

MIGRACJA LEKARZY CZY MIGRACJA, ABY ZOSTAĆ LEKARZEM? KRAJE POCHODZENIA I TRAJEKTORIE KARIERY CUDZOZIEMSKIEJ KADRY MEDYCZNEJ W POLSCE

KATARZYNA ANDREJUK

Instytut Filozofii i Socjologii PAN

MIGRATION OF DOCTORS OR MIGRATION TO BECOME A DOCTOR? ORIGINS AND CARRIER TRAJECTORIES OF FOREIGN MEDICAL STAFF IN POLAND

The article describes vocational trajectories of migrant doctors who work in Poland. A typology of careers is introduced. It encompasses three models: migrants who graduate from Polish medical schools, migrants from third (non-EU) countries who come to work in Poland after graduation, and “intra-European” migrants, who benefit from the free movement of workers and services in the European Union. The statistical part situates the discussed issues in the macro-sociological context, demonstrating the main countries of origin, countries of medical education and frequency of naturalization. The qualitative study focuses on a description of individual motivations for migration and work in Poland. The study indicates that in the case of labor migration the reasons for international mobility include (also) non-economic, cultural factors, for example reluctance to work in the grey market in the sending country, where low official income is compensated by bribes.

Key words: migration of health professionals, brain drain, highly skilled migrants

Celem poniższego artykułu jest opisanie głównych modeli karier zawodowych lekarzy imigrantów pracujących i osiedlających się w Polsce oraz pokazanie zróżnicowania tego środowiska. Ważnym aspektem analizy będzie odpowiedź na pytanie, jakie bariery kulturowe i prawne pojawiają się przed imigrantami wykonującymi w Polsce zawód lekarza oraz jak wpływają one na przebieg kariery i stosowane w życiu zawodowym strategie. Wbrew poglądom, powielanym w dyskursie medialnym, mobilność międzynarodowa lekarzy w Polsce nie ogranicza się do emigracji absolwentów polskich akademii medycznych do pracy w UE-15 – „starych” państwach członkowskich Unii Europejskiej. Mimo intensyfikacji zjawiska emigracji kadry medycznej z Polski warto poddać analizie również zjawisko odwrotne – migracji profesjonalistów sfery usług zdrowotnych do Polski. Takie badanie pozwoli wskazać główne źródła cudzoziemskich pracowników sektora medycznego, ich oczekiwania i problemy związane z wykonywaniem zawodu w państwie przyjmującym, co może okazać się istotne z uwagi na rosnące zapotrzebowanie na wysoko wykwalifikowane kadry medyczne.

Pierwsza część artykułu stanowi analizę urzędowych danych statystycznych, dotyczących migracji lekarzy w Polsce i na świecie. Dane międzynarodowe udostępniane są przez OECD – Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju. Dane dotyczące Polski zostały przekazane przez Naczelną Izbę Lekarską oraz Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie na potrzeby niniejszego projektu, będącego częścią badania „Przedsiębiorcy imigrancy w Polsce”¹. Druga część artykułu przedstawia wyniki badania jakościowego, przeprowadzonego w latach 2013–2014 – wywiadów z lekarzami pochodzącymi z Ukrainy (3), Litwy (1), Białorusi (2), Iraku (1), Nepalu (1), Słowenii (1). Kryterium wyodrębniającym grupę był kraj urodzenia inny niż Polska; wywiady przeprowadzane były zarówno wśród osób naturalizowanych (trzy osoby), jak też posiadających obywatelstwo państwa wysyłającego (sześć osób). Moi rozmówcy pracowali jako specjaliści z dziedziny chirurgii, genetyki, anestezyjologii, stomatologii. Wywiady z siedmioma lekarzami wykonującymi zawód w Warszawie, Wrocławiu i Białymstoku zostały utrwalone przez sprzęt nagrywający. Ponadto przeprowadzono rozmowę z dwoma lekarzami z Białorusi, gdy rozmówcy nie wyrazili zgody na nagrywanie ich wypowiedzi – zostały one odtworzone na podstawie notatek. W sumie na potrzeby jakościowej części badania przeprowadzono rozmowy z dziewięcioma lekarzami.

¹ Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2013/09/D/HS6/03430.

1. LEKARZE IMIGRANCI W POLSCE NA TLE TRENDÓW GLOBALNYCH DOTYCZĄCYCH MIĘDZYNARODOWEJ MOBILNOŚCI KADRY MEDYCZNEJ

Zgodnie z międzynarodowymi danymi porównawczymi, zestawionymi w tabeli 1., najwyższy odsetek imigrantów wykształconych za granicą w populacji lekarzy w ogóle odnotowuje się w krajach anglojęzycznych: Irlandii, Nowej Zelandii, Wielkiej Brytanii (w każdym z tych państw ponad 30%), a także USA (ponad 25%). Do krajów o najniższym odsetku lekarzy z kwalifikacjami zdobytymi za granicą należą Polska (poniżej 1%), a także Francja i Belgia (poniżej 5%). Na początku XXI wieku najczęstszymi krajami pochodzenia lekarzy pracujących za granicą były Indie (niemal 56 000 osób), Niemcy, Wielka Brytania, Filipiny oraz Chiny. W przypadku krajów o dużej populacji lub znacznej liczbie absolwentów uczelni medycznych, migracje specjalistów nie stanowią znaczącego uszczerbku dla działania służby zdrowia. Natomiast odpływ kadry medycznej w mniejszych państwach Afryki (Sierra Leone, Tanzania, Liberia, Malawi) stanowi poważny problem dla służby zdrowia tych krajów, chociaż w zestawieniach statystycznych ustępują one większym państwom pod względem nominalnej liczby emigrujących lekarzy (OECD 2007: 163, 175).

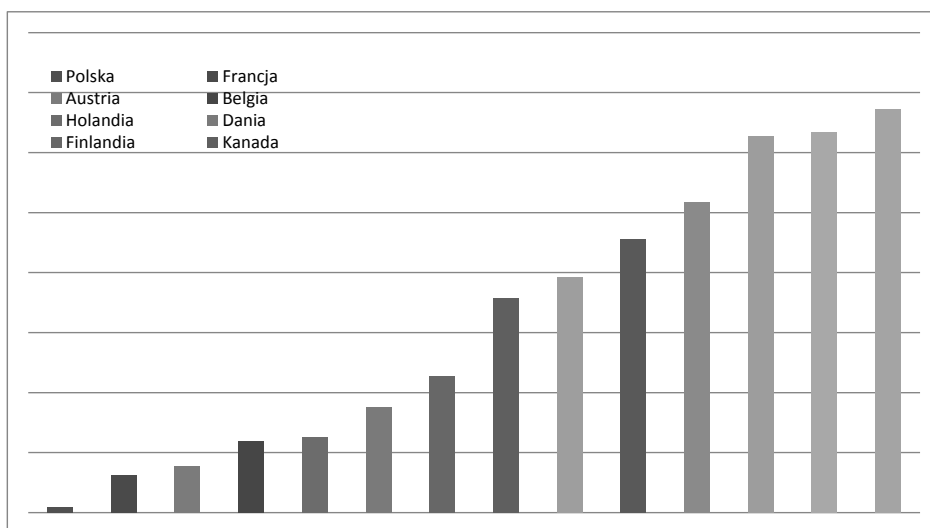
Przedstawione w tabeli 1. dane udostępnione przez OECD dotyczą lekarzy, którzy zdobyli wykształcenie medyczne w kraju wysyłającym, a następnie wyemigrowali w celu podjęcia pracy w branży medycznej w państwie przyjmującym. Nie obejmują zatem migrantów edukacyjnych, którzy wyjechali z kraju pochodzenia z zamiarem podjęcia studiów lekarskich i następnie osiedlili się w kraju emigracji. Polska należy do krajów o najniższym odsetku lekarzy wykształconych za granicą w zbiorowości lekarzy w ogóle. Jak zostanie pokazane dalej, nie oznacza to jednak nieobecności imigrantów w sektorze usług medycznych. Są to jednak nie tylko absolwenci migrujący już po studiach medycznych z przyczyn ekonomicznych, ale również osoby podejmujące w Polsce studia lekarskie, a potem rozpoczynające wykonywanie tu zawodu.

Dotychczasowe badania nad migracjami personelu medycznego skupiały się na wyjazdach lekarzy z Polski, a nie na przyjazdach kadry medycznej do RP (np. Kautsch 2013; Makulec 2013, Jędrkiewicz 2012; Murdoch 2011; Kautsch, Czabanowska 2011). Wynika to z dużej skali emigracji profesjonalistów z sektora zdrowotnego, doświadczanej również w innych państwach, które wstąpiły do UE w ciągu ostatniej dekady. W Unii Europejskiej mobilność międzynarodowa lekarzy (w tym lekarzy dentyistów) oraz pielęgniarek została ułatwiona dzięki automatycznemu uznawaniu kwalifikacji we wszystkich państwach członkowskich na podstawie Dyrektywy 2005/36/EC Parlamentu Europejskiego i Rady

z 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych. W badaniach zwraca się przede wszystkim uwagę na migracje lekarzy z państw UE-10 (nowych krajów członkowskich, które wstąpiły do Unii Europejskiej w 2004 r.) do państw „starej” UE-15. Szacunkowe dane na temat migracji lekarzy z nowych państw członkowskich do UE-15 oblicza się na podstawie danych dotyczących poszczególnych krajów i wybranych lat. Zgodnie z tymi estymacjami, z Bułgarii wyemigrowało ponad 2500 lekarzy (lata 2008–2011), z Węgier ponad 4000 lekarzy (lata 2008–2011), a z Litwy ponad 460 lekarzy (lata 2008–2010). Dane na temat Polski dotyczą jedynie 2008 roku, kiedy oszacowano, że na emigrację zdecydowało się 414 lekarzy (Fóti 2013: 17). W przypadku większości krajów UE-10 trend do emigracji kadry medycznej do państw „starej piętnastki” w badanych latach 2008–2011 miał charakter narastający. Analizując zjawisko imigracji profesjonalistów z tej branży do Polski, należy podkreślić jego rolę w uzupełnianiu niedoborów kadrowych wynikłych z emigracji polskich absolwentów akademii medycznych.

