ajuta la păstrarea profesioniștilor medicali talentați în sistemul de sănătate din

România. Abordarea acestor probleme este, în cele din urmă, esențială pentru stoparea tendinței crescânde de emigrare și pentru a le permite viitorilor medici să se dezvolte profesional în domeniul ales, fără a fi nevoiți să părăsească țara.

Rezultatele obținute subliniază, așadar, necesitatea ca România să își reformeze sistemul de rezidențiat pentru a-și păstra absolvenții de medicină. Simplificarea procesului de admitere, oferirea unor salarii mai competitive și îmbunătățirea condițiilor de muncă în timpul rezidențiatului ar putea contribui la atenuarea exodului de talente medicale și la consolidarea sistemului național de sănătate. Cercetări viitoare ar putea analiza în ce măsură reformele propuse au un impact real asupra reducerii fenomenului de „brain drain" medical. Migrația tinerilor medici români nu este un fenomen izolat – ea reflectă alegeri și priorități naționale profunde. Capacitatea României de a crea condiții care să-i motiveze pe cei mai buni să rămână și să contribuie acasă va juca un rol esențial în determinarea direcției în care țara se îndreaptă în anii următori. Sper ca această cercetare să contribuie, fie și într-o mică măsură, la fundamentarea politicilor și dezbaterilor necesare pentru atingerea acestui obiectiv.

BIBLIOGRAFIE

Adepoju, A. (2008). Migration in sub-Saharan Africa. Current African Issues, 37, 1–40.

Aluttis, C., Bishaw, T., & Frank, M. W. (2014). The workforce for health in a globalized context—global shortages and international migration. Global Health Action, 7, 23611.

Anghel, G., Stanciu, I., & Vasile, B. S. (2017). Brain drain from Romania: What do we know so far about the Romanian medical diaspora? Eastern Journal of European Studies, 11(2), 321–338.

Anghelache, C., Niță, O. G., & Badiu, A. (2015). Remitențele migranților – o sursă importantă și stabilă de fonduri externe, în dezvoltarea economică a unei țări. Revista Română de Statistică – Supliment, 12/2016.

Apostu, S.-A., Dinu, C., & Marinescu, P. (2022). Factors influencing physicians' migration—A case study. *Mathematics, 10*(3), 505. https://doi.org/10.3390/math10030505

Apostu, S. A., Vasile, V., Marin, E., & Bunduchi, E. (2022). Factors influencing physicians migration—A case study from Romania. Mathematics, 10(3), 505.

Apostu, S.-A., Vasile, V., & Chivu, R. (2020). The analysis of push factors in case of physicians migration from Romania. In M. W. Staniewski, V. Vasile, & A. Grigorescu (Eds.), Lumen Proceedings: Vol. 14. International Conference Innovative Business Management & Global Entrepreneurship (IBMAGE 2020) (pp. 467–482). LUMEN Publishing House.

Apsite-Berina, E., Manea, M. E., & Berzins, M. (2020). The ambiguity of return migration: Prolonged crisis and uncertainty in the life strategies of young Romanian and Latvian returnees. International Migration, 58(1), 61–75.

Arah, O. A., Ogbu, U. C., & Okeke, C. E. (2008). Too poor to leave, too rich to stay: Development of the health workforce in Nigeria. BMJ Global Health, 37(4), 15–19.

Asis, M. M. B. (2006). The Philippines' culture of migration. Migration Policy Institute, http://www.migrationpolicy.org/article/philippines-culture-migration.

Aspalter, C. (2023). Ten worlds of welfare capitalism: A global data analysis. Springer Nature.

Astărăstoae, V. (2011). Migration of doctors from Romania: Consequences and solutions. Romanian Journal of Bioethics, 9(1), 75–84.

Atoyan, R., Christiansen, L., Dizioli, A., Ebeke, C., Ilahi, N., Ilyina, A., Mehrez, G., Qu, H., Raei, F., Rhee, A., & Zakharova, D. (2016). Emigration and its economic impact on Eastern Europe (IMF Staff Discussion Note No. SDN/16/07). International Monetary Fund.

Aziz, N., Chowdhury, M., & Cooray, A. (2022). Why do people from wealthy countries migrate? European Journal of Political Economy, 73, 102156.

Barry, B. (1995). *Justice as Impartiality*. Oxford University Press

Bambra, C. (2005). Worlds of welfare and the health care discrepancy. Social Policy & Society, 4(1), 31–41.

Becker, G. S. (1994). Human capital: A theoretical and empirical analysis, with special reference to education (3rd ed.). University of Chicago Press.

Becker, R., & Teney, C. (2020). Understanding high-skilled intra-European migration patterns: The case of European physicians in Germany. Journal of Ethnic and Migration Studies, 46(9), 1737–1755.

Bertin, G., Carrino, L., & Pantalone, M. (2021). Do standard classifications still represent European welfare typologies? Novel evidence from studies on health and social care. Social Science & Medicine, 281, 114086.

Betts, A., & Collier, P. (2017). Refuge: Rethinking refugee policy in a changing world. Oxford University Press.

Betz, H.-G. (1994). Radical right-wing populism in Western Europe. Macmillan.

