

FENOMENUL EXODULUI DE CREIERE ȘI MIGRAȚIA DE ELITĂ: MIGRAȚIA MEDICILOR ROMÂNI ÎN FRANȚA

Ștefania Cristina STANCIU
Andreea TOMA

Ștefania Cristina STANCIU

Doctorand, Departamentul de Sociologie,
Facultatea de Sociologie și Asistență Socială,
Universitatea din București, București, România
Tel.: 0040-768-172.572
E-mail: stefania.stanciu@unibuc.ro

Andreea TOMA

Masterand, Departamentul de Științe Politice,
Relații Internaționale și Studii de Securitate,
Facultatea de Științe Politice,
Universitatea din București, București, România
Masterand, École de Hautes Études en Sciences Sociales,
Paris, Franța
Tel: 0040-721-229.463
E-mail: andreea.toma@fspub.unibuc.ro

Brain Drain and Elite Migration: Migration of Romanian Doctors in France

Abstract

This article deals with a topical issue, especially in the context of the current pandemic: elite migration in the case of the Romanian doctors. The study focuses on the migration of Romanian doctors in France, taking into account the creation of the contextual framework for certain concepts through which this phenomenon is operationalized, such as: brain drain, elite migration and rejection and attraction factors (push and pull) in this phenomenon.

In the present study, the authors aim to make a transition from migration theories to labor migration, reaching the phenomenon of brain drain and what elite migration means.

Keywords: migration, elite migration, brain drain, Romanian doctors.



*Revista Transilvană
de Științe Administrative*
2(47) / 2020, pp. 97-113

1. Migrația: conceptualizare și teorii

Teoriile migrației sunt importante pentru a parcurge traseul acestui concept, incluzând aici și cauzele, și efectele migrației. Conceptualizarea migrației se realizează în această primă secțiune din perspectiva teoriilor despre migrație dezvoltate de-a lungul timpului.

1.1. Teorii ale migrației

Migrația, ca fenomen extins, reprezintă o provocare contemporană majoră atât pentru guvernanta cât și pentru guvernare. Aceasta a reprezentat o preocupare constantă și persistentă a cercetătorilor, experților în politici publice și politicianilor. Chestiunea migrației este una complexă și multifactorială, cu un cadru teoretic de analiză apărut la începutul secolului XX.

Poate una dintre cele mai comprehensive și citate teorii asupra migrației, teoria factorilor *push and pull* (factorii de respingere și de atragere), propusă de sociologul și demograful Everett Lee (Lee, 1966, p. 37), consideră că în procesul general al migrației intervin obstacole care trebuie depășite. Astfel, modelul structural asupra migrației propus de autorul citat se axează pe teoretizarea factorilor de influență *push* sau de împingere/respingere și a factorilor de influență *pull* sau de atragere. Factorii *push* sunt acele condiții care pot împinge sau forța oamenii să-și părăsească locul în care s-au născut și se referă la țara de origine de unde o persoană emigrează.

Teoria lui Lee nu se oprește aici. Acesta conceptualizează acești factori în corelație cu decizia de a migra și cu procesul de migrație și îi împarte în patru categorii: factori asociați cu țara de origine/zona de origine, factori asociați cu țara de destinație/zona de destinație, factori de obstacol, și factori personali. În contextul celor patru categorii de factori, Lee identifică o serie de caracteristici ale migranților, și anume: migrația este selectivă; migranții care răspund la factorii pozitivi la destinație tind să fie selectivi pozitiv; migranții care răspund cu prioritate la factori negativi la origine tind să fie selectivi negativ; când toți migranții sunt analizați împreună, selecția pentru migrație tinde să fie un model binar; gradul de selecție pozitivă crește odată cu dificultățile factorilor obstacolari; caracteristicile migranților tind să fie intermediare între caracteristicile populației și locului de origine și ale celor din locul de destinație; tendința mai mare de a migra în anumite etape ale ciclului de viață este importantă în selecția realizată de migranți (Lee, 1966).

În ceea ce privește abordarea economică asupra migrației, o teorie importantă, care constituie cadrul de analiză asupra migrației, este *teoria materialistă a migrației*, propusă de Guy Standing în 1979 (Standing, 1979). Abordarea materialistă a migrației își propune să explice nivelul și modelul de migrație prin raportare la relațiile sociale specifice producției. Conform acestei teorii, dimensiunea și nivelul migrației sunt determinate de relația dintre producția totală a societății, natura bogăției, sistemul de proprietate funciară și factorii care controlează creșterea forțelor de producție într-o societate. Autorul atrage atenția asupra migrației care se produce în perioada de tranziție dintre sfârșitul producției feudale și începutul producției capitaliste. În vremurile feudale, orice mi-

grare a avut loc într-un anumit grup, în timp ce migrarea în sistemul capitalist modern este în mare parte de tip personal sau individual. Astfel, Standing explică procesul de migrare cu referire la diferite sisteme economice și moduri de producție și la modul în care natura și fluxurile de migrație au loc din perspectiva teoriei lui Karl Marx.

Teoria pieței duale sau a segmentării pieței forței de muncă, introdusă de Michael Piore, susține că apariția migrației internaționale este un efect al cererii crescute de forță de muncă specifică economiilor dezvoltate. Piața forței de muncă încorporează migrația ca un fenomen fundamental și inevitabil. În „Birds of Passage: Migrant Labor and Industrial Societies” (Piore, 1979), acesta a oferit o viziune diferită pentru a privi migrația pentru muncă față de predecesorii săi. Teoria dominantă până la acel moment s-a concentrat asupra factorilor *push*, argumentând că migrația forței de muncă a fost determinată de diferențele geografice în ceea ce privește oferta și cererea de forță de muncă și a plasat responsabilitatea în mâinile migranților care au luat decizia individuală de a-și maximiza utilitatea prin trecerea de la salarii mici în țările de origine, la salarii mari în țările gazde. Prin contrast, teoria lui Piore s-a concentrat asupra factorilor *pull*, utilizând teoria pieței duale a muncii, pentru a susține că migrația forței de muncă a fost consecința nevoii cronice și inevitabile a unor societăți industriale pentru lucrători care au fost dispuși să facă muncă pentru salarii mici, cu o mare instabilitate, șanse reduse de avansare și adesea în locuri de muncă cu condiții dificile.

Conform teoriei lui Piore, există patru caracteristici fundamentale ale procesului de migrație: locurile de muncă pe care le dețin migranții în diferite țări și în momente diferite istoric par să fie relevante; factorul strategic de inițiere a valurilor de migranți pentru ocuparea unor locuri de muncă este procesul activ de recrutare din partea angajatorului sau a agenților sale care provin din regiuni dezvoltate; ușurința cu care angajatorii reușesc, prin recrutare, să inițieze un nou val de migrație sugerează că, în sens practic, oferta migranților potențiali este elastică, sau, cu alte cuvinte, inepuizabilă și procesul de migrație, odată început, este extrem de greu de oprit (Piore, 1979, p. 16).