Tabela 1.

Lekarze wykształceni za granicą w populacji lekarzy wybranych krajów świata



Źródło: OECD, WHO 2010. Dane za 2007 rok, w przypadku Polski – dane za 2005 rok (poniżej 1%).

Tabela 2.

Liczba cudzoziemskich lekarzy wykonujących zawód w Polsce – na podstawie kraju obywatelstwa, malejąco

Kraj obywatelstwa	Liczba lekarzy z obywatelstwem wyłącznie innego kraju	Szacowana* liczba osób z podwójnym obywatelstwem (zagraniczne + polskie)	Razem (obywatelstwo wyłącznie zagraniczne lub zagraniczne oraz polskie)
Ukraina	255	309	564
Niemcy	120	166	286
Białoruś	111	139	250
Szwecja	56	64	120
Rosja	51	65	116
Litwa	43	53	96
Syria	41	69	110
Czechy	37	39	76
Mongolia	34	34	68
Bułgaria	24	28	52
Inne	366	590	956
W sumie	1138	1556	2694

* Osoby te posiadają obywatelstwo kraju innego niż Polska. Szacowanie dotyczy jedynie faktu posiadania drugiego, polskiego obywatelstwa.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej (2014)².

Najczęstszymi krajami pochodzenia cudzoziemskich lekarzy w Polsce są Ukraina, Niemcy i Białoruś. Wskazują na to dane tabeli 2. powyżej. Istotną rolę w kształtowaniu kanałów migracyjnych odgrywa bliskość geograficzna państwa pochodzenia oraz państwa przyjmującego. Kraje pierwszej dziesiątki najpopularniejszych państw wysyłających stanowią źródło w sumie ponad 64,5% ogólnej liczby cudzoziemskich lekarzy w Polsce. W czołowej dziesiątce zestawienia znajduje się pięć państw członkowskich Unii Europejskiej oraz pięć państw spoza UE. Aż 59% cudzoziemskich lekarzy z dziesięciu najpopularniejszych krajów wysyłających to obywatele państw byłego Związku Radzieckiego. Może to wskazywać na duże znaczenie kryterium podobieństwa językowego: imigranci z tych państw szybciej przyswajają język polski na poziomie, który umożliwia wykonywanie zawodu wymagającego wysokich kwalifikacji. Jak wskazuje bada-

² Wszystkie tabele, których nie opisano w inny sposób, stanowią opracowanie własne na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej z 2014 roku.

nie jakościowe, omawiane poniżej bardziej szczegółowo, w przypadku lekarzy z państw byłego Związku Radzieckiego – zarówno migrantów edukacyjnych, jak i przyjeżdżających do Polski po studiach – często pojawia się wątek polskiego pochodzenia jako jednego z aspektów motywacji do przyjazdu do Polski. Niektórzy medycy korzystali lub nadal korzystają z Karty Polaka. Dane dotyczące lekarzy cudzoziemskich odzwierciedlają również w dużym stopniu istniejące ogólne trendy w imigracjach do Polski, wskazujące, że najliczniejszymi grupami są obywatele Ukrainy i Białorusi. Większość krajów pierwszej dziesiątki to państwa europejskie; jeśli do państw Europy zaliczymy również Federację Rosyjską, tylko dwa kraje z tej grupy są spoza Europy (Syria i Mongolia). Dane o liczbie osób z podwójnym obywatelstwem mają charakter szacunkowy, ponieważ tylko niektóre okręgowe izby lekarskie gromadzą pełne informacje na temat podwójnego obywatelstwa. Największe społeczności imigranckie mają też największą liczbę osób naturalizowanych. Nawet w przypadku Ukrainy, której prawo zakazuje posiadania podwójnego obywatelstwa, około 300 lekarzy posiada paszport polski i ukraiński. Zakaz podwójnej przynależności państwowej nie jest bowiem w prawie ukraińskim obwarowany żadnymi sankcjami.

Liczbowa przewaga lekarzy pochodzących z państw byłego Związku Radzieckiego w populacji lekarzy migrujących do Polski staje się jeszcze wyraźniejsza w świetle statystyk dotyczących krajów urodzenia lekarzy migrantów (tabela 3.). Pięć najczęstszych krajów urodzenia lekarzy migrantów to państwa byłego Związku Radzieckiego (respondenci wpisywali do kwestionariusza kraj, w którym się urodzili, albo kraj, który obecnie istnieje w miejscu ich urodzenia, stąd pewna nieścisłość rysująca się w tej części zestawienia). W pierwszej dziesiątce znajdują się również trzy kraje Unii Europejskiej, w tym dwa graniczące z Polską: Niemcy, Czechy oraz Francja.

Grupy imigranckie koncentrują się głównie w dużych ośrodkach miejskich, gdzie wielokulturowość stanowi szeroko uznaną i akceptowaną część społecznego krajobrazu, a ponadto łatwiej jest znaleźć pracę. Ta sama zasada koncentracji w metropoliach dotyczy również cudzoziemców wykonujących zawód lekarza, co pokazuje zestawienie w tabeli 4., dotyczące liczby lekarzy cudzoziemców pracujących w Warszawie i w miejscowościach podwarszawskich. W przypadku pięciu najpopularniejszych grup imigranckich imigranci osiedlający się w metropolii warszawskiej stanowią od 12% do ponad jednej czwartej ogółu lekarzy z danego państwa wykonujących zawód w Polsce. Zwraca jednak uwagę nieobecność w tej części zestawienia lekarzy z obywatelstwem niemieckim, stanowiących jedną z najliczniejszych grup lekarzy imigrantów w skali kraju. Wynikać to może z regionalnej koncentracji migrantów z Niemiec w zachodnich (graniczących z krajem wysyłającym) regionach kraju.

Tabela 3.

Najczęstsze kraje urodzenia lekarzy w Polsce

Kraj urodzenia	Liczba lekarzy	% w grupie lekarzy cudzoziemskich	% w grupie lekarzy w ogóle
Ukraina	869	18,055%	0,479%
ZSRR	862	17,91%	0,475%
Rosja	727	15,105%	0,401%
Litwa	344	7,147%	0,189%
Białoruś	340	7,064%	0,187%
Niemcy	164	3,407%	0,091%
Syria	149	3,096%	0,082%
Francja	74	1,538%	0,041%
Kazachstan	66	1,371%	0,036%
Czechy	56	1,164%	0,031%
Inne (oprócz Polski)	1162	24,143%	0,641%
W sumie (urodzeni za granicą)	4813	100%	2,65%
W sumie (łącznie z urodzonymi w Polsce – 176384)	181197	---	100%

Tabela 4.

Najczęstsze kraje pochodzenia lekarzy w Warszawie i woj. mazowieckim (z wyjątkiem powiatu plockiego, gostynińskiego, sierpeckiego oraz miasta Płock)

Kraj obywatelstwa	Liczba lekarzy	% w ogólnej liczbie lekarzy z tego kraju w Polsce
Ukraina	69	12,23%
Białoruś	42	16,8%
Rosja	18	15,52%
Litwa	18	18,75%
Mongolia	18	26,47%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie i Naczelnej Izby Lekarskiej (2014).

W ciągu ostatnich dziesięciu lat ponad 400 lekarzy i dentystów pracujących w Polsce przyjęło polskie obywatelstwo. Tabela 5. pokazuje, że obywatele państw Unii Europejskiej stanowią w tej grupie zawodowej znacznie mniejszą część osób, które zdecydowały się na naturalizację. Również dane z tabeli 8. potwierdzają, że obywatele państw trzecich wykonujący zawód lekarza w Polsce decydują się na naturalizację częściej niż obywatele państw członkowskich UE.

Tabela 5.

Zmiany statusu lekarzy wykonujących zawód w Polsce będące rezultatem naturalizacji

Typ zmiany statusu lekarza (status wyjściowy => status po zmianie)	Liczba odnotowanych zmian w okresie 2004–2014
Prawo wykonywania zawodu lekarza cudzoziemca na czas określony lub nieokreślony => prawo wykonywania zawodu lekarza	357
Prawo wykonywania zawodu lekarza cudzoziemca z UE => prawo wykonywania zawodu lekarza	4
Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty cudzoziemca na czas określony lub nieokreślony => prawo wykonywania zawodu dentysty	59
Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty cudzoziemca z UE => prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty	1

Pojawia się pytanie, czy mała liczba naturalizacji migrantów z państw UE wynika z niespełniania warunków wymaganych do naturalizacji czy z braku chęci i potrzeby przyjmowania obywatelstwa polskiego. Dane Naczelnej Izby Lekarskiej nie określają, w jakich latach i okresach lekarze z różnych krajów zamieszkali z Polsce, toteż nie jest możliwe ustalenie, w których grupach imigranckich jest więcej osób spełniających ustawowe kryteria naturalizacji. Jednak w przypadku obywateli państw trzecich warunki te są określone surowiej niż wobec obywateli UE. Szukając przyczyn niewielkiego zainteresowania naturalizacją wśród migrantów z państw członkowskich UE, należy podkreślić, że jest to zbiorowość, przed którą stoi niewiele barier prawnych w kontekście wykonywania zawodu lekarza. Status tej grupy jest uregulowany w sposób bardziej uprzywilejowany niż lekarzy cudzoziemców z innych krajów. Poza tym unijna zasada swobodnego przepływu pracowników oraz usług skłania również do realizowania strategii zawodowych innych niż w przypadku cudzoziemców z państw trzecich: daje możliwość ciągłej mobilności zawodowej w obrębie Europy, bez osiedlania się w Polsce i planów pozostania tu na stałe.

Tabela 6.