Boncea I., Voicu B. (2019). *Intențiile de migrație internațională ale studenților la medicină: România 2017/2018. Un raport asupra rezultatelor primare*. Bucharest: Administrația Prezidențială.

Borjas, G. J. (1989). Economic theory and international migration. International Migration Review, 23(3), 457–485.

Borjas, G. J. (1999). The economic analysis of immigration. In O. Ashenfelter & D. Card (Eds.), Handbook of Labor Economics (pp. 1697–1760). Elsevier.

Borjas, G. J. (2005). The labor market impact of high-skilled migration. American Economic Review, 95(2), 56–60.

Botezat, A., & Moraru, A. (2020). Brain drain from Romania: What do we know so far about the Romanian medical diaspora? Eastern Journal of European Studies, 11(1).

Botezat, A., & Ramos, R. (2020). Physicians' brain drain: A gravity model of migration flows. Global Health, 16(7).

Botezat, A., Încalţărău, C., & Nijkamp, P. (2024). Nurse migration: Long-run determinants and dynamics of flows in response to health and economic shocks. World Development, 174, 106445.

Boulé, R., & Girard, G. (2003). La résidence en médecine de famille. Difficultés et solutions. Canadian Family Physician, 49, 472.

Bouvier, L. F., & Simcox, D. (1995). Foreign-born professionals in the United States. Population and Environment, 16(5), 429–444.

Bridge, A. (2022, September 10). Residência médica em Portugal. Atlantic Bridge.

British Medical Association (BMA). (n.d.). Pressures in general practice: Data and analysis.

Buchan, J. (2007). International recruitment of health professionals. BMJ: British Medical Journal, 334(7587), 235–236.

Buchan, J., & Black, R. (2011). The impact of migration on medical education and training. Human Resources for Health, 9(1), 5–10.

Buchan, J., Wismar, M., & Glinos, I. A. (2014). Health professional mobility in a changing Europe. WHO European Observatory on Health Systems and Policies.

Bureau of Labor Statistics. (2020). Labor force characteristics of foreign-born workers summary.

Cassarino, J. P. (2004). Theorizing return migration: The conceptual approach to return migrants revisited. International Journal on Multicultural Societies, 6(2), 253–279.

Castles, S., & Kosack, G. (1973). Immigrant workers and class structure in Western Europe. Oxford University Press.

Castles, S., & Miller, M. J. (2009). The age of migration: International population movements in the modern world (4th ed.). Palgrave Macmillan.

Castles, S., de Haas, H., & Miller, M. J. (2014). The age of migration: International population movements in the modern world (5th ed.). Guilford Press.

Chari, A. (2024). Admission and eligibility for medical studies in Romania. Gyanberry.

Chen, L., & Boufford, J. I. (2005). Fatal flows: Doctors on the move. The New England Journal of Medicine, 353(17), 1850–1852.

Ciobanu, C. (2010). Trade unions warn against unjustified pay cuts. Inter Press Service.

Coaliția pentru drepturile migranților și refugiaților. (2017). Obținerea dreptului de practică de către medicii străini.

Colegiul Medicilor din România (2016). *Codul deontologic al medicului*. https://www.cmr.ro

Constantin, D. L., Vasile, V., Preda, D., & Nicolescu, L. (2004). The migration phenomenon from the perspective of Romania's accession to the European Union (Pre-Accession Impact Studies II, No. 5). European Institute of Romania.

Constantinescu, G., Gheorghe, G., Ionescu, V. A., et al. (2022). COVID-19 pandemic and its impact on training programs of medical residency in Romania. Gastroenterology Insights, 13(1), 106–116.

Croitoru, A. (2020). Great expectations: A regional study of entrepreneurship among Romanian return migrants. SAGE Open, 10(2).

Croitoru, A. (2021). Stimulating return migration to Romania: A multi-method study of returnees' endorsement of entrepreneurship policies. Journal of Contemporary European Studies, 29(2), 264–281.

Croitoru, A., & Coșciug, A. (2021). Two facets of returnees' entrepreneurship in Romania: Juxtaposing business owners and self-employed return migrants within a multi-method research framework. Calitatea Vieții, 32(2), 175–194.

Crosby, D. L., & Sharma, A. (2020). Insights on otolaryngology residency training during the COVID-19 pandemic. Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 163(1), 38–41.

Crăciunaș, D. L. (2015, September 15). Lamuriri despre Foundation Programme in Anglia / UK / NHS. ContraBoli.ro.

Cudalb, A., & Gresser, U. (2020). What contribution can doctors trained in Romania bring in order to remedy the medical deficit in Germany? Comparison of medical studies and

specialist training between Romania, Germany, and Poland, using as an example the fields of internal medicine, general medicine, and anesthesia. Creative Education, 11(11), 2424.

Czaika, M., & Reinprecht, C. (2022). Migration drivers: Why do people migrate? In P. Scholten (Ed.), Introduction to Migration Studies: An interactive guide to the literatures on migration and diversity (pp. 49–82). Springer.

Dabic, M., González-Loureiro, M., & Harvey, M. (2015). Evolving research on expatriates: What is 'known' after four decades (1970–2012). The International Journal of Human Resource Management, 26(3), 316–337.