În ceea ce privește cererea de forță de muncă migrantă, conform lui Piore, se pot identifica trei argumente, și anume: aceasta este un răspuns la penuria generalizată de forță de muncă; satisface nevoia de a acoperi pozițiile de la baza ierarhiei sociale; îndeplinește cererile sectorului secundar al pieței duale de muncă (Piore, 1979, p. 35). Piore abordează migrația din perspectiva nevoilor pieței muncii pentru munca specifică sectorului primar.

O a treia teorie asupra migrației, din perspectivă antropologică, este aceea lansată de Școala de sociologie din Chicago, Statele Unite ale Americii, între anii 1920-1930. Aceasta este *teoria clasică a asimilării* care evidențiază modelele procesului de asimilare și de integrare a migranților, numite și tipuri de asimilație sau aculturație structurală a migranților în societatea țării gazdă (Alba și Nee, 1997, p. 826). Procesul de integrare se considera unul liniar, unidimensional, fără un obiectiv clar, iar diferențele asociate diversității etnice erau considerate dezavantaje care trebuiau depășite pentru ca migrantul să poată fi asimilat culturii dominante (gazde). Modelul este unul adaptat contextului SUA, apărut la începutul secolului al XX-lea.

În esență, conceptul unidimensional de asimilare pare să aibă încă valoare și astăzi, sugerând că grupurile de oameni tind să își asume caracteristicile, tendințele și comportamentele în mod reciproc, cu o expunere crescută în timp. De peste un secol, oamenii de știință au analizat prin acest model procesul de formare a grupurilor etnice imigrante în SUA. Astfel, sociologi precum Alba și Nee susțin încă faptul că asimilarea „oferă cea mai bună modalitate de a înțelege și descrie integrarea în sistemul general cu care se confruntă multe generații individuale și grupuri etnice” (Alba și Nee, 1997, p. 827).

O altă teorie semnificativă pentru analiza migrației este *teoria rețelelor sociale* teoretizată în special de Douglas Massey. Această teorie subliniază importanța rețelelor în procesul de migrație internațională. Aceste rețele desemnează relații interregionale și personale între migranți, familia și comunitatea având un rol fundamental (Massey *et al.*, 1993, pp. 431-466). Cu alte cuvinte, se creează o rețea socială transnațională semnificativă, cu următoarele mecanisme constitutive:

- rețele se instituie folosind costuri ridicate, însă costurile scad ulterior, migrația devine mai accesibilă și ușoară prin standardizarea procedurilor și strategiilor de migrație;
- rețeaua se eficientizează, se educă odată cu experiența migranților care fac parte din ea, informațiile se transmit mai repede;
- rețeaua se poate adapta pieței muncii locale prin accesul la noi locuri de muncă, urcarea în ierarhiile profesionale;
- rețeaua poate deveni mijlocul exclusiv de migrație a unei comunități anume; spre exemplu, în România, muncitorii sezonieri au încredere să migreze pentru muncă prin rețele formate din foști sau actuali migranți, parte din rețea;
- rețelele pot conduce la vulnerabilizarea unor categorii sociale, acestea nefiind întotdeauna cele mai eficiente soluții la problemele persoanei care migrează; pot apărea forme de sclavie modernă, trafic de persoane pentru muncă etc. (Guilmoto și Sandron, 2001, p. 139). Aspectele familiale, cum ar fi existența unui copil sau a unei căsătorii, precum și relațiile sociale mai ample, cum ar fi rețelele etnice, joacă un rol semnificativ în dinamica migratorie (Massey, 1993, p. 72).

1.2. Migrația pentru muncă în context european și procesul de europenizare

Contextul mecanismelor și evoluțiilor politicilor europene pentru migrație este un punct de analiză indispensabil pentru înțelegerea migrației românești pentru muncă. Perspectiva europeană, între criza economică și politicile de migrație a forței de muncă, are o importanță majoră pentru România, ca stat membru al Uniunii Europene. Din punct de vedere al procesului de aderare a unui stat membru, europenizarea a apărut în contextul larg al integrării și reprezintă impactul Uniunii Europene asupra politicilor publice (*policies*), politicii (*politics*) și a statului (*polity*) la nivel național, al statului membru. Termenul se referă la procesele de construcție, difuzare, instituționalizare a regulilor, paradigmatelor, procedurilor, politicilor publice, a stilurilor, convingerilor și normelor care sunt pentru prima dată definite și consolidate la nivel european și apoi încorpo-

rate în discursuri, identități, structuri politice și în politicile publice la nivel național (Boussaguet, Jacquot și Ravinet, 2009, p. 112).

Însă, dată fiind complexitatea acestor mecanisme, europenizarea nu presupune în mod obligatoriu prezența unei politici europene și poate avea loc înainte de aderarea unui stat la UE. Aceasta poate implica atât impactul vertical sau ierarhic al politicilor și al politicii europene asupra statelor membre, cât și procese orizontale de diseminare, imitare și emulație a politicilor între statele membre. Europeanizarea se distinge ca mecanism și proces față de conceptele de convergență și de armonizare.

Pragmatic, din punct de vedere al integrării intraeuropene, modelele și programele adoptate de statele membre s-au distins prin trei tendințe naționale principale de integrare a migranților (Entzinger, 2003, p. 12). Primul model este modelul *multicultural*, care se bazează pe respectarea și protecția diversității culturale, cu scopul garantării explicite a identității comunității de migranți. Acest model este specific abordării multidimensionale a migrației, spre deosebire de teoria unidimensională. Țările europene care au urmat în mod tradițional acest model sunt Olanda și Suedia. Cel de-al doilea, modelul de *asimilare*, are la bază egalitatea, dar numai pentru acei câțiva indivizi care se încadrează în categoria privilegiată de cetățeni ai statului respectiv. Acest model se bazează pe asimilarea completă a imigranților prin imersiunea în valorile naționale dominante, tradiționale și pe percepția identității comune. Modelul francez este un model asimilaționist al integrării (Brubaker, 1992, p. 123).

În sfârșit, putem distinge modelul de *separare sau excludere*, care se caracterizează prin legislație și politici restrictive și rigide în materie de imigrație. În acest context, termenul „rigid” se referă, în principal, la condiționalitatea juridică care trebuie îndeplinită pentru a avea acces la teritoriu, pentru a locui pe acesta și pentru a desfășura activități. Acesta constă în politici menite să mențină în mod artificial caracterul temporar al unei așezări de imigranți sau al șederii cu scop de muncă. Germania, Austria și Belgia (Flandra) ar putea fi reprezentative pentru acest model. Aceste modele tradiționale de integrare nu mai există în forma lor pură în prezent, ci au suferit modificări și specificități.