Lekarze, którzy ukończyli studia medyczne poza Polską (najczęstsze kraje pochodzenia zagranicznych dyplomów medycznych – spoza Unii Europejskiej)

Kraj uczelni	Liczba lekarzy w Polsce
Ukraina	940
Rosja	306
Białoruś	279
ZSRR	244
Kazachstan	46
Mongolia	32
Armenia	10
Syria	10
Inne (Uzbekistan, Mołdowa, Libia, Egipt, Gruzja, Indie, Burundi, Jugosławia, Kanada, Turcja, Afganistan, Argentyna, Azerbejdżan, Irak, Kambodża, Kirgistan, Kolumbia, Kuba, Meksyk, Norwegia, Serbia, Stany Zjednoczone Ameryki, Wenezuela, Algieria, Australia, Chile, Chiny, Islandia, Izrael, Jemen, Macedonia, Makau, Pakistan, Sierra Leone, Suazi)	83
Razem	1950

Kolejne dwie tabele (numer 6. i 7.) pokazują liczbę lekarzy, którzy ukończyli uczelnie medyczne poza Polską. Dane zostały podzielone na uczelnie medyczne spoza Unii Europejskiej (wymagające nostryfikacji dyplomu) oraz uczelnie medyczne z UE i Szwajcarii (których dyplomy nie wymagają nostryfikacji). W tabeli 7. uwzględniono Szwajcarię, ponieważ dyplom uczelni medycznej z tego kraju nie wymaga nostryfikacji, a zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentyisty lekarze będący obywatelami tego państwa są traktowani na równi z obywatelami UE. W sumie absolwenci zagranicznych szkół medycznych to grupa 2531 osób. Z tego 581 osób (23%) ukończyło dyplomy uczelni europejskich, tj. w obecnym stanie prawnym niewymagających nostryfikacji. Należy jednak pamiętać, że niektóre z państw europejskich nadających dyplomy zostały zwolnione z obowiązku nostryfikacji w Polsce dopiero niedawno, w związku z akcesją do UE, zatem tabela 7. może ujmować również osoby, które przechodziły wcześniej tę procedurę uwierzytelniania.

Tabela 7.

Lekarze, którzy ukończyli studia medyczne poza Polską (najczęstsze kraje pochodzenia zagranicznych dyplomów medycznych – z obecnych państw członkowskich Unii Europejskiej, również przed ich wstąpieniem do UE)

Kraj uczelni	Liczba lekarzy w Polsce
Niemcy	118
Bułgaria	92
Republika Czeska	92
Słowacja	71
Litwa	48
Węgry	37
Czechosłowacja	31
Austria	15
Włochy	14
Szwecja	11
Inne (Łotwa, Francja, Belgia, Hiszpania, Rumunia, Szwajcaria, Wielka Brytania, Holandia, Portugalia, Słowenia, Dania, Estonia, Finlandia, Grecja, Irlandia)	52
Suma	581

Tabela 8.

Lekarze migranci według kryterium kraju urodzenia, obywatelstwa, dyplomu

	Ogólna liczba	Spoza UE	Unia Europejska*
Lekarze urodzeni poza Polską	4813 (100%)	3921 (81,47%)	892 (18,53%)
Lekarze z obywatelstwem zagranicznym	2694 (100%)	1808 (67,11%)	886 (32,89%)
Lekarze z dyplomem uczelni zagranicznej	2531 (100%)	1950 (77,04%)	581 (22,96%)

* obejmuje państwa UE, nawet jeśli w chwili urodzenia imigranta dany kraj nie był członkiem UE.

Podsumowaniem tych rozważań jest zestawienie pokazujące statystyki o lekarzach zagranicznych według kryterium kraju urodzenia, obywatelstwa oraz dyplomu. Najliczniejszą kategorię stanowią lekarze urodzeni poza Polską. Stanowi to wynik dość oczywisty, ponieważ kategoria ta w dużej mierze powinna pochłaniać kategorie migrantów z zagranicznym obywatelstwem i absolwentów zagranicznych uczelni. Migranci spoza Unii Europejskiej dominują liczebnie nad migrantami „wewnątrzunijnymi” niezależnie od zastosowanego kryterium – państwa urodzenia, państwa obywatelstwa czy też państwa ukończenia studiów. Dysproporcja między migrantami z UE oraz spoza UE zmniejsza się jednak do pewnego stopnia, jeśli zamiast wskaźnika kraju urodzenia zastosujemy wskaźnik zagranicznego obywatelstwa; potwierdza to wcześniej sformułowany wniosek o większej liczbie naturalizacji wśród imigrantów spoza Unii.

Porównanie danych o lekarzach urodzonych za granicą oraz lekarzach kończących zagraniczne uczelnie skłania do konkluzji, że większość (ponad połowa) migrujących lekarzy to absolwenci uczelni zagranicznych – zwłaszcza tych spoza UE, które zgodnie z polskim prawem wymagają żmudnej procedury nostryfikacji. Odpowiadając na pytanie zawarte w tytule, można powiedzieć, że mamy do czynienia raczej z „migracją lekarzy”, a w mniejszym stopniu z „migracją, aby zostać lekarzem”. Oznacza to m.in., że inne państwa (wysyłające) ponoszą koszty kształcenia medycznego cudzoziemców wykonujących zawód lekarza w Polsce. Świadczy to również o dużej motywacji i determinacji tej grupy imigrantów. Pojawia się też pytanie, czy migranci kończący studia medyczne w Polsce i wybierający migrację osiedleńczą są zainteresowani integracją w innych wymiarach, np. naturalizacją. Urzędowe dane ilościowe nie dają tu odpowiedzi. Te kwestie stanowią interesujący punkt wyjścia dla analizy badania jakościowego, skupiającego się na badaniu subiektywnych perspektyw, ocen i trajektorii życiowych imigrantów, którzy wykonują zawód lekarza w Polsce.

2. WYNIKI BADANIA JAKOŚCIOWEGO

2.1. ROLA KONTEKSTU PRAWNEGO W RÓŻNICOWANIU STRUMIENIA MIGRACJI I TRAJEKTORII ZAWODOWYCH LEKARZY MIGRANTÓW

Prawo określa ramy społecznej aktywności imigrantów, konstruuje ułatwienia lub bariery ich aktywności zawodowej w społeczeństwie przyjmującym, a przy tym kształtuje strumienie migracyjne. Przykład analizowanej grupy zawodowej dowodzi, że różnicowanie to nie polega jedynie na preferencjach dla migrantów wysoko wykwalifikowanych i surowszych kryteriach dla migrantów

z niskimi kwalifikacjami, potencjalnie mniej atrakcyjnych na rynku pracy kraju przyjmującego. Istotne różnice pojawiają się również w samej grupie imigrantów o wysokich kwalifikacjach. Imigranci spoza Unii Europejskiej nie mogą liczyć na automatyczne uznanie dyplomu uczelni medycznej. Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry stwierdza w art. 7., że okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza lub dentystry na stałe albo na czas określony cudzoziemcowi niebędącemu obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, jeśli ukończył studia w kraju swojego pochodzenia (kraju spoza UE) pod warunkiem, że nostryfikował uzyskany tam dyplom. Obowiązek nostryfikacji nie istnieje, jeżeli cudzoziemiec ukończył studia w Polsce lub innym kraju Unii Europejskiej. Ponadto lekarz cudzoziemiec musi wykazać się znajomością języka polskiego, a także odbyć staż podyplomowy w Polsce.

Uznawanie specjalizacji ukończonej poza państwami Unii Europejskiej opiera się na surowych kryteriach i odbywa się w trakcie długiej procedury. Podczas oceny merytorycznej specjalnie powołane zespoły ekspertów biorą pod uwagę czas trwania szkolenia specjalizacyjnego odbytego za granicą, program specjalizacji w zakresie wymaganej wiedzy teoretycznej oraz umiejętności praktycznych, a także sposób potwierdzenia nabytej wiedzy i tryb złożenia egzaminu. Jeśli specjalizacja odbyta w państwie spoza UE nie zostanie uznana, lekarz cudzoziemiec ma obowiązek odbyć staż uzupełniający, trwający co najmniej trzy lata.

Lekarze cudzoziemcy, po nostryfikacji dyplomu, są również uprawnieni do odbycia specjalizacji w Polsce. W przypadku szkolenia specjalizacyjnego lekarza lub lekarza dentystry pracodawcę zwalnia się z obowiązku przechodzenia „testu rynku pracy”, przeprowadzanego w powiatowych urzędach pracy, czyli procedury uzyskania informacji, czy na danym lokalnym rynku pracy nie ma możliwości zatrudnienia na wskazane stanowisko obywatela Polski lub innego kraju UE. Stanowi o tym § 3. punkt 5. rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia przypadków, w których zezwolenie na pracę cudzoziemca jest wydawane bez względu na szczegółowe warunki wydawania zezwoleń na pracę cudzoziemców.

W przypadku migrantów z państw Unii Europejskiej procedura dopuszczania do wykonywania zawodu lekarza jest znacznie uproszczona, a wymagań mniej. Wynika to z obowiązującej w UE zasady niedyskryminacji, która obliuguje do traktowania obywateli innych państw UE na równi z obywatelami danego państwa przyjmującego w zakresie sytuacji na rynku pracy. Zasada ta jest precyzowana – jak wspomniano wcześniej – odpowiednimi dyrektywami. Wolność wykonywania zawodu (na etat lub w formie działalności gospodarczej) wynika też z reguł swobodnego przepływu pracowników i usług. Zgodnie z art. 5a oraz

5b cytowanej ustawy o zawodzie lekarza, migranci z państw UE muszą jedynie przedstawić dokumenty poświadczające ukończenie studiów w państwie wysyłającym. Nie są również zobowiązani do powtarzania szkolenia specjalizacyjnego. Według ustawy, dokument potwierdzający formalne kwalifikacje w zakresie specjalizacji lekarza lub dentysty będącego obywatelem państwa UE, wydany w państwie UE, spełniający minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach UE, jest równoważny z polskim tytułem specjalisty (art. 16a).