Dang, Q. T., Rammal, H. G., & Michailova, S. (2022). Expatriates' families: A systematic literature review and research agenda. Human Resource Management Review, 32(4), 100877.

De Haas, H. (2010). Migration and development: A theoretical perspective. International Migration Review, 44(1), 227–264.

De Haas, H. (2010). The internal dynamics of migration processes: A theoretical inquiry. Journal of Ethnic and Migration Studies, 36(10), 1587–1617.

Deliu, A. (2019). Identity here and there: Migration as resource for identity construction. Pro Universitaria.

Deliu, A., Fărcășanu, D., Mihail, L., Mustață, M., Vișinescu, I., & Voicu, B. (2022). Country report on health worker migration and mobility, Romania. Pillars of Health.

Diallo, K., Zurn, P., Gupta, N., & Dal Poz, M. R. (2012). Migration of health-care workers: Challenges and opportunities. Bulletin of the World Health Organization, 81(8), 601–607.

Dimitriu, M. C., Pantea-Stoian, A., Smaranda, A. C., et al. (2020). Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. Medical Hypotheses, 144, 109972.

Diário da República n.o 183/2018, Série I de 2018-09-21, páginas 4832–4836. (2024). Diariodarepublica.pt.

Docquier, F., & Marfouk, A. (2006). International migration by education attainment, 1990–2000. In International migration, remittances, and the brain drain (pp. 151–199). Washington: World Bank.

Duica, L. C., Szalontay, A., Antonescu, E., et al. (2021). The strength of motivation of medical students in Romania in the context of migration opportunities. Revista de Cercetare și Intervenție Socială, 73.

Dumitrache, L. (2023). Geographic maldistribution of the physician workforce in Romania: Urban-rural divide and need for better planning and retention strategies. Human Geographies.

Dumitrache, L., Nae, M., Simion, G., & Cazacu, C. (2023). Geographic maldistribution of the physician workforce in Romania: Urban-rural divide and need for better planning and retention strategies. Human Geographies—Journal of Studies and Research in Human Geography, 17(1).

Dumitrașcu, D., Suciu, S., Oprean, A., & Dima, L. (2018). Medical migration in Romania: Causes and consequences. Journal of Public Health.

Dumont, J. C., & Lemaître, G. (2005). Counting immigrants and expatriates in OECD countries: A new perspective (OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 25). OECD Publishing.

Dumont, J., Spielvogel, G., & Widmaier, S. (2019). International migration and remittances: Recent developments and emerging issues. OECD Publishing.

Durand, J., & Massey, D. S. (2003). The costs of contract labor: Mexican workers in the United States. Journal of Labor Economics, 11(2), 230–251.

Durand, J., Parrado, E. A., & Massey, D. S. (1996). Migradollars and development: A reconsideration of the Mexican case. International Migration Review, 30(2), 423–444.

Eibensteiner, F., Ritschl, V., Valent, I., et al. (2018). Targeted training for subspecialist care in children. Factors influencing physicians migration—A case study from Romania. Mathematics, 10(3), 505.

https://www.mdpi.com/2227-7390/10/3/505

Engbersen, G. (2018). Liquid migration and its consequences for local integration policies. In P. Scholten & M. van Ostaijen (Eds.), Between mobility and migration: The multi-level governance of intra-European movement (pp. 63–76). Springer International Publishing.

Espenshade, T. J., Usdansky, M. L., & Chung, C. Y. (2001). Employment and earnings of foreign-born scientists and engineers. Population Research and Policy Review, 20(1), 81–105.

Esping-Andersen, G. (1990). The three worlds of welfare capitalism. Polity Press.

European Commission. (2020). Health and long-term care workforce challenges in Europe. Publications Office of the European Union.

Eurostat database. (2024). Europa.eu.

Eurostat. (2023). Migration to and from the EU.

Eurostat. (2024). Healthcare personnel statistics – physicians.

Exploring the salaries of doctors across Europe: Opportunities, residency, and growth. (n.d.). Futuredoctor.ai.

Faridi, R. (2018). Migration theories: Lee's push pull theory.

Galvin, G. (2024). Europe's health worker shortages are being filled with foreign labour – but it could worsen those gaps elsewhere. Euronews.

Gerver, M. (2018). Refugee repatriation and the problem of consent. Journal of Global Ethics, 14(2), 217–231.

Gidron, N., & Bonikowski, B. (2013). Varieties of populism: Literature review and research agenda. Weatherhead Center for International Affairs, Harvard University.

Giordano, L., Cipollaro, L., Migliorini, F., & Maffulli, N. (2021). Impact of COVID-19 on undergraduate and residency training. Surgeon, 19(5), e199–e206.

Glinos, I. A. (2021). Health professional mobility in Europe: Patterns, challenges, and policy responses. Health Policy, 125(9), 1153–1161.

Glinos, I. A., Wismar, M., Maier, C. B., Palm, W., & Figueras, J. (2014). Health professional mobility and health systems: Evidence from 17 European countries. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization.