Modelele și programele naționale de integrare au fost, adesea, influențate de realitățile contemporane, prioritățile politice și economice ale țărilor gazdă precum și de evenimentele neașteptate, precum criza economică din 2008. De asemenea, conținutul și structura acestor programe au variat și variază foarte mult în ceea ce privește domeniul lor de aplicare, obiectivele, grupurile țintă și actorii instituționali implicați. Statele membre diferă considerabil în ceea ce privește abordările și prioritățile politice pentru integrarea migranților. Această diversitate provine din diferitele contexte istorice, modele societale, modele și tradiții ale fluxurilor migratorii. Variațiile posibile mai depind de preferințele politice și ideologice, dar și de instrumentele de politici publice care sunt, de fapt, la dispoziția autorităților. Variațiile pot depinde, de asemenea, de natura și de istoria imigrării într-o anumită țară, precum și situația socială a acestor imigranți în acea țară.

Unul dintre mecanismele centrale de facilitare și standardizare a circulației migrației calificate pe teritoriul Uniunii Europene este liberalizarea mobilității persoanelor

calificate prin politica unică a serviciilor, cu obiectivele principale de a moderniza sistemul european de recunoaștere a experienței profesionale și calificărilor, de a flexibiliza piețele muncii pe întreg teritoriul european, de a liberaliza circulația de servicii și de a promova recunoașterea automată a calificărilor profesionale. În cadrul acestei politici, este prevăzută obligativitatea de a monitoriza fluxuri de migranți profesionali pe teritoriul Uniunii Europene. Liberalizarea mobilității persoanelor calificate este concretizată prin aplicarea Directivei 2005/36/EC. Această directivă dispune obligativitatea monitorizării mobilității persoanelor certificate la nivelul statelor europene. Statele membre au obligația să implementeze această directivă inclusiv prin colectarea de date asupra mobilității persoanelor calificate în și din teritoriul unui stat membru.

1.3. Imagine asupra migrației românești intraeuropene

Odată cu intrarea în Uniunea Europeană a țărilor din fostul bloc comunist, cu economii în tranziție, cu un nivel de trai relativ scăzut și o rată crescută a șomajului, țările gazdă, de obicei, din vestul Europei, deja parte a pieței unice europene, au considerat circulația liberă a noilor veniți ca imigrație economică. Fără o definiție juridică în dreptul internațional, acest termen a intrat în uz pentru a descrie în principal căutarea unui loc de muncă cu precădere din motive economice, de găsim a unui loc de muncă în lipsa unuia în țara de origine sau a unui loc de muncă cu mai multe oportunități în țara gazdă. Acest reflex istoric este consecința unui flux puternic de imigranți din țările est-europene în țările vestice după căderea Cortinei de Fier în 1989.

O scurtă istorie migratoare românească propusă de Baldwin-Edwards (2008) împarte acest fenomen în decade ale fluxurilor de migrație astfel:

1. Perioada 1990-1993 în care a predominat emigrația permanentă a minorităților naționale, germană și maghiară. Tot în această perioadă, etnici români au plecat din țară din cauza dezechilibrului politic și a sărăciei, aceștia aplicând pentru azil politic în țările occidentale.
2. Perioada 1994-1996 în care s-au înregistrat niveluri mai joase de migrație economică în Europa, acestea fiind în principal migrație sezonieră sau nereglementară.
3. Perioada 1996-2001 s-a remarcat prin mai multe trenduri care s-au dezvoltat în paralel și care au condus la crearea unui fenomen complex al migrației calificate și necalificate permanente spre SUA și Canada sau spre țări europene pentru muncă nereglementată sau ilegală (Baldwin-Edwards, 2008, p. 2).
4. Perioada 2002-2019 care a favorizat o creștere rapidă în migrație circulară și migrație de elită prin eliminarea vizei Schengen și a libertății de muncă în statele membre.

Statul român a oscilat în tratarea migrației între neglijarea completă a fenomenului în primii ani de după 1989, până la implicarea cu măsuri restrictive, inclusiv asupra ieșirilor în perioada aderării la Uniunea Europeană și revenirea la o politică de *laissez-faire* după anul 2007 (Diminescu, 2009, p. 56).

2. Fenomenul exodului de creiere și migrația de elită

2.1. Conceptualizarea fenomenului exodului de creiere și a migrației de elită

Fenomenul de exod de creiere se referă la plecarea resurselor umane înalt calificate din țara de origine, la ieșirea din țară a unui număr de persoane mai mare decât cel așteptat. Exodul creierelor presupune transferul internațional de capital uman, migrația indivizilor înalt educați/calificați.

Concepte esențiale în abordarea exodului de creiere sunt imigrația selectivă, migrația circulatorie și migrația de elită. *Imigrația selectivă* apare în contextul apariției unei piețe europene a muncii, care rezultă din instituirea unei politici comunitare armonizate în domeniul migrației pentru muncă, în care imigrația ar trebui să joace un rol decisiv; majoritatea țărilor din Uniunea Europeană au luat măsuri pentru a facilita intrarea lucrătorilor calificați și a celor cu înaltă calificare, încercând în același timp să prevină imigrația lucrătorilor cu un nivel scăzut de calificare. *Migrația circulară* reprezintă o formă a migrației care ajustează oferta și cererea de muncă la nivel internațional, pentru repartizarea eficientă a resurselor umane și stimularea creșterii economice. Printre măsurile specifice pentru asigurarea circularității migrației sunt necesare: stimulente pentru promovarea circularității, garantarea unei repartiții efective, monitorizarea migrației de elită, reducerea riscului asociat cu exodul creierelor (Feraru, 2011, p. 177).

Având în vedere migrația circulară, transferul de capital uman și de cunoștințe care rezultă din acesta se definește ca o „circulație a creierelor” (Feraru, 2011, p. 177) între țara gazdă și țara de emigrare. Acest fenomen permite un proces mai complex de schimb de informații între țările de origine și de destinație ale imigranților, care este alimentat de o scădere continuă a costurilor călătoriilor și comunicațiilor internaționale.

În contrast cu exodul de creiere, *migrația de elită* reprezintă mobilitatea persoanelor calificate, însă, în principal, înalt calificate, dintr-o țară de origine într-o țară gazdă cu scopul exercitării unei profesii din sectorul terțiar. Acest concept presupune o conotație neutră, cu accent pe persoana calificată care este înalt calificată și alege să migreze pentru a profesa, instituind dreptul fundamental al cetățenilor înalt calificați de a căuta oportunități de muncă calificată într-o altă țară cu factori *pull* mai atrăgători.

În anii 1970, mobilitatea internațională a muncitorilor calificați avea în vedere consecințele negative ale exodului de creiere (Beine, Docquier și Rapoport, 2002). Mai târziu, în anii 1990, accentul se mută pe studierea factorilor *push* și pe aspectele negative ale migrației înalt calificate. Ulterior, accentul s-a mutat și pe factorii *pull*, prin faptul că migrația de elită este în special influențată de cerere. Acest aspect al abordării exodului de creiere a fost susținut de țări precum Germania, Franța și Italia, la nivelul Uniunii Europene, care au adoptat politici de selecție pentru a atrage imigrația selectivă. După cum explică Beine, Docquier și Rapoport (2002), aceste politici, combinate cu efectele de autoselecție din partea ofertei, au condus la rate ale migrației calificate foarte înalte și au amplificat transferuri internaționale de capital uman din țările în curs de dezvoltare spre cele dezvoltate. Însă, în contextul migrației circulare, transferul de capital uman și

de cunoștințe care rezultă din acesta se definește ca o „circulație a creierelor” sau migrație de elită între țara gazdă și țara de emigrare.

