

## STOPAREA EXODULUI CREIERELOR

---

### DIN DOMENIUL MEDICAL

---

#### Posibilități legiferați de creșteri salariale, dar ignorate de către Ministerul Sănătății

În ultimii 25 de ani, România a devenit o adevărată sursă de personal calificat pentru țările Uniunii Europene, în special în ceea ce privește personalul medical. După integrarea în UE, fenomenul s-a accentuat, căpătând accente îngrijorătoare. În luna mai 2014, secretarul de stat din Ministerul Sănătății (MS) Dorel Săndesc declara: "În ultimii 7 ani, numărul medicilor care au părăsit țara depășește 15.000 de persoane. Statistici din 2012 arată că numărul de doctori a scăzut la sub 1,9 la mia de cetățeni." <sup>1</sup>

#### Care sunt cauzele principale ale fenomenului de brain drain/human capital flight?

L. Patrutiu-Baltes<sup>2</sup> indica drept principala cauză a fenomenului exodului de creiere dorința naturală a indivizilor de a găsi noi perspective economice, recunoaștere, venituri mai mari și un trai mai bun. Autoarea identifică factori care țin de țara de origine, care împinge profesionistul la emigrație (factori depush-pull sau respingere), și

<sup>1</sup> ZF: "România are mai puțini medici decât Republica Moldova la mia de locuitori", disponibil la <http://www.zf.ro/zf-24/hemoragia-medicilor-care-emigreaza-trebuie-oprita-cu-orice-pret-romania-are-mai-putini-medici-decat-republica-moldova-la-mia-de-locuitori-12600215>

<sup>2</sup> The Brain Drain Phenomenon within the European Union in One Europe, 11 Sep 2014, disponibil la <http://one-europe.info/brain-drain-eu>

factori care țin de țările gazdă, care atrag imigranți. Principalele cauze ale exodului de creiere sunt legate de: lipsa locurilor de muncă, subdezvoltarea economică și dorința de perspective economice mai bune, sub-utilizarea specialiștilor, lipsa facilităților de cercetare, dorința de o calificare superioară și recunoaștere socială, un sistem de învățământ mai bun și mai bune oportunități pentru profesioniști. În cazul populației medicale din România "58,46% dintre medicii din România sunt profund nemulțumiți de nivelul salarizării, iar 25,52% s-au declarat nemulțumiți"<sup>3</sup> fiind principalul factor de stimulare a emigrației. Plățile informale ating cote alarmante raportat la cheltuielile totale pentru sănătate fiind un fenomen specific fostelor țări comuniste. Amploarea fenomenului este însă disproporționată, în România plățile informale fiind estimate la 0,3% din PIB și respectiv 6,3% din totalul cheltuielilor pentru sănătate, de 10 ori mai mari decât în Polonia, unde se înregistrează valori de numai 0,04% și respectiv 0,6%! <sup>4</sup>

O majorare semnificativă a veniturilor personalului medical este așteptată a se face în concordanță și cu ceea ce se întâmplă în alte

<sup>3</sup> Colegiul Medicilor, studiul "Condiția medicului în România" 2011, disponibil la <http://www.cmb.ro/stire.php?id=1100>

<sup>4</sup> Formal and informal out-of-pocket payments for health care services in central and eastern european countries what are the actual patients' contributions? Policy Brief Feb 2013 [http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/policy\\_briefs/policy-briefs-assprocee2007-02-2013\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/policy_briefs/policy-briefs-assprocee2007-02-2013_en.pdf)

țări ale Uniunii Europene (UE). Astfel, un studiu efectuat de Federation Europeenne Des Medecins Salaries a arătat că România se afla în coada țărilor UE din punct de vedere al salariului maxim și pe penultimul loc din punct de vedere al salariului minim pe care poate să-l obțină un medic, **acces-  
tea fiind de aproximativ 9-11 ori mai mici  
decât în țări dezvoltate precum Germania  
sau Marea Britanie**<sup>5</sup> Salariul mediu **brut** al medicilor în România în anul 2011 era egal cu PIB-ul pe cap de locuitor. În anul 2013 “un medic specialist dintr-un spital clinic are un salariu de bază brut mediu de 2663 lei, iar un medic primar - un salariu de bază brut mediu de 3256 lei”. [6] Pe de altă parte, veniturile medicilor din alte țări europene avansate economic arată că venitul mediu al acestora este de cel puțin 1,9-8,7 ori PIB-ul pe cap de locuitor. (vezi tabelul 1).