Glinos, I., & Buchan, J. (2014). Health professionals crossing the European Union's internal and external borders: A typology and health professional mobility and migration. In J. Buchan, M. Wismar, I. Glinos, & J. Bremner (Eds.), Health professional mobility in a changing Europe: New dynamics, mobile individuals and policy responses. European Observatory on Health Systems and Policies & WHO.

Goštautaitė, B., Bučiūnienė, I., Milašauskienė, Ž., Bareikis, K., Bertašiūtė, E., & Mikelionienė, G. (2018). Migration intentions of Lithuanian physicians, nurses, residents and medical students. Health Policy, 122(10), 1126–1131.

Greer, S. L., Wismar, M., Figueras, J., & McKee, M. (Eds.). (2019). Strengthening health system governance: Better policies, stronger performance. Open University Press.

Gruber, E., Sarajlic Vukovic, I., Musovic, M., Moravek, D., Starcevic, B., Martic Biocina, S., & Knez, R. (2020). Migration of Croatian physicians in the global context. Medicina Fluminensis, 56(2), 88–96.

Hardy-Durbenet, A.-C. (2008). French medical schools: From hierarchy to anomie. European Journal of Education, 43(3), 331–351.

Hatton, T. J., & Williamson, J. G. (1998). The age of mass migration: Causes and economic impact. Oxford University Press.

Healthcare personnel statistics – physicians. (n.d.). Ec.europa.eu.

Helbling, M., & Garcés-Mascareñas, B. (2020). Migration and health in Europe: From theory to policy. Migration Studies, 8(1), 12–28.

Hercog, M., & Sandoz, L. (2018). Highly skilled or highly wanted migrants? Conceptualizations, policy designs and implementations of high-skilled migration policies. Migration Letters, 15(4), 453–460.

Horváth, I., & Anghel, R. G. (2009). Migration and its consequences for Romania. Comparative Southeast European Studies, 57(4), 386–403.

How much do doctors in specialty training (residency) earn in the UK? (n.d.). The Savvy IMG.

How specialty training (residency) works in the UK: A complete beginner's guide. (2018, October 20). The Savvy IMG.

International Labour Organization (ILO). (2022). World employment social trends 2022. ILO.

Janulyte, V., Puriene, A., Petrauskiene, J., Peciuliene, V., & Benzian, H. (2011). International migration of Lithuanian oral health professionals: A survey of graduates. International Dental Journal, 61(4), 224–230.

Jourdain, A., & Pham, T. (2017). Mobility of physicians in Europe: Health policies and health care provision. Sante Publique, 29, 81–87.

Kapiszewski, A. (2006). Arab versus Asian migrant workers in the GCC countries. In M. Baldwin-Edwards & M. A. Schain (Eds.), The politics of immigration in Western Europe and North America (pp. 97–122). Oxford University Press.

Khan, M. I., Alharthi, M., Haque, A., & Illiyan, A. (2023). Statistical analysis of push and pull factors of migration: A case study of India. Journal of King Saud University - Science, 35(8), 102859.

Khan, R. (2022). Dying to stay alive in residency and beyond: A critical discourse analysis of 'burnout'. Doctoral dissertation, University of Toronto.

King's College Hospital NHS Foundation Trust. (n.d.).

King, R., & Kuschminder, K. (Eds.). (2022). Handbook of return migration. Edward Elgar Publishing.

Kline, D. S. (2003). Push and pull factors in international nurse migration. Journal of Nursing Scholarship, 35(2), 107–111.

Kolčić, I., Čikeš, M., Boban, K., Bućan, J., Likić, R., Ćurić, G., ... & Polašek, O. (2014). Emigration-related attitudes of the final year medical students in Croatia: A cross-sectional study at the dawn of the EU accession. Croatian Medical Journal, 55(5), 452–458.

Floria Andrada (2012) *8 milioane de euro cheltuiește statul roman pentru o promoție la Medicină, în București*, publicat în Adevărul, 04.12.2012, ultima actualizare: 11.08.2022. Poate fi accesat la: https://adevarul.ro/stiri-interne/sanatate/8-milioane-de-euro-cheltuieste-statul-roman-pentru-1378506.html

Kovacheva, S., Popivanov, B., & Burcea, M. (2019). (Self)Reflecting on international recruitment: Views on the role of recruiting agencies in Bulgaria and Romania. Social Inclusion, 7(4), 49–59.

Krajewski-Siuda, K., Szromek, A., Romaniuk, P., Gericke, C. A., Szpak, A., & Kaczmarek, K. (2012). Emigration preferences and plans among medical students in Poland. Human Resources for Health, 10, 1–6.

Krastev, I. (2020). After Europe. University of Pennsylvania Press.

Kuhlmann, E., Groenewegen, P., Bond, C., Burau, V., & Hunter, D. (2018). Primary care workforce development in Europe: An overview of health system responses and stakeholder views. Health Policy.

https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.07.021

Labonté, R., Sanders, D., Mathole, T., Crush, J., Chikanda, A., & Runnels, V. (2015). The brain drain of health professionals from sub-Saharan Africa to Canada. BMC Health Services Research, 15(1), 349–354.

Lavnya Balenderan. (2020). Training length for each specialty programme | Medical residency in UK. YouTube.