Rolul migrației în cadrul schimbărilor demografice europene rămâne fundamental, armonizarea cererii și ofertei de forță de muncă fiind centrală politicilor europene. Însă putem observa un impact puternic și diferențiat al migrației la nivel european asupra populațiilor europene. Din punct de vedere al importanței relative a migrației și a schimbărilor naturale în rata globală de creștere a populației, putem identifica următoarele tendințe ale dinamicii migrației și ale impactului său asupra populațiilor la nivelul țărilor europene: pierderea populației din cauza scăderii naturale și a emigrării nete (Estonia, Georgia, Letonia, Lituania, Moldova, Polonia, România, Ucraina); pierderea populației din cauza scăderii naturale mai mult decât compensarea câștigului migratoriu (Belarus, Bulgaria, Croația, Ungaria, Serbia și Muntenegru); pierderea populației din cauza emigrării nete care compensează creșterea naturală (Armenia); creșterea populației atât datorită creșterii naturale, cât și datorită imigrației nete (Andorra, Austria, Belgia, Cipru, Danemarca, Finlanda, Franța, Grecia, Irlanda, Liechtenstein, Luxemburg, Malta, Țările de Jos, Norvegia, Portugalia, San Marino, Spania, Suedia, Elveția, Turcia și Regatul Unit); creșterea populației datorită unei creșteri naturale mai mari decât compensarea pierderii migratorii (Albania, Azerbaidjan, Islanda); creșterea populației datorită imigrației nete este mai mult decât o compensare a scăderii naturale (Republica Cehă, Germania, Italia, Rusia, Slovacia, Slovenia) (Salt, 2005, p. 7).

S-a afirmat și că „există cu siguranță un echilibru diferențial în ceea ce privește forța de muncă. Există soluții care pot îmbogăți țara de origine și țara gazdă. De exemplu, India și-a deschis sectorul educației medicale către investiții private, iar numărul de posturi de formare a școlilor medicale a crescut; cu toate acestea, o creștere proporțională a numărului de oportunități de formare postuniversitară a rămas în urmă” (Vinay și Aju, 2020, p. 504). De aceeași părere sunt și autoarele Botezat și Moraru (2020).

2.2. Mobilitatea medicilor români în Franța în perioada 2007-2019

În contextul extinderii Uniunii Europene, forța de muncă din Uniune este relativ calificată. O analiză a distribuției ocupaționale a migranților români, arată că o proporție relativ ridicată, 52% din totalul migranților lucrători români, are o ocupație care necesită aptitudini de specialitate, care ar putea fi obținute prin formare profesională, în timp ce numai 39% au profesii care necesită foarte puțină educație sau deloc. Aceasta înseamnă că, în procesul de trimitere (primire) a migrației calificate, inegalitatea (scăderile) și migrația necalificată scade. Conform acestui argument, este de așteptat ca circulația creierelor între țările de origine și cele de destinație să genereze o situație avantajoasă pentru ambele părți în ceea ce privește reducerea inegalităților atât în țările de origine, cât și în cele de destinație. Integrarea imigranților pe piața forței de muncă influențează nu numai adaptarea acestora la țările de primire, ci și comportamentul lor de rămânere, utilizarea transferurilor de bani și a fluxurilor de întoarcere, precum și câștigul sau pierderea capitalului uman.

Pe de altă parte, pierderea celor mai buni și mai inteligenți participanți la forța de muncă din țări în curs dezvoltare către țările dezvoltate, exodul de creiere, poate avea efecte negative asupra economiilor țărilor de origine și asupra societății ca întreg (Eurofound, 2016).

Pentru a crea o responsabilitate etică și voluntară asupra impactului migrației în masă a medicilor, Organizația Mondială a Sănătății a introdus Codul de Practică în Recrutarea Internațională a Personalului Medical, propus ca un instrument de monitorizare și de control al recrutării medicale la nivel global. Un principiu important al acestui cod este reprezentat de abordarea deficitului actual și preconizat de forță de muncă în domeniul sănătății ca fiind esențială pentru protejarea sănătății globale. Codul stabilește principii internaționale voluntare și coordonarea politicilor naționale privind recrutarea personalului medical internațional cu rolul de a avansa practici în consolidarea echitabilă a sistemelor de sănătate la nivel mondial, reducerea efectelor negative ale migrației personalului medical asupra sistemelor de sănătate din țările în curs de dezvoltare și protejarea drepturilor personalului medical. Semnatare ale acestui cod sunt majoritatea statelor, însă acesta nu include un mecanism juridic de control sau de obligare a statelor la implementarea și respectarea codului.

La nivel european, aplicarea instrumentului Regulated Professions Database, gestionată de Comisia Europeană, arată că profesia de medic este cea mai mobilă și cu cea mai multă migrație în țările europene, cu 156.579 de medici în exercițiu de altă naționalitate decât țara de destinație. Medicii români înregistrează unul dintre cele mai mari procente de personal medical emigrant din țările din Europa de Est.

În 2007, 4.990 de medici, reprezentând peste 10% din personalul medical activ, și-au exprimat intenția de a migra, potrivit numărului de certificate emise de Ministerul Sănătății prin Colegiul Medicilor din România, instituție responsabilă cu implementarea conformității certificatelor pentru profesare într-un alt stat al Uniunii Europene. În 2010, medicilor români li s-au eliberat peste 300 de astfel de certificate pe lună. Aceste cifre sunt mari, având în vedere faptul că migrația de înaltă calificare a depășit rareori 3% din forța de muncă internă din țările Uniunii Europene.

De asemenea, în 2010, medicii români au fost cel mai mare grup național (15,4%) de medici străini din Franța, iar acest loc întâi a rămas constant (Anghel *et al.*, 2016, p. 22). În 2012, o treime din medicii străini europeni înregistrați în Franța erau români (Séchet și Vasilcu, 2012). În 2014, în cadrul ultimului raport emis de Colegiului Național al Medicilor din Franța, 40,9% dintre medicii cu naționalitatea unui stat european au absolvit medicina în România.

De la aderarea României la Uniunea Europeană și activarea directivei de echivalare a calificărilor în 2007 și până în 2014, numărul medicilor cu diplomă obținută în România care practicau medicina în Franța a crescut cu 520%. Medicii cu diplomă belgiană ocupă locul al doilea, cu 19% din diplomele eliberate de un stat european înscrise în Colegiu.

O analiză asupra fluxurilor migratorii ale medicilor a Colegiului Național al Medicilor din Franța din 2014 arată că România este țara de origine a 7% din medicii care profesază în Franța – prima țară europeană de origine a migrației medicilor în Franța

și pe locul patru ca pondere a migrației medicale după Algeria, Maroc și Tunisia, țări având ca limbă oficială franceza, foste colonii franceze (Conseil National de L'Ordre des Médecins – CNOM, 2014, p. 9).