2.2. ŚCIEŻKI KARIERY, STRATEGIE ZAWODOWE, OKOLICZNOŚCI MIGRACJI: CUDZOZIEMSCY ABSOLWENCI POLSKICH UCZELNI, MIGRANCI EKONOMICZNI ORAZ MOBILNI EUROPEJSCY SPECJALIŚCI

Z relacji moich rozmówców wyłonić można trzy charakterystyczne trajektorie kariery zawodowej realizowane przez lekarzy imigrantów. Pierwszy dotyczy osób, które przyjechały do Polski w celu podjęcia studiów medycznych i odbyły całą karierę zawodową w Polsce. Najczęściej odnosi się to do migrantów z państw socjalistycznych: krajów byłego Związku Radzieckiego, a także innych krajów, z którymi Polska podpisała umowy o rekrutacji studentów (np. Syria). W niektórych przypadkach studia były finansowane samodzielnie przez imigrantów, a raczej przez ich rodziny. Nie jest to przykład drenażu mózgow w najwęższym rozumieniu tego zjawiska – jako odpływu specjalistów, wysoko wykwalifikowanej kadry, już po uzyskaniu wykształcenia w państwie wysyłającym i na koszt tego państwa (tak np.: Kaczmarczyk, Tyrowicz 2008; Brzozowski 2010). Lekarze realizujący ten typ kariery zawodowej zdobywali kwalifikacje w polskich akademiach medycznych. Wybór Polski jako kraju docelowego bywał przypadkowy, narzucony odgórnie; kandydaci na studia deklarowali jedynie chęć podjęcia nauki w niesprecyzowanym kraju za granicą. Poznawanie języka i kultury kraju przyjmującego odbywało się już po przyjeździe:

Mam stypendium rządu polskiego na medycynie i stąd przyjechałem do Polski w 1989 r. Po studiach, po studiach to zostałem tutaj, zrobiłem specjalizację. Po specjalizacji, no zostałem w Polsce pracować. Tak, tak trafiłem tu. (...) Wtedy były możliwości składania podania na studia zagraniczne, bo u nas składano, jak się ktoś wyjeżdżał uczyć się za granicę, to był lepszy i poza tym ze względów finansowych, bo i studia te były finansowane i stypendium otrzymało się, nie, finansowanie przez państwo zagraniczne, państwo obce, nie, i stąd też to jest. Druga sprawa, medycyna w Nepalu tam się zdarza bardzo małą liczbę, mieliśmy 15 osób. (...) Na medycynę, studia za granicą, nie, nie, w Polsce i wtedy przydzielają oni według tej, no, oceny, jakieś kryteria tam są, pewne kryteria spełniają i wtedy przydzielają te miejsca. Nepal otrzymał, w ramach nie wiem,

Narodów Zjednoczonych, pomocy dla Narodów Zjednoczonych i jakies, nie, dla pomocy dla krajów trzecich i w ramach jakichs misji dostali i przydzielali wedlug tego. Oczywiście musialem podkreślić ile, kiedy, politechniki czy medycyny, to musialem podkreślić; sam sobie i wtedy w tych miejscach, które są przydzielone wedlug oceny, wedlug kryteriów oni przydzielali: ty masz iść do Rosji, ty masz iść do Polski na przykład. Ja otrzymałem Polskę i w sumie, nie, nie żałuję. [Nepal]

W kolejnej wypowiedzi wybór kraju docelowego opisywany jest jako ucieczka przed systemem studiów w Iraku, gdzie uczniowie byli automatycznie przydzielani do określonych kierunków, bez brania pod uwagę ich preferencji. Decyzja o studiowaniu medycyny wiązała się z koniecznością migracji:

Bo po prostu były takie warunki, które po prostu... nie mogłem na medycynę. A moje marzenie było na medycynę i tylko medycynę. Wyjechałem z kraju też, żeby zdobyć nauki... inżynieria zaczynałem w Iraku, politechnika, ale politechnika nie była dla mnie atrakcyjna dziedzina, moje marzenie. (...) Tam komputer mnie wylosował, tam komputer wylosuje, gdzie, jak, na jaki kierunek. To nie jest taki z własnej woli. Jest świadectwo z matury z punktami i [śmiech] komputer wylosuje, co jest dla danego człowieka, co i gdzie. W ten sposób. (...) Na początek nie myślałem o tym, w ogóle nie myślałem, czy Polska mi się podoba czy nie podoba. Myślałem tylko o nauce, myślałem, że ważne, że mam możliwości studiowania potem medycyny, a reszta wszystko było nieważne. Potem jeszcze, z dziwności, bo kartki były na wszystko. Oczywiście kontakt międzyludzki to był bardzo fajny, bo nie było takiej trudności dużo z ludźmi. No i co jeszcze. Kto chce uczyć się, to starczy cztery ściany, siedzieć i uczyć się. I to miałem, ciepło, jeść, pić, spacer godzinę, starczy. [Irak]

Emigracja na studia do nieznanego kraju była traktowana jako etap przejściowy, tymczasowe rozwiązanie np. problemu niedostępności kształcenia medycznego w państwie pochodzenia. Dopiero później absolwenci, pokonując w Polsce kolejne szczeble specjalistycznej edukacji, stopniowo odnajdywali miejsce na polskim rynku pracy, skłaniając się powoli do osiedlenia się na stałe. Z przytoczonej poniżej wypowiedzi wynika, że rozważaną alternatywą dla zagranicznych absolwentów był powrót do kraju pochodzenia albo pozostanie w państwie ukończenia studiów, bez opcji dalszych migracji. Można przypuszczać, że generowałyby one większe koszty po stronie wielokrotnego migranta (nauka kolejnego języka obcego, adaptacja do kolejnej kultury, konieczność uregulowania statusu prawnego w przypadku obywateli państw pozaeuropejskich) niż w przypadku polskich absolwentów krajowych uczelni wyjeżdżających za granicę:

Podczas studiów miałem wrócić do siebie, a potem zastanawiałem się jednak robić specjalizację i wrócić tam. Po specjalizacji widzę tutaj jest rynek pracy; jest

możliwości dalszej rozwinięcia dalszego, dalszej kariery, kariery w Polsce i stąd tu zostałem. [Nepal]

W innych przypadkach stopniowe podejmowanie decyzji o pozostaniu w kraju przyjmującym wiązało się z trudną, niestabilną sytuacją w państwie pochodzenia, która praktycznie uniemożliwiała powrót. Drugą równie ważną przyczyną pozostania w Polsce było małżeństwo z Polką i narodziny dzieci. Dla takich absolwentów polskich wydziałów medycyny reemigracja do kraju urodzenia nie była już decyzją indywidualną, jak (w dużym stopniu) w przypadku wyjazdu na studia, ale dotyczyła całej rodziny:

[o przyczynach pozostania w Polsce] *warunki, które istniały w moim kraju, była wojna, wojna za wojną, i trudności, nie chciałem po prostu narażać mojej rodziny, która jest tu, na trudności, które są tam, wojny za wojną, cały czas w stanie wojny kraj. Aczkolwiek chęci były, jeśli byłby pokój, było dobrze, to bym miał chęci wracać, ale... toczyło tak, jak toczyło. Że jest lepiej, że jest spokojnie... Człowiek nie wybiera.* [Irak]

W relacjach osób, które przyjechały do Polski na studia medyczne, pojawia się silny wątek czynników „wypychających” z kraju wysyłającego – powtarza się on również w relacji poniżej. Jej autorka, identyfikująca się z polską mniejszością na Litwie, dużo miejsca poświęciła trudnej sytuacji Polaków w państwie swojego urodzenia, przytaczając wiele przykładów dyskryminacji przedstawicieli tej społeczności. Charakterystyczny w cytowanej wypowiedzi jest też wątek polskich korzeni lekarki. Podczas gdy młodzież przyjeżdżająca na studia medyczne z państw pozaeuropejskich w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych zazwyczaj nie znała kraju przyjmującego ani jego kultury, a strumień migracji był kierowany odgórnie przez państwo, to w przypadku migrantów z byłego ZSRR było inaczej. Dla kandydatów na studia lekarskie z Litwy, Białorusi czy Ukrainy polskie pochodzenie stanowiło dodatkową motywację do przyjazdu. Oznaczało też większą swobodę językową, ponieważ takie osoby znały już, w bardziej lub mniej zaawansowanym stopniu, język polski przed przyjazdem na studia. W przypadku Polaków z państw byłego ZSRR przybycie do Polski wiąże się z silną identyfikacją narodową, wzmacnianą przez poczucie marginalizacji lub szykanowania przedstawicieli mniejszości narodowej w kraju wysyłającym, a także z chęcią powrotu do kraju przodków. Oznacza również prawne ułatwienia w zakresie uregulowania statusu, podejmowania studiów czy pracy:

Sytuacja Polaków na Litwie jest dosyć trudna, także dostać się na studia wyższe osobie polskiego pochodzenia w Wilnie nie jest tak łatwo. Teraz jest jeszcze trudniej (...). Na pewno Polacy nie znają tak dobrze litewskiego jak Litwini rdzenni, których tam jest niewiele, ale nacjonalizm tam jest niesamowity i naprawdę bardzo ciężko jest się dostać na studia wyższe. Dlatego decyzja była

taka, a nie inna. I jeszcze mieliśmy niesamowite szczęście, że mój rocznik – jak my wyjeżdżaliśmy na studia w roku '99, to mieliśmy aż 25 miejsc na medycynie, 5 na stomatologię i 20 na lekarskie – i akurat w Białymstoku, więc tu akurat nie było wyboru dużego. Jeszcze mogłam studiować w Gdańsku, tam było 5 miejsc, ale na stomatologię, a ja ze względu na słaby wzrok raczej nie mogłam się tym zająć. Także cieszyłam się, że to jest blisko Wilna, 300 km, prawda, także zawsze można było nawet na weekend pojechać do domu. [Litwa]

Migranci z tej pierwszej grupy, tj. absolwenci studiów medycznych w kraju przyjmującym, mieszkając od wielu lat w Polsce, są często naturalizowanymi obywatelami polskimi. Ich integracja jest dostrzegalna nie tylko w sferze zawodowej, ale również w innych sferach życia społecznego.