Lege 5: Legea-cadru nr. 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice, https://lege5.ro/App/Document/ge3dkmzyga3a/legea-cadru-nr-153-2017-privind-salarizarea-personalului-platit-din-fonduri-publice

Lee, E. S. (1966). A theory of migration. Demography, 3(1), 47–57.

Lee, E. S. (1966). A theory of migration. Demography, 3(1), 47–57. evitt, P. (2001). Transnational migration: Taking stock and future directions. Global Networks, 1(3), 195–216.

Lemaître, G., & Dumont, J.-C. (2005). Counting immigrants and expatriates in OECD countries. OECD Publishing.

Levitt, P., & Glick Schiller, N. (2004). Conceptualizing simultaneity: A transnational social field perspective on society. International Migration Review, 38(3), 1002–1039.

Libaers, D. (2014). Foreign-born academic scientists and their interactions with industry: Implications for university technology commercialization and corporate innovation management. Journal of Product Innovation Management, 31(2), 346–360.

Liebert, S. (2010). The role of informal institutions in U.S. immigration policy: The case of illegal labor migration from Kyrgyzstan. Public Administration Review, 70(3), 390–400.

Lowell, B. L. (2005). Policies and regulations for managing skilled international migration for development. United Nations, Mortality and Migration Section of the Population Division/DESA.

Luxembourg Government. (2024). Carte Sanitaire 2023: Hospital beds in Luxembourg.

Mackenbach, J. P. (2012). Public health and welfare. European Journal of Public Health, 22(1), 1.

Martino, P., & Buchan, J. (2017). The European medical workforce and migration: A comparative analysis of Germany and the UK. European Journal of Health Economics.

Martins Martinho, A. (2012). Becoming a doctor in Europe: Objective selection systems. AMA Journal of Ethics, 14(12), 984–988. https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2012.14.12.medu1-1212

Massey, D. S., Alarcon, R., Durand, J., & Gonzalez, H. (1987). Return to Aztlan: The social process of international migration from Western Mexico. University of California Press.

Massey, D. S., Arango, J., Hugo, G., Kouaouci, A., Pellegrino, A., & Taylor, J. E. (1993). Theories of international migration: A review and appraisal. Population and Development Review, 19(3), 431–466.

Massey, D. S., Goldring, L., & Durand, J. (1998). Continuities in transnational migration: An analysis of 19 Mexican communities. American Journal of Sociology, 99(6), 1492–1533.

Mayda, A. M. (2010). International migration: A panel data analysis of the determinants of bilateral flows. Journal of Population Economics, 23(4).

McKee, M., et al. (2020). The impact of doctor migration on healthcare in Europe. European Journal of Public Health, 30(4), 620–626.

Medical PG residency & speciality training in Poland. (n.d.). Standyou.com.

Medical PG residency in Belgium. (n.d.). Standyou.com.

Medical residency in Germany | Graduate studies in Germany. (n.d.). Edupark.

Milić, J., Vuksan-Ćusa, Z., Jakab, J., Ćurčić, M., Puljak, L., Vranješ, I. M., & Miškulin, M. (2023). Tendencies towards emigration and their association with introversion and ethnocentrism among final-year medical students from Osijek, Croatia: A cross-sectional study. BMC Medical Education, 23(1), 632.

Ministerul Educației și Cercetării. Universități de stat recunoscute oficial în România.

Ministerul Educației și Cercetării. Universități particulare acreditate în România.

Ministerul Educației și Cercetării, *Ordin Nr. 6901/2023 din 28 decembrie 2023 privind aprobarea Metodologiei de alocare a fondurilor bugetare pentru finanțarea de bază și finanțarea suplimentară a instituțiilor de învățământ superior de stat din România, pentru anul 2024,* publicat în Monitorul Oficial nr. 54 din 22 ianuarie 2024. https://www.cnfis.ro/wp-content/uploads/2024/02/OM_6901-2023-FI-FB-FS.pdf

Ministerul Sănătății. (2014, noiembrie). Strategia Națională de Sănătate 2014–2020. http://old.ms.ro/?pag=13

Mladovsky, P., Rechel, B., Ingleby, D., McKee, M., & Mossialos, E. (2012). Migration and health in the European Union. Open University Press.

Moullan, Y. (2018). What fundamentals drive the immigration of physicians? A panel data analysis of OECD countries. In M. Czaika (Ed.), High-skilled migration: Drivers and policies. Oxford University Press.

Muntean, A. (2003). *Romanian labor movement between workers' padded coat and European values: New perspectives on Romanian trade unions*. In B. Voicu & H. Rusu (Eds.), Globalization, integration, and social development in Central and Eastern Europe (pp. 1–24). Sibiu: Psihomedia Publishing.

Murray, D. (2017). The strange death of Europe. Immigration, identity, Islam. Bloomsbury.

NHS Specialty Training Recruitment. (n.d.).

Nicula, M. (2025). Comparative analysis of medical residency systems: Implications for Romanian medical graduate emigration. In S. Cace, C. Coman, E. Dobrescu, & V. Bătrânu-Pințea (Eds.), Contemporary society in crisis: Școala Academică de Sociologie – SAS 2024 (13th ed.). Brașov: Editura Universității Transilvania. ISBN 978-606-19-1778-5.