Același raport arată că vârstele medii ale medicilor români în Franța sunt de 45 de ani la bărbați și 43 de ani la femei (Conseil National de L'Ordre des Médecins – CNOM, 2014, p. 11). În ceea ce privește remunerarea, medicii români preferă în proporție de 67,9% statutul de salariați, cu un contract de muncă, în timp ce numai 24,9% preferă sectorul liberal/independent și 7,2% o formulă de profesare mixtă (salarizat și liberal). În ceea ce privește specializarea, cei mai mulți medici români în Franța sunt specializați în medicină generală, 840 de medici generaliști sunt născuți în România, o creștere de 377,3% în perioada 2007-2014.

Pe baza unei prognoze extrapolative, printr-o analiză timp serie (Dunn, 2010, p. 149) se poate demonstra că tendința fluxurilor de migrație de elită a medicilor români are particularitatea specializării în medicină generală. Această creștere demografică are o probabilitate mare de a continua să atingă, la sfârșitul anului 2018, peste 2.700 de medici generaliști născuți în România.

Analiza mai arată că obținerea certificării echivalente de practică în Franța a medicilor români este specifică ultimilor 10 ani, începând cu 2007, ceea ce coincide cu aderarea României la Uniunea Europeană. Medicii născuți în România au absolvit masiv în țara natală. În ceea ce privește medicina psihiatrică, 42,1% dintre specialiștii din psihiatrie provenind dintr-o țară europeană sunt români, urmați de germani cu doar 15,6%. Din totalul anesteziștilor cu originea într-o țară din Uniunea Europeană, 30,5% dintre aceștia sunt născuți în România, urmați de originea germană, cu 20,2%. 45,2% dintre radiologi sunt de origine română, urmați de belgieni, cu 16,8%. De asemenea, 30,1% dintre chirurghi sunt români, 19,6% sunt italieni; 36,3% dintre oftalmologi sunt născuți în România, urmați de oftalmologii germani cu 13,5%; 32,4% dintre ginecologi-obstetricieni sunt români, urmați de 16,6% belgieni.

În ceea ce privește disparitatea regională a medicilor români prezenți în Franța din totalul dominant al medicilor cu diplome europene, cei mai prezenți sunt în Alsacia (57,2%), Lorena (52,2%), Pirinei-Picardia (35,8%) și Provence Alpi-Coasta de Azur (29,7%).

2.3. Factorii pull și push ai migrației medicilor români în Franța

La 1 ianuarie 2018, Franța avea 226.000 de medici în exercițiu pe teritoriul său, cu o medie de 3,4 de medici la 1.000 de locuitori. Cu toate acestea, există încă inegalități mari în ceea ce privește accesul la asistență medicală. Lupta împotriva deșertificării medicale este centrală strategiei naționale pentru sănătate și politicilor publice din sănătate.

Conform Atlasului demografic al medicilor (2018, p. 45) publicat de Consiliul Național al Ordinului Medicilor din Franța, 22.619 medici, titulari ai unei diplome de medic din străinătate, exercitau această profesie pe teritoriul Franței în anul 2017. Acest număr reprezintă un sfert din numărul total al medicilor care profesează pe teritoriul francez. Creșterea numărului de medici străini este pozitivă și poate ajunge în 2020 la

peste 30.000 de medici cu o diplomă obținută în afara Franței și înregistrată în Consiliul Național al Ordinului Medicilor din Franța.

Date fiind diferențele de acces la îngrijire medicală de calitate pe teritoriul Franței, începând cu anul 2000, guvernul francez a început implementarea unui pact teritorial pentru sănătate (*Pacte territoire santé*) – politici publice adresate tinerilor studenți doriți să urmeze studii medicale pentru a deveni medici care provin din teritorii geografice diverse. Această abordare se bazează pe zonarea ofertei de servicii medicale prin folosirea indicatorilor precum numărul și repartiția geografică pe niveluri de vârste ale medicilor în exercițiu, caracteristicile sociale, demografice și sanitare ale populației, particularitățile geografice, prezența infrastructurii medicale.

În 2005, legile naționale pentru dezvoltarea teritoriilor rurale permit atribuirea unui stimulent financiar medicilor francezi pentru a-i atrage în zonele rurale puternic deșertificate medical. O lege complementară acesteia, implementată în 2009, introduce contractul de angajare în serviciul public (CESP) destinat tinerilor studenți la medicină care primesc o bursă în timpul studenției în schimbul semnării acestui contract/acord de a profesa în zonele rurale revitalizate și în zonele urbane sensibile sau sub-medicalizate.

În 2012, guvernul francez decretează pactul teritorial pentru sănătate – *Pacte territoire santé* – ca un plan național de luptă împotriva deșertificării medicale. Obiective specifice importante ale acestui pact sunt obținerea a 1.700 de CESP în perioada 2012-2017 și 200 de contracte noi pentru practicieni teritoriali de medicină generală – un contract care garantează un venit fix și protecție socială îmbunătățită pentru medicii care se mută în zone subdezvoltate medical din Franța. Acest pact presupune parteneriate strategice cu autorități locale, primării, prefecturi și instituții naționale, facultăți de medicină și Consiliul Național al Ordinului Medicilor (Ministerul Solidarității și Sănătății, Franța, 2017)

În 2015, sunt adăugate noi obiective de atins în cadrul unui nou *Pacte territoire santé* prin care crește numărul de CESP de atins pentru următorii 2 ani, se stabilește o țintă de 1.000 de contracte semnate de practicieni teritoriali de medicină generală și crearea a 1.000 de structuri destinate serviciilor medicale până în 2017. Aceste structuri, care reunesc mai mulți profesioniști din domeniul sănătății, permit practicienilor medicali să pună în comun sarcinile administrative și costurile asociate întreținerii structurilor. O inovație a acestui pact este oferirea accesului la asistență medicală de urgență în mai puțin de 30 de minute. În acest scop, se dezvoltă infrastructura și practica telemedicinii, sau a consultațiilor medicale de la distanță care devine efectivă din 2018 – prin aceasta, toți medicii, indiferent de specialitate, sunt autorizați să recurgă la teleconsultații în situațiile pe care le consideră potrivite. Soluția telemedicinii este un răspuns la penuria medicală, greu de satisfăcut. Această facilitate a creat acces la consultări medicale pentru 2.5 milioane de francezi (Ministerul Solidarității și Sănătății, Franța, 2017).

„Strategia Națională pentru Sănătate 2022” introdusă în 2018 presupune o serie de politici care au scopul de a corecta inegalitățile legate de accesul la servicii medicale. În acest cadru, un obiectiv important este acela al abolirii *numerus clausus*. Această politică puternic selectivă presupunea o triere a studenților la medicină după primul an de universitate. Astfel, din 58.000 de studenți admiși, 40.000 își pierdeau locul după primul

an de studiu. Parlamentarii francezi au votat abolirea acestei politici în noua strategie națională pentru sănătate, care ar trebui să fie efectivă începând cu 2020, însă condițiile de admitere și de verificare continuă să fie restrictive (Foult, Dupuis și Martos, 2019).