Jestem obywatelem polskim i zostałem przy moim [obywatelstwie] też. (...) – Pana żona jest Polką? – Tak. Mamy dwoje dzieci, dwie dziewczynki (...). Nie-stety jednojęzyczne, a śladowo język arabski, a szkoda. Bo też... tak jak mówię... Jak człowiek traktuje swój zawód jako kochankę to ma mniej czasu dla rodziny. Dyżury, wyjazdy, konferencje, szkolenia, zamiast z rodziną na weekend, to wyjeżdża na konferencję. [Irak]

W relacjach tej grupy lekarzy imigrantów Polska jawi się jako stałe miejsce osiedlenia oraz punkt zawodowego odniesienia, nawet jeśli rozmówcy mają w zawodowych życiorysach epizody profesjonalnej mobilności. Wyjazdy zagraniczne, związane ze zdobywaniem nowych kontaktów oraz podwyższaniem kwalifikacji, są traktowane jako tymczasowe, a w niektórych aspektach nawet „turystyczne”. Dążenie do powrotu do Polski wiąże się m.in. z trudnościami urzędowymi i wymaganiami administracyjnymi, które stawiane są absolwentom polskich uczelni za granicą:

Znaczy bardzo fajnie było, naprawdę ciekawe życie... [Byłam w USA] Prawie rok. Stypendium stricte było trzymiesięczne, później zostałam u moich krewnych, zwiedzałam, zwiedziłam całe Stany dookoła, przejechałam, więc moi krewni, którzy tam mieszkają całe życie, nawet tam nie byli. Zwiedziłam zachodnie wybrzeże, południe, północ, no wschód to z racji tego, że mieszkalam w Nowym Jorku, w Connecticut, później u wujka w Bostonie, tak do Florydy zjechałam. Tylko lekarze mają tak ciężko, to tak nam się wydaje, że jest wspaniale i fajnie. Trzeba by było tak trzy lata poświęcić na nostryfikację dyplomu. Gdybym miała doktorat, ph.d., to zupełnie inna bajka, tak doktorat się liczy wszędzie, a specjalizacja polska się tam nie liczy, nie jest uznawana. Także wtedy było to jeszcze studia, przed specjalizacją nawet, chciałam zrobić tutaj tę genetykę. Wróciłam. [Litwa]

Drugi typ kariery realizowany przez migrujących lekarzy polega na migracji po ukończeniu studiów medycznych w państwie wysyłającym. Koncepcja „drenażu mózgow” (*brain drain*) jest częstym punktem odniesienia właśnie w bada-

niach nad migracjami kadry medycznej, zwłaszcza lekarzy (np. Khadria 2012; Okeke 2013; Kangasniemi, Winters, Commander 2007; Pang, Lansang, Haines 2002). Ta strategia jest wdrażana głównie przez migrantów z byłego Związku Radzieckiego, przede wszystkim Ukrainy, Białorusi. Jest ona motywowana najczęściej przesłankami ekonomicznymi, chociaż nie jest to jedyny aspekt brany pod uwagę przez imigranta. W grę wchodzi również czynniki kulturowe oraz strategie rodzinne, kiedy to wyjazd jest rozumiany np. jako inwestycja w przyszłość dzieci. Jak zauważył jeden z lekarzy, który legitymuje się Kartą Polaka i który wyemigrował do Polski po latach wykonywania zawodu w Mińsku, wraz z żoną również wykonującą zawód lekarza: „to dzieci namówiły nas, żeby tu przyjechać (...) to dla dobra dzieci” [Białoruś]. Cytowany lekarz z Białorusi stanowił wyjątek od reguły, zgodnie z którą na emigrację decydują się przede wszystkim młodzi absolwenci uczelni medycznych, tuż po studiach i specjalizacji w państwie pochodzenia. Dlatego też w rozmowie wywoływał inne wątki i sygnalizował odmienne problemy, przede wszystkim obawy dotyczące kwestii wypłaty świadczeń emerytalnych w kontekście zbyt krótkiego stażu pracy w państwie wysyłającym i przyjmującym. Emigracja jawi się tutaj jako decyzja wymagająca równoważenia rozmaitych interesów: przyszłego zabezpieczenia socjalnego samych emigrantów oraz przyszłości najmłodszych członków rodziny (bardziej perspektywicznej w państwie docelowym), co postrzegane jest jako priorytet.

Wypowiedzi badanych pokazują, że ten rodzaj migracji kadry medycznej, kwalifikowany na podstawie prostych kryteriów jako mobilność zarobkowa, ma bardziej złożony i wieloaspektowy charakter. Oprócz różnic w poziomie ekonomicznym brane są pod uwagę kulturowe aspekty wykonywania zawodu, społeczne przyzwolenie na określone zachowania (łapówkarstwo), które utrwalają się jako nieformalne reguły rządzące sektorem medycznym. Charakterystyczna jest wypowiedź poniżej, która kontrastuje sytuację finansową lekarzy w Polsce i na Ukrainie. W relacji tej fundamentalna różnica nie dotyczy poziomu wynagrodzeń, ale głównego źródła tych dochodów (oficjalne, państwowe czy nieformalne, pochodzące od pacjentów) oraz uwarunkowań wykonywania zawodu dotyczących wyposażenia ośrodków medycznych czy możliwości realnej pomocy pacjentom:

Na Ukrainie jest jeszcze cały czas potworna, niczym nieróżniąca się już od 20 lat korupcja. Pensje na Ukrainie są bardzo niskie i główny zarobek moich kolegów to jest to, co oni dostają nieoficjalnie od pacjentów, od rodzin pacjentów. Bardzo często oni nie mają z czym pracować i bardzo często to, czym oni leczą, to jest w kwestii zdobycia pacjentów. Ja tego problemu absolutnie nie mam. Moje... sprawa moich zarobków jest uzgadniana jeden jedyny raz z dyrekcją szpitala,

potem to całkowicie odchodzi na jakiś tam plan gdzieś tam. I jak ja idę do pracy, ja nie muszę myśleć o pieniądzach. Jak ja idę do pracy, to myślę o pracy, o tym, co ja mam robić, jak ja mam zrobić, o pacjencie, o problemie pacjenta. Kwestia pieniędzy występuje raz na miesiąc, kiedy dostaję przelew. I uważam, że to jest podstawowa zasada. I nie zgodzę się na to chyba nigdy w życiu. Ja nie chce zarabiać pieniędzy w pracy w sensie iść do pracy i myśleć o kasie. Jeden raz załatwić, to... [ok] i potem już wiem, jak to jest, że tam mam pracę, więc znaczy, że ten zarobek już wiem, że on ucieknie. Jeżeli jak mam pracę, zarobek automatycznie przyjdzie na konto. I to jest podstawa, i uważam, że... nawet teraz, jak byliśmy na tym spotkaniu na początku tygodnia noworocznym, i tak w rozmowie ci moi przyjaciele śmiali się ze mnie, bo znają mnie jeszcze z lat studenckich – mówili, że nie wyobrażają sobie mnie w tych warunkach, jaka ja bym była wkurzona, zgorzkniała, że byłabym taka roszczeniowa, i wszyscy byłiby coś winni. Po prostu na pewno nie byłabym sobą, nie, nie mogłabym pracować. Nie potrafię tak... Uprawianie podwójnej moralności, w tym sensie – tu jestem lekarzem, więc muszę, przewiduję jakieś cechy ludzkie, a tu biorę do kieszeni łapówkę, no to jest podwójna moralność, bo albo się jest kimś białym albo czarnym. Więc nie, to byłoby nie dla mnie, byłabym jakaś pokaleczona strasznie, uważam, że zrobiłam dobry wybór. [Ukraina]

W relacji innego ukraińskiego lekarza powtarza się wątek pozazarobkowych przyczyn migracji – tym razem podkreślony jest aspekt niedofinansowania placówek zdrowotnych na Ukrainie, które znacząco utrudnia leczenie:

Na Ukrainie wszystkiego brakuje, czego tutaj nie pamiętam. Chyba może tylko w ciągu ostatnich dwóch lat, kiedy tam pogorszyła się sytuacja finansowa niektórych szpitali, zaczynają właśnie oszczędzać. Tu pracuje się bezstresowo, tam nie mają czym pracować, nie mają czym znieczulać, nie mają czym leczyć, pacjent musi wszystko kupować, ze wszystkimi strzykawkami, płynami to przetoczeń, igłami, opatrunkami przychodzi do szpitala. [Ukraina]

W przypadku pewnych migrantów ten model ścieżki zawodowej oznacza początkowo podejmowanie nieudokumentowanych zajęć w drugorzędnym segmencie rynku pracy, m.in. z powodu słabej znajomości języka polskiego. Z narracji migrujących lekarzy wynika, że przyjazd oznacza niekiedy podjęcie pierwszej pracy poniżej kwalifikacji (choć w branży medycznej): np. świadczenie usług pielęgniarских, związanych z opieką paliatywną w domu osób starszych. Fenomen migrujących lekarzy, którzy w państwie docelowym pracują w zawodzie pielęgniarским, jest obserwowany również w innych krajach i eksplorowany na przykładzie kadry medycznej z Filipin (np. Vapor, Xu 2011; Lorenzo, Galvez-Tan, Icamina, Javier 2007). W tych analizach nie jest to jednak przejściowa praca zdobyta w pierwszym okresie pobytu w nowym kraju, ale docelowy

zawód wymagający odbycia szkoleń uzupełniających z zakresu pielęgniarstwa. Inaczej w przypadku opisywanym poniżej, gdzie po pierwszych zawodowych doświadczeniach, wiążących się również z szarą strefą i nieuregulowanym statusem imigranta, następuje normalizacja kariery zawodowej i awans na stanowisko zgodne z posiadanymi kwalifikacjami:

Przyjechałam z jakąś tam znajomą, która jechała do pracy na czarno, szukać sobie... już miała doświadczenie, bo przedtem pracowała u kogoś tam. I ja też z nią przyjechałam. Nie wiedząc nawet, gdzie będę nocować. W dość krótkim, w kilka dni znalazłam pracę, jako opiekunka do osoby starszej, osoby z chorobą Alzheimera, i to był gdzieś początek maja, i do października ja mieszkałam z tą osobą, opiekowałam się nią, ale już jakoś tam ten czas miałam na to, żeby się rozglądać i znaleźć jakiś, jakiś sposób na to, żeby się dostać na przykład na ten staż podyplomowy. I... bo w październiku ta osoba zmarła. I ja zostałam bez pracy, ale już wiedziałam, już mogłam chodzić jako wolontariusz do Szpitala Dzieciątka Jezus, poznałam anestezjologów, już potem zostałam przedstawiona pani profesor, no i tak stopniowo od lutego następnego roku już zaczęłam staż podyplomowy. [Ukraina]

Niektórzy lekarze z tej grupy pracujący w Polsce mają w biografiiach wcześniejsze epizody migracyjne, związane zwłaszcza z rynkiem usług medycznych w innych państwach Unii Europejskiej. W poniższej wypowiedzi migracja za pracę ujęta została nie jako jednorazowa mobilność, ale jako stosowanie metody „prób i błędów”. Pierwszy wybór kraju migracji (Włochy) okazał się w ocenie rozmówczyni nietrafiony. Skłonił do migracji powrotnej, ale też do dalszego poszukiwania miejsca pracy za granicą. Jednym z decydujących czynników w wyborze Polski okazała się obecność sieci migracyjnych – do wyjazdu zachęcił przykład znajomej lekarki, która już pracowała na emigracji (ten wątek pojawia się również w wypowiedzi cytowanej w poprzednim akapicie, gdzie sam wyjazd był rezultatem poznania bardziej doświadczonej na polskim rynku pracy migrantki). Ponownie pojawia się tutaj refleksja nad zaletami migracji do kraju sąsiadującego z krajem wysyłającym, co wiąże się prawdopodobnie z bliskością kulturową („mentalnością”), a poza tym umożliwia częste kontakty z rodziną:

Ja przez pół roku mieszkałam we Włoszech. I doszłam do wniosku, że po pierwsze za daleko, a po drugie mentalność mi nie do końca odpowiada, i tak trochę z takim poczuciem porażki wróciłam po tym swoim pobycie we Włoszech, spędziłam jeszcze rok na Ukrainie, i jednak zaczęłam się zastanawiać, że nie, trzeba jeszcze spróbować, może bliżej. Jeszcze wtedy żyli moi rodzice i chciałam być blisko nich, jakoś tam, względnie, ale też coś robić, tak jak sobie to zaplanowałam, wyobrażałam. I dlatego do Polski... Aha, i oprócz tego koleżanka z roku

już na ten moment była w Polsce, w Warszawie, i już robiła jedynekę z dermatologii. Więc posłużyła dla mnie takim przykładem, że się da, że można; taka motywacja. [Ukraina]

Specyficznym segmentem w grupie lekarzy wykształconych w szkołach medycznych państw wysyłających są specjaliści w zakresie akupunktury i medycyny niekonwencjonalnej. Prowadzenie gabinetów akupunktury oraz leczenia w tradycji mongolsko-tybetańskiej w Polsce jest domeną przede wszystkim imigrantów z Mongolii, gdzie ten typ lecznictwa („medycyna tradycyjna”) stanowi wyodrębniony program nauczania w akademiach medycznych. Jak wskazują dane z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, gabinety takie zarejestrowane są jako działalność paramedyczna, praktyka lekarska ogólna, lekarza rodzinnego lub połączone są ze specjalizacją z neurologii.

Trzeci typ ścieżki zawodowej polega na mobilności wewnątrzunijnej. Migranci z państw członkowskich Unii Europejskiej spotykają się z najmniej-szymi ograniczeń w sferze prawnej, co zostało pokazane wyżej. Wiąże się to z zasadami swobodnego przepływu pracowników i usług. Jednocześnie ta grupa jest najmniej zainteresowana migracją zarobkową, ponieważ dochody w branży medycznej w innych państwach Unii są zbliżone do osiągniętych w Polsce albo (w państwach UE-15) sytuują się na wyższym poziomie. W kontekście pozostałych przeprowadzonych wywiadów z lekarzami migrantami wyróżnia się narracja lekarza ze Słowenii, który przyjechał do Polski w 2006 roku, czyli już po wstąpieniu obu państw do Unii. Pokazuje charakterystyczny i odrębny wzorzec kariery zawodowej. Po pierwsze, powodem migracji była sytuacja osobista (związek z Polką). Poszukiwanie pracy stanowiło konsekwencję osiedlenia się w Polsce, a nie pierwszą przyczynę migracji, czyli czynnik „wypychający” z kraju pochodzenia. Po drugie, w wypowiedzi zwraca uwagę wątek szybkiego znalezienia pracy zgodnej z wysokimi kwalifikacjami, co (jak wskazuje cytowany wyżej przykład lekarzy z Ukrainy) nie jest oczywiste w przypadku migrantów z innych krajów:

Bardzo szybko znalazłem pracę, nie wiem, w ciągu dwóch tygodni zaraz tą pracę i ten zacząłem, podjąłem pracę w gabinecie stomatologicznym i w sumie już, już byłem w 2010 na [działalności], ten zarejestrowałem działalność, bo tak mi było wygodniej, forma współpracy była lepsza (...) pracowałem, a teraz już było łatwiej to wszystko sobie poukładać. [Słowenia]

W wypowiedzi lekarza ze Słowenii temat Unii Europejskiej i związanych z nią ułatwień pojawił się samoistnie, bez uprzednich pytań o kontekst europejski. Rozmówca deklarował, że nie zamierza starać się o obywatelstwo polskie i „nie wydaje mu się to istotne”. Zwracał też uwagę na podobieństwo swojej sytuacji do sytuacji Polaków pracujących za granicą (wydaje się, że czynił to

w kontekście wymogów biurokratycznych narzucanych nie przez państwa, ale przez organy samorządowe, np. izby lekarskie). Unia Europejska staje się w tej narracji kluczowym wymiarem oraz punktem odniesienia w ocenie własnej sytuacji lekarza jako imigranta na rynku pracy:

Generalnie jest tak, ja się przeprowadzałem już, już po tym już wejściu Polski zresztą no jedno państwo wchodziło do Unii Europejskiej w tym samym momencie i szczerze mówiąc to była pewna, dla mnie było to łatwe. Państwo jedno i drugie było wcześniej to musiały, jeszcze wcześniej to musiały w ogóle wizy to do pracy załatwiać, a teraz to, tak szczerze mówiąc, to nie jest potrzebne, nie. Ta migracja między państwami jest o wiele łatwiejsza i szczerze mówiąc, zresztą też mam i Polacy za granicą też takie problemy. Mówię to jest ograniczenie, jest to, że zawód medyczny jest niestety kontrolowany przez władze, czyli izba naczelna i izba okręgowa. [Słowenia]

W innej części wywiadu rozmówca zwracał również uwagę, że różnice kulturowe między krajem wysyłającym i przyjmującym, nawet jeśli się pojawiają, są mało zauważalne w dużych miastach. Kontrasty pojawiają się raczej między społecznościami wiejskimi a miejskimi niż pomiędzy życiem w metropoliach europejskich położonych w różnych państwach:

Szczerze mówiąc ja też wcześniej w dużym mieście pracowałem tak naprawdę w... [na Słowenii] i to też jest duże miasto, tak że nie mógłbym powiedzieć, że jakaś taka duża różnica. Aczkolwiek no na pewno, może jest taka różnica między [moją] pierwszą pracą, która była na przykład na wsi, w takiej wiejskiej przychodni i powiedzmy dzisiaj w takim dużym mieście jak Wrocław, no to wiadomo, że dla mnie jest to takie, że no jednak ci ludzie tak bardziej podchodzą do, z takim może szacunkiem nie, do zawodu, lekarza zawodu więc. (...) Chyba, chyba ten świat robi się takim, taką wioską normalną. Te bariery są o wiele mniejsze i tak jesteśmy bardziej powiązani. [Słowenia]

Rozmówca ze Słowenii nawiązuje w wypowiedzi do procesu globalizacji oraz związanego z tym zbliżania się społeczeństw europejskich. Opisuje własną sytuację w szerszym kontekście procesów umiędzynarodowienia i wzmocnienia powiązań transnarodowych, co pokazuje wysoki poziom autorefleksyjności. Jak dowodzą jednak inne wypowiedzi, „swojskość” i przyjazność polskich uwarunkowań dla imigrantów zależy w dużym stopniu od kraju pochodzenia cudzoziemskiego lekarza, a w przypadku lekarzy z państw spoza UE – również od faktu ukończenia studiów w Polsce lub kraju wysyłającym.