Nicula, M. (2025). Migration of medical graduates from Romania to EU countries – Regulations as a pull factor. Central and Eastern European Migration Review (online first): 1-15. doi: 10.54667/ceemr.2025.32

Nicula, M. (2025). Left behind or pushed out? Rethinking health workforce policy in Romania. Journal of Community Positive Practices. 29. 73-97. 10.35782/JCPP.2025.2.04. DOI:10.35782/JCPP.2025.2.04

Nitulescu, D., Oancea, A., & Tănase, I. (2007). … Cu bine, din Europa! Studiu despre migratia fortei de munca romanesti in Uniunea Europeana. Bucharest: Asociatia Națională a Birourilor de Consiliere pentru Cetateni.

Nunn, N. (2008). The long-term effects of Africa's slave trades. The Quarterly Journal of Economics, 123(1), 139–176.

OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). România: Profilul de țară din 2021 în ceea ce privește sănătatea. OECD Publishing. https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_romania_romanian.pdf

OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). România: Profilul de țară din 2023 în ceea ce privește sănătatea. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/37ca855a-ro.

OECD. (2019). Romania: A growing international medical education hub. In Recent trends in international migration of doctors, nurses and medical students. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/5571ef48-en.

OECD (2021). *Health at a Glance: Europe 2020*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/82129230-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Austria: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/0f110d90-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Belgium: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/dd6df7bd-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Bulgaria: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/8d90f882-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Croatia: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/8a7eadc9-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Cyprus: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/43898784-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Czechia: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing Paris, https://doi.org/10.1787/24a9401e-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Denmark: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/e4f0bee3-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Estonia: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/bc733713-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Finland: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/e7af1b4d-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). France: Country health profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/07c48f9f-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Germany: Country health profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/21dd4679-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Greece: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/dd530c3e-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Hungary: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/8d398062-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Iceland: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/f2868adb-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Ireland: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/3abe906b-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Italy: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/633496ec-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Latvia: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/bf2b15d6-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Lithuania: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing , Paris, https://doi.org/10.1787/5ed683c8-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Malta: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/2a821e8a-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Netherlands: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/3110840c-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Norway: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/256fd7cf-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Poland: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/f597c810-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Portugal: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/f597c810-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Romania: Country health profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/f478769b-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Slovakia: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/98f25a9b-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Slovenia: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/0eb17a30-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Spain: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/71d029b2-en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Sweden: Country health profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/ec938a6d-en.

OECD (2024), *International Migration Outlook 2024*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/50b0353e-en.

Ordinance No. 18/2009 on the organization and financing of residency. (2009). Official Gazette, Part I No. 601 of August 31, 2009,https://lege5.ro/Gratuit/gezdonrrgi/ordonanta-nr-18-2009-privind-organizarea-si-finantarea-rezidentiatului.

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). (2023). International migration outlook 2023. OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/b0f40584-en.

Peri, G., & Sparber, C. (2011). Highly educated immigrants and native occupational choice. Industrial Relations: A Journal of Economy and Society, 50(3), 385–411.

Peterkin, A. D., & Puddester, D. (2024). Staying human during residency training: How to survive and thrive after medical school. University of Toronto Press.

Piore, M. J. (1979). Birds of passage: Migrant labor and industrial societies. Cambridge University Press.

Portes, A. (1997). Globalization from below: The rise of transnational communities. Latin American Research Review, 32(2), 123–141.

Portes, A., & Zhou, M. (1993). The new second generation: Segmented assimilation and its variants. The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 530(1), 74–96.

Procedure for doctors (with medical degree) wanting to continue their training or to do part of their training to be a specialist. (n.d.). UZ Leuven. https://www.uzleuven.be/en/international-office/procedure-doctors-medical-degree-wanting-continue-their-training-or-do-part-their-training-be

Păunică, M., Cosmina, I., & Ștefănescu, A. (2017). International migration from public health systems: Case of Romania. Amfiteatru Economic Journal, 19(46), 742–756.

Păunică, M., Pitulice, I. C., & Ștefănescu, A. (2017). International migration from public health systems: Case of Romania. Amfiteatru Economic, 19(46), 742–756.

Quraishi, N., & Quraishi, S. (2021). Otolaryngology education and training in the COVID-19 and post-COVID-19 digital era: A developing world perspective. Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery, 29(3), 225–229. https://doi.org/10.1097/MOO.0000000000000709

Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Harvard University Press

Residency // France. (n.d.). EuroNet MRPH. https://euronetmrph.org/residency-france/

Riemsdijk, M., & Basford, S. (2022). Integration of highly skilled migrants in the workplace: A multi-level framework. Journal of International Migration and Integration, 23(2), 633–654.

Roosa Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. A. (2020). International profiles of health care systems.

Saadoun, R., Risse, E. M., Sadoun, L., et al. (2022). The pathway to residency in Germany: A survey study to identify factors that impact an international medical graduate from Syria. BMC Medical Education, 22, 513, https://doi.org/10.1186/s12909-022-03582-6

Sandu, D. (2005). Emerging transnational migration from Romanian villages. Current Sociology, 53(4), 555–582.