Facultățile de medicină vor trebui, de asemenea, să adapteze numărul de locuri „la nevoile teritoriului lor, într-un cadru național” (Foult, Dupuis și Martos, 2019). Această reformă face parte din lupta împotriva deșertificării medicale, deoarece guvernul se bazează pe creșterea numărului de studenți la medicină. Cu toate acestea, libertatea de stabilire a medicilor nu este reglementată prin această reformă.

În tabelul de mai jos, sunt prezentați comparativ și corelativ factorii *push* și factorii *pull* în ceea ce privește fluxul migrației medicale românești în Franța. Fiecare argument este însoțit de o scurtă evoluție conceptuală sau faptică în contextul realității socio-economice, demografice și politice ale celor două țări și de analiza comparativă a politicilor specifice.

Raportat la nivel național, migrația de elită a medicilor români are efecte negative inclusiv asupra cetățenilor, și, mai ales a pacienților, deoarece pierderea specialiștilor din acest domeniu se transpune în sănătatea scăzută a populației din România. Acest lucru este valabil pentru orice țară, nu doar pentru România (Apostu, Roman și Vasile, 2020).

Alte cercetări din domeniu au evidențiat faptul că „efectele asupra sănătății copiilor sunt mai puternice în țările unde migrația medicilor este mai mare, iar implicațiile constatărilor actuale ar trebui să se transpună în politici publice viitoare” (Quamruzzaman, 2020, p. 74).

Autorul Crush (2019, p. 21) evidențiază, în cadrul unei cercetări, faptul că acest tip de migrație „nu surprinde în mod adecvat complexitatea mobilităților medicilor în lumea modernă. În timp ce unii medici sud-africani au în mod clar imaginea tradițională, cercetările arată că intențiile de întoarcere ale emigranților sunt de fapt foarte scăzute”.

Alți autori au arătat faptul că migrația medicilor este cauzată de contextul ierarhiei Maslow a nevoilor umane, adică de nevoile de siguranță, nevoile financiare și dorința de dezvoltare profesională (Dohlman *et al.*, 2019).

3. Recomandări privind contracararea efectelor negative ale fenomenului de *brain drain* în rândul medicilor români

Plecând de la analiza teoriilor anterioare, articolul prezent și-a propus și formularea unor recomandări pentru diminuarea efectelor negative ale fenomenului de *brain drain* în rândul medicilor români. În acest sens, recomandările țin de îmbunătățirea condițiilor de muncă pentru medicii români și de crearea unui context profesional care să pună accent pe motivarea acestora și pe implicarea lor profesională la nivel național.

Prima recomandare pentru diminuarea efectelor negative cauzate de *brain drain* în rândul medicilor români face referire la redresarea întregului sistem medical de la nivel național, începând cu reconstrucția condițiilor din cadrul instituțiilor medicale de stat, astfel încât acestea să fie aliniate și practic, nu doar teoretic, condițiilor europene și internaționale, din țările dezvoltate. Următoarea etapă din cadrul reconstrucției acestui

Tabelul 1: Factorii *push* și factorii *pull* ai migrației românești a medicilor în Franța

Factorii <i>push</i> pentru medicii români	Factorii <i>pull</i> pentru medicii români
<p><i>Insuficiența sistematică a investițiilor în sănătate publică.</i> În 2008, în timpul crizei economice, România a cheltuit doar 4,5% din PIB pentru domeniul sănătății, jumătate din nivelul mediu al cheltuielilor statelor membre ale UE (9% din PIB)</p> <p><i>Suprasolicitarea medicilor din sistemul de sănătate.</i> În ciuda creșterii forței de muncă în sectorul de sănătate, în decursul ultimilor 10 ani, sistemul de sănătate românesc este afectat de deficite de medici. În 2017, România avea 2,9 medici practicanți la 1.000 de locuitori, pe locul trei între cele mai scăzute cifre din Uniunea Europeană.</p> <p><i>Condiții de muncă precare și remunerări scăzute.</i> Nivelul de remunerare a personalului medical din România este un factor de respingere, valabil nu doar pentru medici, ci și pentru celelalte categorii de personal medical. Satisfacția medicilor și a personalului medical este foarte scăzută (Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, 2018, p. 51).</p> <p><i>Speranța de viață în România este printre cele mai scăzute la nivel european, corelată cu eficiența sistemului de sănătate</i> (OECD, 2019);</p> <p><i>Lipsa perspectivelor de ameliorare ale sistemului de sănătate.</i> Probleme sistemice la nivel de guvernare prin amânarea implementării efective a reformelor în sănătate și succedarea a 15 miniștri ai sănătății în ultimii 10 ani. Sistemul de sănătate românesc continuă să fie unul centralizat și standardizat, puternic ierarhizat pe o structură piramidală în frunte cu Ministerul Sănătății.</p> <p><i>Rata ridicată a mortalității prevenibile și a cauzelor tratabile.</i> Rata mortalității prevenibile este a patra cea mai ridicată la nivelul statelor Uniunii Europene. Acest indicator arată provocările sistemului românesc de sănătate de a oferi servicii medicale potrivite și într-un timp util și eficace.</p> <p><i>Corupție ridicată în sistemul de sănătate.</i> Eurobarometrul (2017) pentru corupție la nivelul statelor europene arată că 68% dintre români percep că viața cotidiană le este afectată de corupție. Cu privire la instituțiile percepute ca fiind corupte, sistemul de sănătate publică este cel mai des menționat, alături de instituții politice.</p>	<p><i>Investiții majore în sănătate publică.</i> În același an, Franța a cheltuit pentru sănătate 11,2% din PIB, mai mult decât media europeană.</p> <p>Conform ultimelor cifre din sănătate, Franța menține în continuare un procent de 11% cheltuieli pentru sănătate din PIB, cel mai mare procent de cheltuieli din PIB pentru sănătate la nivel european, alături de Germania.</p> <p><i>Cerere ridicată de imigrație medicală.</i> Număr de medici stabili, dar scăzut, cu disparități puternice între regiuni. Politică <i>numerus clausus</i> în Franța limitează numărul de absolvenți de studii de medicină în universitățile franceze, prin urmare, cererea de muncă medicală imigrantă a fost și este în creștere (OECD, 2019).</p> <p><i>Facilitarea imigrației selective în Franța prin măsuri armonizate și politici adaptate.</i> Medicii emigrați în Franța își pot negocia colaborarea și pot stabili vizite în campusul spitalicesc sau clinici, după caz.</p> <p>Peste un sfert dintre medicii generalişti români intervievați în urma unei cercetări au raportat continuarea sprijinului din partea actorilor locali, iar 30% au raportat primirea de asistență materială (Séchet și Vasilecu, 2012, p. 21).</p> <p><i>Speranța de viață în Franța este printre cele mai înalte la nivel european, corelată cu eficiența sistemului de sănătate</i> (OECD, 2019);</p> <p><i>Aplicarea politicilor de recrutare și retenție a medicilor pentru zonele deficiente prin măsuri active de reach-out.</i> Politicile aplicate de statul francez în domeniul medical, precum strategia Pacte teritoriale sante.</p> <p><i>Calitatea generală ridicată a vieții individuale și de familie.</i> Motivații personale legate de calitatea vieții și, în special, de oportunitățile de educație și formare pentru copiii lor au fost menționate ca fiind decisive în migrație (Séchet și Vasilecu, 2012, p. 30).</p> <p><i>Prezența unui teren bătorit pentru migrație de elită.</i> Fluxurile de migrație de elită spre Franța au o istorie foarte bogată, prezența rețelelor și a comunităților (sau chiar a organizațiilor) pot facilita accesul rapid și eficient la noul mediu.</p>