2.3. BARIERY I WYZWANIA KARIERY ZAWODOWEJ W POLSCE Z PERSPEKTYWY LEKARZY IMIGRANTÓW

Niektóre problemy i bariery sygnalizowane przez rozmówców są ściśle powiązane z wyzwaniami doświadczanymi na rynku pracy w branży medycznej w ogóle. Takie kwestie nie mają związku ze statusem imigranta czy pochodzeniem, a świadomość reguł oraz ograniczeń dowodzi przede wszystkim zakorzenienia imigrantów w polskiej służbie zdrowia, obycia i znajomości jej problemów. Unaocznia to poniższy przykład odnoszący się do różnic w funkcjonowaniu państwowego i prywatnego sektora opieki zdrowotnej oraz dylematów zawodowych, przed którymi stoją lekarze:

Ja z chęcią, z chęcią przeniosłam się i uważam naprawdę, jeśli chodzi o medycynę, to niestety przyszłość to są prywatne placówki. To są prywatne placówki. (...) Tutaj mi zależy, tak. Mi zależy, żeby mój pacjent miał dobrze, żeby do mnie wrócił, żeby przyszedł. Im więcej ja przyjmę, tym więcej NFZ mi zapłaci. Można wtedy ubiegać się o wyższy kontrakt. I tutaj są po prostu mniejsze koszty. To raczej my tracimy w publicznej służbie zdrowia, jest przerost administracji. (...) I im nie zależy, żeby przyjmąc jak najwięcej pacjentów, jak mi tutaj. A w szpitalu – no po co? Po co ubiegać się o wyższe kontrakty, po co? Także nie. Ja... moja decyzja była bardzo przemyślana i uważam, że to jest oczywiście z korzyścią dla mnie przede wszystkim, ale też dla pacjenta. U nas pacjent nie czeka w kolejkach kilometrowych na korytarzu, ja nie robię sztucznych kolejek, nie robię na przykład kolejki za pół roku. Chociaż mogłabym. Ja wolę pracować od ósmej do osiemnastej trzy razy w tygodniu i od 11.30 w poniedziałki, to są moje godziny pracy i nie ma innych. A oni do osiemnastej albo do dwudziestej pracują codziennie. Także jestem tutaj dla pacjenta i naprawdę u nas wszystko idzie bardzo sprawnie, pacjent jeśli mu naprawdę zależy, to może być nawet przyjęty w dniu przybycia. Na przykład nowotwory wszystkie, my tu traktujemy jako priorytet. Jeśli mamy kobietę z rakiem piersi, gdzie decyzja jest podejmowana coraz bardziej na podstawie badań genetycznych – co do zabiegu, co do leczenia, co do podawania chemioterapii, to takie pacjentki przyjmujemy na cito w chwili przybycia. Tak samo dzieci z zespołem Downa do zabiegu, czy z zespołem Turnera do hormonu wzrostu. Dużo jest takich przypadków priorytetowych. Także jeśli ja mam umówionych dwudziestu – trzydziestu dziennie, to i tak przyjmę czterdziestu. Tak że myślę, że naprawdę, przyszłość jest w takich placówkach. [Litwa]

Cudzoziemscy pracownicy sektora medycznego na ogół nie są analizowani w literaturze akademickiej z perspektywy przedsiębiorczości imigranckiej. Firmy imigranckie pokazywane są w badaniach socjologicznych jako strategia ucieczki przed bezrobociem wynikającym z marginalizacji cudzoziemców na

rynku pracy państw przyjmujących, często oznaczająca działalność na pograniczu szarej strefy bądź ekonomicznej opłacalności (np. Waldinger, Aldrich, Ward 1990; Kloosterman, van der Leun, Rath 1999). W badaniach nad takimi przedsiębiorstwami dominują opisy firm oferujących produkty lub usługi etniczne, np. restauracje, agencje turystyczne, albo ukierunkowanych na klientów pochodzących ze społeczności imigranckich. Tymczasem pracownicy branży medycznej, prowadząc własne gabinety prywatnej praktyki, są również wyrazistym przykładem przedsiębiorczości imigrantów wysoko wykwalifikowanych. Wszyscy imigranci biorący udział w wywiadach prowadzili własną działalność gospodarczą (z wyjątkiem jednego lekarza, który zarejestrował własną działalność w przeszłości, ale w chwili przeprowadzania badania była ona już zamknięta). Dla niektórych była to główna forma wykonywania zawodu, inni łączyli ją z pracą na etat w publicznej służbie zdrowia. W kilku narracjach pojawił się wątek założenia własnej jednoosobowej firmy z powodu nacisków pracodawcy bądź generalnie wymogów branży medycznej.

Przedsiębiorczość tej grupy wysoko wykwalifikowanych imigrantów stanowi realizację istniejących w kraju przyjmującym zasad wykonywania wolnego zawodu, przy czym jednak kwestia etniczności i bycia cudzoziemcem nie pozostaje bez znaczenia dla profesjonalnego funkcjonowania. Im dłuższe jest doświadczenie zawodowe lekarzy w państwie wysyłającym, tym większa szansa, że będą wykorzystywać elementy tradycji i kultury swojego regionu w prowadzonej praktyce (co pokazują przypadki mongolskich lekarzy – akupunkturzystów, wykształconych w Ułan Bator). Generalnie przykład badanego sektora medycznego potwierdza, że przedsiębiorczość imigrantów nie zawsze przybiera formę przedsiębiorczości etnicznej, może oznaczać też firmy prowadzone w sektorach rynku zajmowanych głównie przez przedstawicieli społeczeństwa przyjmującego.

Druga grupa wyzwań związanych z wykonywaniem zawodu lekarza dotyczy już samego faktu bycia imigrantem i trudności z tym związanych. Świadomość odrębności tej grupy, jej problemów i wyzwań potwierdza założenie w 2012 r. pierwszego w Polsce Koła Lekarzy Cudzoziemców, działającego do dziś przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej. W analizowanych narracjach imigranckie pochodzenie (również w przypadku naturalizacji) jawi się jako ważny aspekt wykonywania pracy, chociaż – jak pokaże cytat wypowiedzi lekarza z Nepalu poniżej – stanowi przede wszystkim ograniczenie, utrudniające pracę ze względu np. na język, a także nieufność wobec lekarzy cudzoziemców. W wypowiedzi poniżej podkreślany jest zwłaszcza efekt psychologiczny, dotyczący ujawniania antyimigracyjnego resentymentu w sytuacji kryzysowej, np. postrzeżenia lekarzy po nieudanym zabiegu. Cytowany lekarz zaznaczał, że w takich

wypadkach podejrzliwość wobec imigrantów jest większa. Innym aspektem pracy lekarzy cudzoziemców jest konieczność włożenia większego wysiłku i większej pracy w osiągnięcie takiego samego uznania czy tej samej pozycji zawodowej:

My imigranci jesteśmy, żeby pokazać ludziom, że jesteśmy tacy sami dobrzy, my musimy podwójnie pracować. Rozumie pani? Podwójnie. Nie o to chodzi, że gorsi od nich, ale może języka nie znamy, może sprawy wewnętrzne nie znamy, historii nie znamy, ale chodzi o medycyna, ta może być nawet lepiej znane, znana przez nas niż przez Polaków. Tak że wie pani, wiele do życzenia jeszcze jest. Ludzie, grono ludzi podchodzi do tej sprawy tak, dam przykład. Jeżeli operuje się, operowani przez lekarza zagranicznego, a operowani przez Polaka, jak idzie wszystko dobrze, dopóki idzie dobrze, dobrze jest. A jak nie pójdzie, tak, to miałeś dać się u Polaka też i u zagranicznego też może się zdarzyć. Ale rodzi się pytanie: gdyby nie on? Nie? Właśnie tutaj jest, nie mówi się to, to zjawisko jest uniwersalne, uniwersalne jest, może się zdarzyć u każdego. Nie myśli się takimi kategoriami, tylko mówi się: ten zagraniczny. No, mi się wydaje, że musi pokolenie się zmienić. Żeby się to nastawienie ludzi zmieniło, aczkolwiek w moim życiu zawodowym z wiele osób spotykałem się, wolą do mnie chodzić niż do kolegów Polaków. No tacy też są. Doceniają. Ale do tego ja musiałem długo, długo pracować. Rozumie pani? Długo, długo, tak zwany podwójnie dobry musi być, żeby być dobry. [Nepal]

Innym wątkiem obecnym w wypowiedziach była kwestia odbierania pracy Polakom oraz trudności w rozwijaniu kariery zawodowej w państwie przyjmującym (zwłaszcza trudności dotyczące awansu i odnoszenia sukcesów w prestiżowej branży). Jak pokazuje cytat poniżej, kwestię tę poruszył między innymi lekarz z obywatelstwem polskim, wyróżniający się jednak egzotycznie brzmiącym nazwiskiem. Mimo naturalizacji, odtwarza on w swojej wypowiedzi obserwowany przez lata podział na „tutejszych” i przybyszów z zewnątrz. W narracji rozmówcy problemy ukazane są jednak jako wzmocnienie motywacji i nieunikniona część pracy:

Kiedy człowiek pracuje i nie jest studentem, jest konkurencją dla innych tutaj. Po prostu to objawia się, w jakiś sposób, poza tym dla obcokrajowca czy dla człowieka, który nie jest urodzony tu, to jest trudniej robić karierę naukową, trudno z takim nazwiskiem wśród Polaków, chociażby recenzje to inaczej patrz na to, prawda. Albo załatwienie pewnych procedur, też jest trudniej. No i to jest widać, można odczuć. Ale ja robię swoje i idę do przodu. A jak ktoś jest mocny i dobry, to wtedy przeszkody nie przeszkadzają. Nawet są jakby napędem to większej pracy, coś takiego. [Irak]

Inny lekarz, absolwent studiów w Polsce, podkreślał trudności biurokratyczne spotykające migrantów legitymujących się dyplomem szkół wyższych spoza Europy. Odnosił to do przykładu swojej żony (absolwentki uczelni w Indiach), tłumacząc to przede wszystkim niewiedzą i inercją urzędów, nagromadzeniem formalistycznych procedur i powolnością reagowania na faktyczne problemy migrantów, dotyczące np. wydobycia odpowiednich dokumentów z kraju pochodzenia:

Tak, tak, miała problem, chodziło bardziej o, problem miała w trakcie załatwiania tej oficjalnej licencji na nostryfikacji dyplomu. Podczas nostryfikacji dyplomu, to jest w normalnym przepisie prawnym, które są do dzisiaj. Te przepisy, bez przeskoczenia tych regulacji prawnych jest to – nie ma możliwości pracować w Polsce, robić tych specjalizacji oczywiście i w trakcie tej, tej procedury nostryfikacji nie miała kłopotu. Aczkolwiek kłopoty były właśnie w tworzeniu się. Niewiedzą osoby czy niechęcią załatwienia sprawy, tak uważam przynajmniej. Nie to, że na tle powiedzmy takim twardym, rasowym czy na twardym, dyskryminacja takie – nie. Uważam, że to jest takie: grupa ludzi nie wie, nie wie, jak pomóc. To jest, idzie się do urzędu, no, którykolwiek, nie tylko medycyny, którykolwiek tam. Sprawa jest nowa, powinno się tą sprawę wziąć, dyskutować w swoim gronie i odpowiadać za tydzień. Nie to że, też prawda no. Dzisiaj potrzebuję ten dokument, ten dokument, ten dokument, ten dokument. Tamten przynosi te dokumenty, a następny przychodzi i: „brakuje Panu to i to”. I to jest bardzo dotkliwie dla nas dlatego, że ona ma uczelnię, którą kończyła, ona ma Indie i każdy dokument stamtąd sprowadzić to nie jest łatwo. Nie jest łatwo, dlatego na to właśnie mieliśmy dosyć długi okres, żeby to załatwić. [Nepal]

Oprócz trudności na poziomie zawodowym respondenci wspominali również o innych przypadkach dyskryminacji. Jeden z rozmówców, będąc w latach osiemdziesiątych słuchaczem Studium Języka Polskiego w Łodzi, został pobity. Inni uczestnicy badania wspominali o stereotypie „ruskich”, ciężącym na imigrantach zza wschodniej granicy (nawet tych o polskim pochodzeniu). W porównaniu z tymi przypadkami ograniczenia biurokratyczne spotykane na płaszczyźnie zawodowej wydają się mniej rażące.