Țara	Câștiguri medii brute (in mii)	Raport câștig mediu/GDP per capita
USA	\$230	5.8
Franta	\$131	4.4
Germania	\$155	5.4
Italia	\$84	3
Olanda	\$286	8.7
Portugalia	\$79	4.3
Suedia	\$71	2.3
Marea Britanie	\$114	3.7
<b>România</b>	<b>\$8.24*</b>	<b>1.01</b>

Tabelul 1. Datele privind câștigurile medicilor sunt la nivelul anului 2010 așa cum sunt raportate de către OECD<sup>7</sup>. Câștigul mediu

<sup>5</sup> Reginato E., Grosso R. European Hospital Doctors' Salaries [http://www.liganet.hu/news/6205/F11-071\\_EN\\_European\\_Hospital\\_Doctors\\_Salaries.pdf](http://www.liganet.hu/news/6205/F11-071_EN_European_Hospital_Doctors_Salaries.pdf)

<sup>6</sup> Nota de fundamentare pentru proiect de Lege pentru implementarea Proiectului pilot de creștere a veniturilor medicilor din unități sanitare publice cu paturi – august 2013 ms.ro [http://www.ms.gov.ro/documente/Lege%20pentru%20implementarea%20Proiectului%20pilot%20de%20crestere%20a%20veniturilor%20medicilor%20din%20unitatile%20sanitare%20publice%20cu%20paturi\\_807\\_1607.pdf](http://www.ms.gov.ro/documente/Lege%20pentru%20implementarea%20Proiectului%20pilot%20de%20crestere%20a%20veniturilor%20medicilor%20din%20unitatile%20sanitare%20publice%20cu%20paturi_807_1607.pdf)

<sup>7</sup> Cutler DM, Ly DP. The (paper) work of medicine: understanding international medical costs. J Econ Perspect.

brut a fost estimat pe baza câștigurilor realizate de medicii specialiști dintr-un spital județean (Galați) în anul 2010 (de 1903 lei net inclusiv gărziile!). GDP per capita 2010 pentru România a fost de 8,139 (în US\$ curenți) conform Băncii Mondiale.<sup>8</sup>

### Cum răspund autoritățile imperativului creșterii veniturilor personalului medical?

Oprirea exodului medical necesită o abordare integrativă însă în cele ce urmează ne vom opri numai asupra principalului factor stimulator – veniturile salariale inadecvate. Este dificil a se realiza o creștere a veniturilor personalului medical prin simpla sporire a bugetului asigurărilor sociale de sănătate (ASS). Cheltuielile de personal în domeniu sunt estimate a reprezenta aproximativ 67% din totalul cheltuielilor bugetului ASS, ceea ce reprezintă aproximativ 0,96% din PIB destinat cheltuielilor salariale din spitale. Spitalele consumă 41% din cheltuielile fondului ASS din care în medie 76% sunt cheltuieli de personal personal, deci 31% din bugetul ASS, respectiv 0,95% din PIB); (pondera cheltuielilor salariale in spitale este extrasa din Raportul Strategia națională de raționalizare a spitalelor - aprobată prin HG Nr. 303 din 23 martie 2011). O creștere semnificativă a veniturilor ar necesita o sumă similară, egală cu 1% din PIB!

### Există posibilități legale de creștere a veniturilor personalului medical fără a afecta alocările bugetare actuale?

Iată câteva surse și modalități de creștere a veniturilor salariale care nu necesită o suplimentare a bugetului ASS:

1. Creșterea tarifelor spitalicești cu 20% concomitent cu o scădere a

2011 Spring;25(2):3-25. (PUBMED) descărcat de la <http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/aea/08953309/v25n2/s1.pdf?expires=1422533305&id=80621887&titleid=6117&accname=Guest+User&checksum=C236A40ADF7C135FBF4BAE58CA52B0FA>

<sup>8</sup> The world bank. GDP per capita. <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>