Sursa: Generat de autori pe baza Eurobarometru (2017), Séchet și Vasilecu (2012, pp. 21-30), OECD (2019), Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea” (2018, p. 51).

sistem ține de formarea profesională adecvată a personalului medical, auxiliar și a cercetătorilor din cadrul sistemului medical. În acest caz, creșterea motivării personalului medical și auxiliar ar conduce la creșterea implicării la locul de muncă și la diminuarea migrației medicilor. A treia etapă din cadrul reconstrucției sistemului medical de la nivel național ține de întărirea rolului medicilor în formularea politicilor și măsurilor pentru sănătate. Această etapă este argumentată de faptul că nimeni, în afara celor din interiorul acestui sistem, nu poate cunoaște mai bine problemele, cauzele și efectele acestora. Rolul acordat medicilor în formularea politicilor de sănătate de la nivel național, apelarea la gradul lor de cunoaștere a întregului sistem de sănătate din interior și implicarea lor în implementarea politicilor este o garanție, cel puțin a faptului că, obiectivele și scopul acestor politici vor fi formulate pe baza unor probleme reale, iar măsurile propuse vor fi aplicate conform acestora.

A doua recomandare pentru diminuarea efectelor negative ale fenomenului de *brain drain* în rândul medicilor români ține de creșterea drepturilor salariale pentru personalul medical și auxiliar. Această recomandare are un dublu scop: combaterea corupției de la nivel național din cadrul sistemului de sănătate și păstrarea medicilor români în cadrul sistemului de sănătate de la nivel național. Din teoriile anterioare se observă faptul că medicii români au ales să își continue viața profesională în alte țări mai dezvoltate din două cauze majore: drepturile salariale mai mari și condițiile mult mai bune de lucru.

Pentru diminuarea efectelor negative cauzate de *brain drain* în rândul medicilor români, politicile și măsurile naționale din acest domeniu ar trebui să-și îndrepte atenția tocmai asupra acestor două aspecte. Articolul de față a surprins foarte bine cauzele migrației de elită în cazul medicilor români. Politicile naționale din domeniu trebuie formulate pornind de la aceste cauze, iar măsurile propuse trebuie să conducă la inversarea situației actuale din cadrul sistemului de sănătate actual.

4. Concluzii

După teoria migrației a lui Lee (1966), migrația medicilor români în Franța este una selectivă, cu precădere negativă, ca răspuns la factorii *push* din România, ca țară de origine. Însă, se pot considera în egală măsură aspectele migrației pozitive, prin eforturile *pull* ale Franței pentru a atrage imigrația înalt calificată.

Argumente pentru tendința de permanență și ireversibilitate a mobilității medicilor români în Franța sunt:

1. Migrația masivă a medicilor în Franța nu a stimulat, deocamdată, crearea unui program național coerent sau a unei strategii dedicate în favoarea reîntoarcerii medicilor sau a rămânerii medicilor români aflați în formare în prezent în România. Lipsa acestor măsuri crește rata migrației cu timpul (Lee, 1966), iar, odată început, procesul fluxului de migrație este extrem de greu de oprit (Piore, 1979).
2. Fluctuațiile în economie prin care trece România pot crea permanența șederii în țara de destinație, ceea ce nu permite declanșarea migrației circulare între Franța și România.

3. Spre deosebire de fluxurile migratorii ale forței de muncă necalificate, specifice sectorului primar și secundar, forța de muncă calificată, din sectorul terțiar este selectivă, individuală și protejată, atent monitorizată de instrumente naționale și europene.
4. Rețelele sociale și profesionale specifice medicilor români în Franța se creează prin apartenența la Colegiul Național al Ordinului Medicilor care monitorizează parcursul medicului român, oferă opțiuni de relocare și alte beneficii specifice care asigură continuitatea profesională în Franța.
5. Medicii români din Franța aleg cu precădere să fie salariați, înscriși în spitale publice. Opțiunea salarizării cu contract de muncă creează angajamente de medie și de lungă durată – în acest timp, medicul român își poate reîntregi familia, ceea ce poate garanta o ședere permanentă în Franța.
6. Modelul de asimilare francez asupra migrației medicilor români se manifestă prin intermediul mediatorilor și al recrutorilor din agenții precum ARIME, care oferă servicii de imersiune lingvistică, culturală, socială în Franța. Imersiunea în cultura franceză, de lungă durată, ar putea descuraja reîntoarcerea medicilor români.

De asemenea, în contextul pandemiei actuale, mobilitatea în timpul crizei epidemice a fost restricționată de legi excepționale în majoritatea țărilor europene – prin închiderea vămilor și autorizarea ieșirilor și a intrărilor în țară sub condiții speciale, guvernate de legi excepționale.

În aprilie 2020, Comisia Europeană a transmis statelor membre ca acestea să permită și să faciliteze mobilitatea pentru muncă a personalului medical la nivelul spațiului european fără condiții speciale sau restricții, într-un efort de a uniformiza cererea și oferta de medici în situații de criză. Însă formele de mobilitate admise de legi naționale au fost cele de reîntregire a familiei, de revenire în țara de origine și de mobilitate pentru muncă (cu precădere sezonieră, necalificată, prin acorduri bilaterale speciale între țara de origine și cea de destinație). În contextul situației actuale, migrația de elită a fost reprezentată în mod notabil de mobilitatea medicilor, considerați esențiali pentru fiecare stat afectat de acest nou virus și aflați în prima linie în lupta cu pandemia.

Singurul tip de migrație a medicilor români încurajată a fost cea de migrație umanitară, cu scop diplomatic, prin care 11 medici români și 4 asistente medicale au mers în Italia, în regiunea cea mai afectată, pentru a ajuta efortul medicilor italieni. În plus, Guvernul României a dispus un stimulent de 500 de euro pentru medicii și asistentele medicale care intră în contact direct cu pacienții infectați cu noul coronavirus. Criza provocată de noul coronavirus a creat un interes deosebit pentru situația repartiției medicilor la nivel global.