3. PODSUMOWANIE

Lekarze urodzeni za granicą stanowią około 2,65% ogółu lekarzy w Polsce, jednak należy oczekiwać, że liczebność tej grupy będzie rosła. Polska staje się krajem coraz bardziej atrakcyjnym dla imigrantów z uwagi na różnice w wyso-

kości płac, a cudzoziemscy lekarze mogą częściowo wyrównywać braki kadrowe wynikłe z migracji polskich lekarzy za granicę.

W tekście przeprowadzona została analiza ścieżek zawodowych cudzoziemców i ewentualnych barier w wykonywaniu zawodu. Wyodrębnione zostały trzy charakterystyczne trajektorie kariery zawodowej, realizowane przez lekarzy imigrantów w Polsce. Pierwsza dotyczy osób, które emigrowały do państwa przyjmującego na studia medyczne, a następnie zdecydowały się również na pracę zawodową. Migracja edukacyjna, początkowo przez niektórych traktowana przejściowo, stała się emigracją osiedleńczą: osoby z tej grupy często mają już obywatelstwo polskie, pozostają w związkach z Polakami. Nawet jeśli podejmują krótkotrwałą mobilność międzynarodową w ramach podnoszenia kwalifikacji, to praca i życie w Polsce jest dla nich stałym punktem odniesienia.

Druga grupa to absolwenci uczelni i wydziałów lekarskich w krajach wysyłających, którzy wyemigrowali do Polski po ukończeniu studiów z zamiarem poszukiwania pracy. Mimo traktowania tej grupy jako „emigrantów zarobkowych”, okazuje się, że ich motywacje są bardziej złożone i wielowymiarowe: pod uwagę brane są nie tylko różnice płac, ale też (czasem przede wszystkim) różnice kulturowe dotyczące finansowania służby zdrowia, dostępność metod leczenia, strategie rodzinne i zapewnianie przyszłości dzieciom. Znaczenie odgrywa również fakt polskich korzeni: wielu migrantów z państw byłego ZSRR, pracujących w branży lekarskiej, deklaruje polskie pochodzenie, a w pierwszym okresie pobytu w Polsce korzysta z Karty Polaka. Niektórzy migranci realizujący ten model ścieżki zawodowej, w związku z długotrwałością procedur nostryfikacji i legalizacji pobytu, na początku pobytu podejmują prace poniżej kwalifikacji, pozostając jednak z branży usług zdrowotnych (np. opieka nad osobami starszymi).

Trzecia grupa to lekarze z państw rozwiniętych, głównie Unii Europejskiej, którzy pracują w Polsce mimo ukończenia studiów w państwie pochodzenia, a także pomimo wyższych lub porównywalnych zarobków w kraju wysyłającym. W związku z tym mobilność tych lekarzy związana jest raczej z sytuacją rodzinną (np. małżeństwem z Polakiem / Polką) niż dążeniem do poprawy sytuacji ekonomicznej. Z uwagi na możliwości prawne, jakie daje Unia Europejska oraz zasady swobodnego przepływu pracowników i usług, ich sytuacja prawna w Polsce jest od początku pobytu dogodniejsza niż sytuacja innych migrantów.

Regulacje prawne stwarzają pewien paradoks: lekarze z krajów, które wysyłają do Polski szczególnie dużo personelu medycznego, doznają od początku wielu trudności w sferze prawnej i biurokratycznej (prawne uznanie studiów, zezwolenia na pracę). Strumień migracji z państw UE jest znacznie mniejszy, a przy tym nie jest ograniczany trudnościami administracyjnymi. Poza tym, wielu

lekarzy prowadzi własną działalność gospodarczą, co jest związane ze specyfiką wykonywania wolnego zawodu. Tylko w niektórych przypadkach przedsiębiorczość ta ma charakter etniczny, tj. wiąże się z oferowaniem usług typowych dla kraju wysyłającego, związanych z kulturą i tradycją tego kraju, a jednocześnie dość trudno dostępnych w państwie przyjmującym. Chodzi tu przede wszystkim o lekarzy z Mongolii, specjalizujących się w procedurach akupunktury, nauczanej w państwie wysyłającym jako przedmiot uniwersytecki. Dla niektórych lekarzy etniczność i status imigranta (zwłaszcza w sensie prawnym, tj. przed naturalizacją) bywa barierą w prowadzeniu własnej praktyki. Według opinii moich rozmówców, wiąże się to z trudnościami administracyjnymi (nostryfikacja dyplomu, konieczność ponownego odbywania specjalizacji), a niekiedy również z nieufnością pacjentów czy środowiska lekarskiego.

BIBLIOGRAFIA:

- Binod K. (2012), *Migration of health workers and health of international migrants: framework for bridging some knowledge disjoints between brain drain and brawn drain*, „International Journal of Public Policy”, vol. 8, nr 4–6, s. 266–280.
- Brzozowski N. (2010), *Zjawisko drenażu mózgów w teorii ekonomii*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, nr 843, s. 73–91.
- Chaloff J. (2008), *Mismatches in the formal sector, expansion of the informal sector: immigration of health professionals in Italy*, OECD Health Working Paper nr 34.
- Fóti K. (2013), *Mobility and migration of healthcare workers in central and eastern Europe*, EUROFUND.
- Jędrkiewicz H. (2012), *Problematyka migracji lekarzy specjalistów w wybranych czasopismach i na internetowych forach medyków*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 93(1), s. 216–222.
- Kaczmarczyk P., Tyrowicz J. (2008), *Migracje osób z wysokimi kwalifikacjami*, Warszawa: Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych.
- Kangasniemi M., Winters L. A., Commander S. (2007), *Is the medical brain drain beneficial? Evidence from overseas doctors in the UK*, „Social Science & Medicine”, vol. 65(5), s. 915–923.
- Kautsch M. (2013), *Migracje personelu medycznego i ich skutki dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 11(2), s. 169–179.
- Kautsch M., Czabanowska K. (2011), *When the grass gets greener at home: Poland's changing incentives for health professional mobility*, w: Wismar M., Maier C. B., Glinos I. A., Dussault G., Figueras J. (eds), *Health Professional Mobility and Health Systems Evidence from 17 European countries*, World Health Organization.
- Khadria Binod, *Migration of health workers and health of international migrants: Framework for bridging some knowledge disjoints between brain drain and brawn drain*, „International Journal of Public Policy”, no 8 (4/5/6) 2012, ss. 266–280.
- Kloosterman R., van der Leun J., Rath J. (1999), *Mixed Embeddedness: (In)formal Economic Activities and Immigrant Businesses in the Netherlands*, „International Journal of Urban and Regional Research”, nr 23(2), s. 253–267.

- Lorenzo F. M. E., Galvez-Tan J., Icamina K., Javier L. (2007), *Nurse Migration from a Source Country Perspective: Philippine Country Case Study*, „Health Services Research”, vol. 42 (3 pt 2), ss. 1406–1418.
- Makulec A. (2013), *Konsekwencje migracji wysoko wykwalifikowanego kapitału ludzkiego dla krajów wysyłających i migrantów na przykładzie personelu medycznego*, CMR Working Papers 61/119, Warszawa: Ośrodek Badań nad Migracjami UW.
- Martin J. P. (2007), *The Medical Brain Drain: Myths and Realities*, w: International Migration Outlook: SOPEMI 2007 Edition, Paris: OECD.
- Murdoch A. (2011), *Emigracja lekarzy z Polski*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej.
- OECD (2007), *Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration*, w: International Migration Outlook: SOPEMI 2007 Edition, Paris: OECD.
- OECD, WHO (2010), *International Migration of Health Workers. Improving international co-operation to address the global health workforce crisis*, Policy Brief.
- Okeke E. N. (2013), *Brain drain: Do economic conditions “push” doctors out of developing countries?*, „Social Science & Medicine”, vol. 98, s. 169–178.
- Pang T., Lansang M. A., Haines A. (2002), *Brain drain and health professionals*, „British Medical Journal”, nr 324, s. 499–500.
- Vapor, Victor, Yu X. (2011), *Double Whammy for a New Breed of Foreign-Educated Nurses: Lived Experiences of Filipino Physician-Turned Nurses in the United States*, „Research and Theory for Nursing Practice”, Volume 25, Number 3, ss. 210–226(17)
- Waldinger R., Aldrich H., Ward R. and Associates (1990), *Ethnic entrepreneurs. Immigrant Business in Industrial Societies*, Sage Publications.
- Wismar M., Maier C. B., Glinos I. A., Dussault G., Figueras J. (eds) (2011), *Health Professional Mobility and Health Systems Evidence from 17 European countries*, World Health Organization.