Sandu, D. (2006). Emerging transnational migration from Romanian villages. Current Sociology, 54(4), 555–582.

Sandu, D. (2010). Lumile sociale ale migratiei româneşti în străinătate. Iaşi: Polirom.

Sandu, D. (2017). Destination selection among Romanian migrants in times of crisis: An origin integrated approach. Romanian Journal of Population Studies, 11(2), 145–192.

Sandu, D. (2024). Subjective well-being between the migration experience of returnees and the country effect: An integrated approach on European spaces. Central and Eastern European Migration Review, 13(1), 151–168.

Sandu, D., Toth, G., & Tudor, E. (2017). The nexus of motivation–experience in the migration process of young Romanians. Population, Space and Place, 24, https://doi.org/10.1002/psp.2114

Seifman, M. A., Fuzzard, S. K., To, H., & Nestel, D. (2022). COVID-19 impact on junior doctor education and training: A scoping review. Postgraduate Medical Journal, 98(1160), 466–476.

Sierocinski, E., Mathias, L., Freyer Martins Pereira, J., & Chenot, J. F. (2022). Postgraduate medical training in Germany: A narrative review. GMS Journal of Medical Education, 39(5), Doc49, https://doi.org/10.3205/zma001570

Skeldon, R. (2018). High-skilled migration and the limits of migration policies. In High-Skilled Migration: Drivers and Policies (pp. 48–64). Oxford: Oxford University Press.

Skeldon, R. (2018). Migration and development: A global perspective (2nd ed.). Routledge.

Spiers, J., Buszewicz, M., Chew-Graham, C., et al. (2021). What challenges did junior doctors face while working during the COVID-19 pandemic? A qualitative study. BMJ Open, 11, e056122. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056122

Stan, R. (2006). Irregular migration of Romanian workers to European Union: Factors, practices and management. Research Paper. Budapest: Center for Policy Studies.

Stan, S. (2009). Romanian migration to Spain and its impact on the Romanian labour market. QUIT Centre d'Estudis.

Stancea, A., & Muntean, A. (2024). Keep the (social) distance! Turnout and risk perception during health crisis. Humanities and Social Sciences Communications, 11(612). https://doi.org/10.1057/s41599-024-03111-4

Standyou.com. (n.d.). Medical PG residency training program in Germany. Standyou.com.

Stark, O. (1991). The migration of labor. Blackwell.

State of Health in the EU. (n.d.). OECD Publishing, https://www.oecd.org/en/publications/state-of-health-in-the-eu_25227041.html

Statista. (n.d.). General practitioners' employment in Luxembourg. https://www.statista.com/statistics/462207/general-practitioners-employment-in-luxembourg/?srsltid=AfmBOoqUBCCS8TXeIAHNa4Swp93tbRene3eKMjJCMuy2FVb-UzQkR1BE

Statista. (n.d.). Number of hospital beds in the United Kingdom (UK). https://www.statista.com/statistics/473264/number-of-hospital-beds-in-the-united-kingdom-uk/?srsltid=AfmBOopGAxovCo1CtXAN7ACFLvmQLR-_U4bqJXoTadzzsrawbT48JaDP

Statista. (n.d.). Public-owned hospital beds per hundred thousand inhabitants in Liechtenstein. https://www.statista.com/statistics/1295675/liechtenstein-private-for-profit-hospital-beds-per-hundred-thousand-inhabitants/?srsltid=AfmBOorEvOSeYbu9nz2gwwSpE23rtddD_YPRsP6A-sTHtj-tJ135Di79

Stoleru, I. (2024). O lecție de empatie de la un tânăr doctor din India pe care statul român nu-l vrea. Scena9. https://www.scena9.ro/article/jewel-medic-rezident-india-migratie

Study in Romania. (n.d.). Postgraduate medical study in Romania. https://studyinromania.gov.ro/

Study Medicine Europe. (n.d.). Postgraduate medical study in Romania. https://stinwo.ro/study-medicine-in-romania/

Suciu, S., Popescu, C., & Petcu, E. (2020). The migration of medical doctors from Romania: Current trends and impacts. Romanian Journal of Medical Practice.

Suciu, Ș. M., Popescu, C. A., Ciumageanu, M. D., & Buzoianu, A. D. (2017). Physician migration at its roots: A study on the emigration preferences and plans among medical students in Romania. Human Resources for Health.

Swedish Board of Student Finance. (2018). https://www.government.se/government-agencies/swedish-board-for-study-support-csn/

Tiut, A., & Teacă, A. M. (2023). Emigration from Romania: Impact and legacy. ÖGfE Policy Brief, 10'2023.

Trading Economics. (n.d.). Switzerland: Hospital beds. https://tradingeconomics.com/switzerland/hospital-beds

Tufiș, P. A., & Sandu, D. (2023). Motivation in the dynamics of European youth migration. European Societies, 25(5), 829–858.

Ungureanu, M., & Socha-Dietrich, K. (2019). România: Profilul de țară din 2019 în ceea ce privește sănătatea. In State of Health in the EU, OECD Publishing / European Observatory on Health Systems and Policies.