Bibliografie:

1. Alba, R. și Nee, V., „Rethinking Assimilation Theory for a New Era of Immigration”, 1997, *International Migration Review*, vol. 31, nr. 4, pp. 826-874.
2. Anghel, R.G., Botezat, A., Coșciug, A., Manafi, I. și Roman, M., *International Migration, Return Migration and Their Effects: A Comprehensive Review on The Romanian Case*, IZA DP Nr. 10445, Bonn: Institute of Labor Economics – IZA, 2016.

3. Apostu, S.A., Roman, M. și Vasile, V., „Physicians’ Migration from Romania. Recent Evidence from Administrative Data”, lucrare de conferință, *Basiq 2020, New Trends in Sustainable Business and Consumption*, Univerisity of Messina, Italia, 4-6 iunie 2020.
4. Baldwin-Edwards, M., *Migration Policies for a Romania within the European Union: Navigating between Scylla and Charybdis*, MNO Working Paper nr. 7, Atena: Mediterranean Migration Observatory, Panteion University, 2008.
5. Beine, A.R.M., Docquier, F. și Rapoport, H., „Brain Drain and LDCs’ Growth: Winners and Losers”, Stanford King Center on Global Development, Working Paper nr. 129, 2002, [Online] disponibil la adresa <https://siepr.stanford.edu/sites/default/files/publications/129wp.pdf>, accesat la data de 30 noiembrie 2019.
6. Botezat, A. și Moraru, A., „Brain Drain from Romania: What Do We Know So Far About the Romanian Medical Diaspora?”, 2020, *Eastern Journal of European Studies*, vol. 11, nr. 1, pp. 309-334.
7. Boussaguet, L., Jacquot, S. și Ravinet, P., *Dicționar de politici publice*, Iași: Polirom, 2009.
8. Brubaker, R., *Citizenship and Nationhood in France and Germany*, Cambridge: Harvard University Press, 1992.
9. Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, *Impactul Migrației asupra Salariaților din Sănătate*, Editura Sodalitas, 2018.
10. Comisia Europeană, „Eurobarometru: Atitudinea cetățenilor europeni față de corupție”, 2017, [Online] disponibil la adresa https://ec.europa.eu/romania/news/20200610_eurobarometru_corupție_ro, accesat la data de 26 noiembrie 2019.
11. Comisia Europeană, „Regulated Professions Database”, [Online] disponibil la adresa <https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/>, accesat la data de 26 noiembrie 2019.
12. Conseil National de l’Ordre des Médecins, *Atlas de la démographie médicale en France*, 2018, [Online] disponibil la adresa https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf, accesat la data de 3 decembrie 2019.
13. Conseil National de l’Ordre des Médecins, *Les flux migratoires et les trajectoires des médecins. Situation en 2014*, 2014, [Online] disponibil la adresa https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1akb8r6/flux_migratoires_trajectoires_des_medecins_2014.pdf, accesat la data de 22 noiembrie 2019.
14. Crush, J., *Rethinking the Medical Brain Drain Narrative*, 2019, SAMP Migration Policy Series Nr. 81, South Africa: Southern African Migration Programme, 2019.
15. Diminescu, D., „Exercițiul dificil al liberei circulații: o introducere în istoria migrației recente a românilor”, în Anghel, R. și Horvath, I. (editori), *Sociologia migrației. Teorii și studii de caz românești*, Iași: Polirom, 2009.
16. Directiva 2006/123/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 12 decembrie 2006 privind serviciile în cadrul pieței interne, publicată în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene L 376 din 27.12.2006.
17. Dohlman, L., DiMeglio, M., Hajj, J. și Laudanski, K.; „Global Brain Drain: How Can the Maslow Theory of Motivation Improve Our Understanding of Physician Migration?”, 2019, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 16, nr. 7, p. 1182.
18. Dunn, W., *Analiza politicilor publice. O introducere*, Iași: Polirom, 2010.

19. Entzinger, H. și Biezeveld, R., *Benchmarking in Immigration Integration*, European Research Centre on Migration and Ethnic Relations (ERCOMER), Rotterdam: Erasmus University of Rotterdam, 2003.
20. Eurofound, *European Quality of Life Survey*, 2016, [Online] disponibil la adresa <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-quality-of-life-surveys/european-quality-of-life-survey-2016>, accesat la data de 2 februarie 2020.
21. Feraru, P., *Migrație și dezvoltare: aspecte socioeconomice și tendințe*, Iași: Lumen, 2011.
22. Foult, M., Dupuis, C. și Martos, S., „La loi de santé adoptée par les députés, ce que vous devez retenir”, articol de ziar online, 26 martie 2019, *Le Quotidien du Médecin*, [Online] disponibil la adresa <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/la-loi-de-sante-adoptee-par-les-deputes-ce-que-vous-devez-retenir>, accesat la data de 30 martie 2019.
23. Guilmo, C.Z. și Sandron, F., „The International Dynamics of Migration Networks in Developing Countries”, 2001, *Population: An English Selection*, vol. 13, nr. 2, pp. 135-164.
24. Lee, E.S., „A Theory of Migration”, 1966, *Demography*, vol. 3, pp. 47-57.
25. Massey, D.S., Arango, J., Hugo, G., Kouaouci, A., Pellegrino, A. și Taylor, J.E., „Theories of International Migration: A Review and Appraisal”, 1993, *Population and Development Review*, vol. 19, nr. 3, pp. 431-466.
26. Ministerul Solidarității și Sănătății, Franța, *Pacte territoire santé*, 2017, [Online] disponibil la adresa <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/>, accesat la data de 23 noiembrie 2019.
27. OECD, „Government at a Glance”, 2019, [Online] disponibil la adresa <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/8ccf5c38-en/index.html?itemId=/content/publication/8ccf5c38-en>, accesat la data de 2 decembrie 2019.
28. Organizația Mondială a Sănătății (OMS), „Codul Global de Practici al OMS privind recrutarea internațională a personalului medical”, 2010, [Online] disponibil la adresa http://www.old2.ms.gov.md/sites/default/files/codul_global_oms_recrutarea_internationala_a_personalului_medical.pdf, accesat la data de 23 noiembrie 2019.
29. Piore, M., *Birds of Passage: Migrant Labor and Industrial Societies*, New York: Cambridge University Press, 1979.
30. Quamruzzaman, A., „Exploring the Impact of Medical Brain Drain on Child Health in 188 Countries over 2000–2015”, 2020, *Societies*, vol. 10, nr. 4, p. 73.
31. Séchet, R. și Vasilcu, D., „Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice”, 2012, NOROIS, *Villes petites et moyennes*, vol. 223, pp. 63-76.
32. Standing, G., *Migration and Models of Exploitation: Social Origins of Immobility and Mobility*, International Labour Organization, Geneva: UNESCO, 1979.
33. Vinay, M.T. și Aju M., „Brain Share, Not Brain Drain”, 2020, *JCO Global Oncology*, vol. 6, p. 504.
34. ***, „Sinteza Programului Operațional Sănătate 2021-2027”, [Online] disponibil la adresa <https://mfe.gov.ro/wp-content/uploads/2020/07/5e0bdcbddccca4d66d74ba8c1cee1a68.pdf>, accesat la data de 23 noiembrie 2019.