- numărului de cazuri contractate permite o creștere salarială imediată de 10%;
2. Plata opțiunii pentru un anumit personal medical (35% din pacienți se duc la un medic ales înainte de internare!), plata consultațiilor solicitate pentru a doua opțiune pentru pacienții internați (sunt prevăzute de lege dar neaplicate!);
  3. Plata medicilor pentru consultații desfășurate la cererea pacienților, în cadrul programului normal de lucru în ambulator și/sau pentru pacienți internați, conform unor tarife diferite față de cele practicate în sistemul asigurărilor sociale, prestate pentru consultații de control sau în vederea internării, pentru persoanele neasigurate, pentru victime ale accidentelor de circulație, beneficiari ai asigurărilor private de sănătate etc.;
  4. Plata pentru un act medical prestat în timpul orelor de program asiguraților care doresc să sară peste lista de așteptare;
  5. Venituri realizate de unitatea sanitară prin furnizarea unor servicii în regim privat (altele decât actele medicale în sine specifice îngrijirilor spitalicești) precum servicii hoteliere, transport medicalizat la cerere, servicii farmaceutice, servicii de investigații paraclinice și imagistice cu plată, servicii de îngrijiri la domiciliu, furnizarea de personal de asistență medicală la domiciliu etc.;
  6. Diminuarea cu 10% a numărului de paturi (și/sau închiderea spitalelor neviabile economic);
  7. Suplimentarea fondului de salarii cu sume provenite din bugetul autorităților locale destinat ocupării locurilor vacante vitale pentru acreditarea spitalului (ex. medici ATI,

farmaciști etc).<sup>9</sup>;

8. Suplimentarea fondului de salarii cu fonduri provenite din contractele de cercetare.

### **Stimulente și facilități ignorate**

1. Crearea unui fond de garantare a creditelor pentru personalul medical tip „Prima casă”<sup>10</sup>;
2. Posturi de rezidențiat plătite parțial de spitalul în care urmează să lucreze viitorul medic specialist;

### **Redistribuirea de fonduri în interiorul bugetului asigurărilor sociale de sănătate**

1. Reevaluarea tehnologiilor medicale (a medicamentelor, investigațiilor și programelor de sănătate);
2. Introducerea unui program național pentru dotare și re tehnologizare în profil teritorial care să înlăture finanțarea preferențială și discriminatorie în funcție de interesele politice locale.

### **Discuții și concluzii**

Majoritatea măsurilor evocate nu necesită o modificare a legilor în vigoare, ci doar aplicarea acestora prin hotărâri de guvern sau ordine de ministru!

Per ansamblu, aceste sume destinate reșezării veniturilor oficiale ale personalului medical pot proveni din transformarea plăților informale, din diminuarea ineficienței voite a sistemului, din stimularea celorlalte forme de asigurări decât

<sup>9</sup> Extras din Legea nr. 95/2006 > TITLUL VII > CAPITOLUL IV > Art. 190<sup>6</sup> *Autoritățile publice locale pot participa la finanțarea unor cheltuieli de administrare și funcționare, respectiv cheltuieli de personal, stabilite în condițiile legii, bunuri și servicii, investiții, reparații capitale, consolidare, extindere și modernizare, dotări cu echipamente medicale ale unităților sanitare cu pături transferate, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație în bugetele locale..*

<sup>10</sup> O măsură asemănătoare a fost evocată de Emilia Chiscop în articolul **Cum să abordăm exodul de creiere din sistemul românesc de sănătate publică. Analiza problemei și recomandări de politici.** Revista Română de Bioetică, Vol. 11, Nr.3, iulie - septembrie 2013

ASS, din plăți directe pentru prestații care nu sunt taxate în prezent, din contractele de cercetare, ca urmare a utilizării formelor liberale de exercitare a profesiei în spitale, din eliminarea tehnologiilor și cheltuielilor cost-ineficace, redistribuirea în interiorul sistemului a unor cheltuieli, maximizarea veniturilor unităților sanitare prin prestații suplimentare către populație, prin stimularea politică a turismului medical etc.

Majoritatea măsurilor evocate se lovesc astăzi de rezistența opusă tocmai de factorii de decizie din sistemul medical, în special din partea Ministerului Sănătății, la care se adaugă sindicatul Sanitas.

Hemoragia de personal nu este efectul situației economice precare ci, în primul rând, se datorează lipsei totale de interes a clasei politic pentru oprirea acestui fenomen.