UNHCR. (2021). Global trends: Forced displacement in 2020. https://www.unhcr.org/media/global-trends-forced-displacement-2020

United Nations. (2020). International migration report 2020. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). *International Migration 2020 Highlights* (ST/ESA/SER.A/452).

Urbański, M. (2022). Comparing push and pull factors affecting migration. Economies, 10, 21.

Vilcu, A. (2022). Tendencies of high-skilled migration coming from Romania: Favourable legislation and social policies. European Journal of Social Science Education and Research, 9(2), 51–58.

Vlase, I. (2013). Women's social remittances and their implications at household level: A case study of Romanian migration to Italy. Migration Letters, 10(1), 81–90.

Vlase, I. (2013). 'My husband is a patriot!' Gender and Romanian family return migration from Italy. Journal of Ethnic and Migration Studies, 39(5), 741–758.

Vlase, I., & Croitoru, A. (2019). Nesting self-employment in education, work and family trajectories of Romanian migrant returnees. Current Sociology, 67(5), 778–797.

Vlădescu, C., Scîntee, S. G., Olsavszky, V., Hernández-Quevedo, C., & Sagan, A. (2016). Romania: Health system review. Health Systems in Transition, 18(4).

Voicu, B. (2019). Politici sociale postmoderne în România: Între nevoie și schimbările așteptate ale sistemului de furnizare a bunăstării. Sociologie Românească, 17(2), 9–36.

Voicu, B. (2022). Changes in work values under the influence of international migration. In I. S. Ruud Luickx & T. Reeskens (Eds.), Reflections on European values: Honouring Loek Halman's contribution to the European Values Study (pp. 322–335). Open Press TiU.

Voicu, B., & Croitoru, A. (2023). Between integration and dissociation: Intra-European immigrants' life experiences in Romania. In Revising the integration-citizenship nexus in Europe: Sites, policies, and bureaucracies of belonging (pp. 165–185). Cham: Springer International Publishing.

Voicu, B., & Deliu, A. (2024). Re-constructing identity between place and space: The case of highly skilled EU migrants to Bucharest. Calitatea Vieții, 35(1), 1–22.

Voicu, B., Fărcășanu, D., Mustață, M., Deliu, A., & Vișinescu, I. (2023). Using laws, common sense, and statistical approaches to design indicators for 'medical desertification': An application on the Romanian case. Social Science & Medicine, 327, 115944.

Vujicic, M., Zurn, P., Diallo, K., Adams, O., & Dal Poz, M. R. (2004). The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. Human Resources for

Health, http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-2-3

Weinar, A., & Klekowski von Koppenfels, A. (2020). Highly skilled migration: Concept and definitions. In Highly-Skilled Migration: Between Settlement and Mobility, IMISCOE Research Series. Springer, Cham.

Weinar, A., & Koppenfels, A. K. V. (2020). Highly-skilled migration: Between settlement and mobility: IMISCOE short reader. Springer.

Weston, W. W., & Brown, J. B. (2013). Becoming a physician: The human experience of medical education. In Patient-Centered Medicine (pp. 183–209). CRC Press.

Wismar, M., Glinos, I. A., & Maier, C. B. (2011). Health professional mobility and health systems: Evidence from 17 European countries. The European Journal of Public Health, 22(5), 705–708.

World Bank. (2018). Migration and remittances: Recent developments and outlook. World Bank Group, https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/9eb130a1-8551-517a-b362-7d921fd75bdd

World Bank. (2020). Remittance flows register robust 7.3 percent growth in 2021, https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2021/11/17/remittance-flows-register-robust-7-3-percent-growth-in-2021.

World Health Organization. (2021). The health workforce in Europe: Challenges and solutions. WHO.

World Health Organization. (2022). Health and care workforce in Europe: Time to act. World Health Organization, Regional Office for Europe, https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339

Yakovlev, P., & Steinkopf, T. (2014). Can economic freedom cure medical brain drain? Journal of Private Enterprise, 29(Fall), 97–117.

Yang, J. (2024). General practitioners in the UK 2000–2022. Statista.

Şerban, M. (2011). Dinamica migrației internaționale: Un exercițiu asupra migrației românești în Spania. Iași: Lumen.

Şerban, M. (2022). Lecture given during the International Spring School (14–18 February 2022) at RUB "EU enlargement, migration dynamics and local policy responses of cities – Bulgarian & Romanian migration in Europe." The Spring School was organised in the context of the research project: Migration from South-East Europe – Enabling participation & cohesion at the municipal level (ZuSudo), financed by Mercator Foundation.

Şerban, M., & Voicu, B. (2010). Romanian migrants to Spain: In or outside the migration networks – A matter of time? Revue d'études comparatives Est-Ouest, 41(4), 97–124.

Șerban, M., & Croitoru, A. (2018). Do return migration policies matter? A typology of young Romanian returnees' attitudes towards return policies. Social Change Review, 16(1–2), 9–34.

WHO (2010). *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. World Health Organization, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/3090/A63_R16-en.pdf?sequence=1

Zapata, T., Vujicic, M., & Buchan, J. (2025). Mitigating health workforce migration in Romania: Policy lessons for Europe. *Human Resources for Health, 23*(1), 101. https://doi.org/10.1186/s12960-025-01003-5



ISBN 978-606-37-2870-9