

Migracja lekarzy z Polski. Możliwości jej przeciwdziałania

Dr Anna Murdoch

Plan

- ▶ 1. Trendy emigracyjne wśród polskich lekarzy a emigracja z Polski ogółem
- 2. Dane dotyczące emigracji lekarzy z Polski
- 3. Co mogłoby powstrzymać emigrację lekarzy z Polski:
 - a) zniesienie monopolistycznego statusu NFZ
 - b) zmiany w systemie kształcenia
 - c) ułatwienie rozwoju specjalistycznych szpitali
- 4. Czy da się zmienić dotychczasowy system?

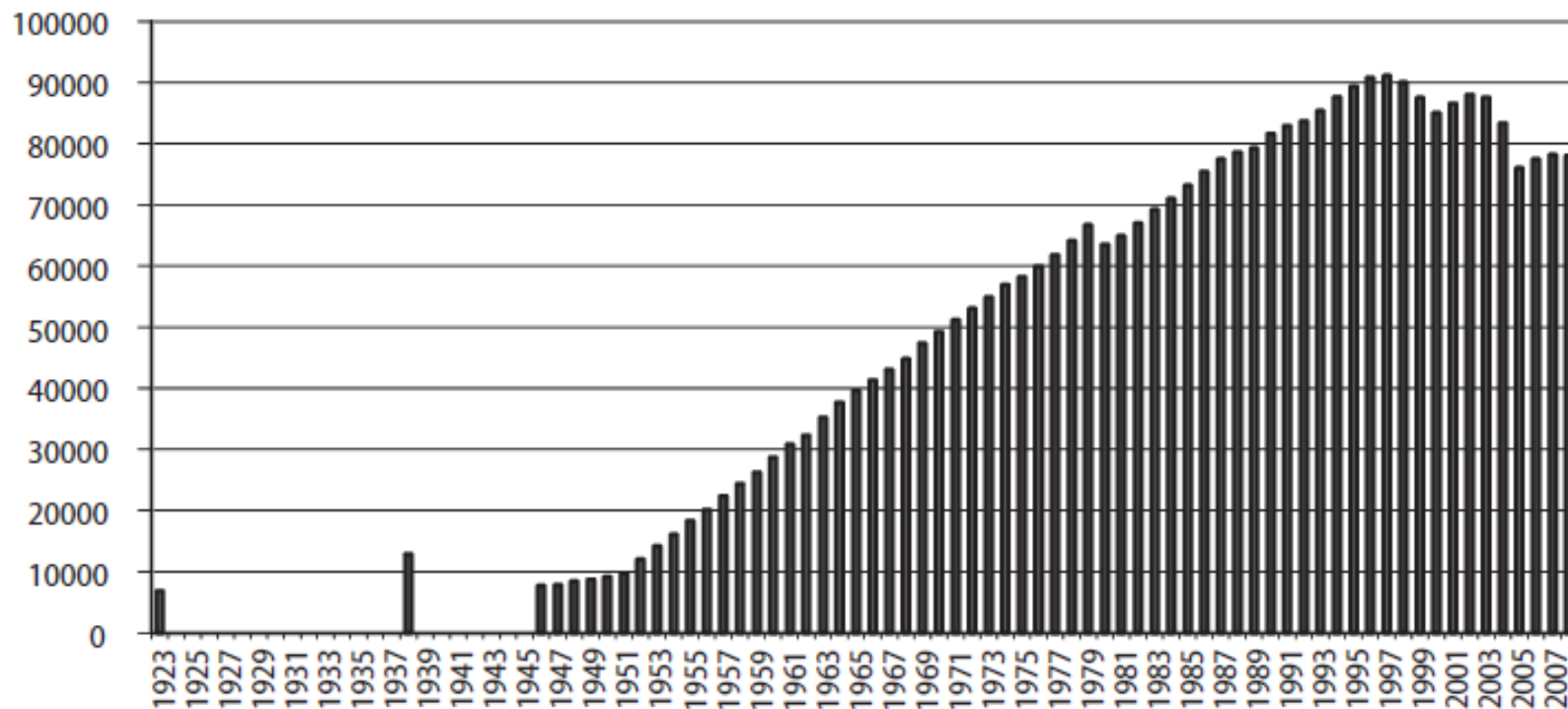
Trendy emigracyjne z Polski 2002 - 2012

Szacunek emigracji z Polski na pobyt czasowy w latach 2004–2012, w tys

	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2011	2012
Ogółem	786	1000	1450	1950	2270	2210	2100	2000	2017	2060	2130
Europa	461	770	1200	1610	1925	1887	1765	1685	1693	1754	1816
Unia Europejska (27 krajów)	451	750	1170	1550	1860	1820	1690	1607	1622	1670	1720
Austria	11	15	25	34	39	40	36	29	24	25	28
Belgia	14	13	21	28	31	33	34	45	47	47	48
Cypr					4	4	3	3	3	3	2
Dania					17	19	20	19	18	21	23
Finlandia	0	0	1	3	4	4	3	3	2	2	2
Francja	21	30	44	49	55	56	60	60	62	62	63
Grecja	10	13	17	20	20	20	16	16	17	15	14
Holandia	10	23	43	55	98	108	98	92	92	95	97
Hiszpania	14	26	37	44	80	83	84	48	45	40	37
Irlandia	2	15	76	120	200	180	140	133	131	120	118
Niemcy	294	385	430	450	490	490	465	440	437	470	500
Portugalia	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Republika Czeska					8	10	9	7	7	7	8
Szwecja	6	11	17	25	27	29	31	33	34	36	38
Wielka Brytania	24	150	340	580	690	650	595	580	601	625	637
Włochy	39	59	70	85	87	88	88	92	94	94	97
Kraje spoza Unii Europejskiej	10	20	30	60	65	67	75	78	71	85	96
w tym: Norwegia					36	38	45	50	43	56	65

Liczba lekarzy w Polsce: 1923 – 2007

Liczba lekarzy

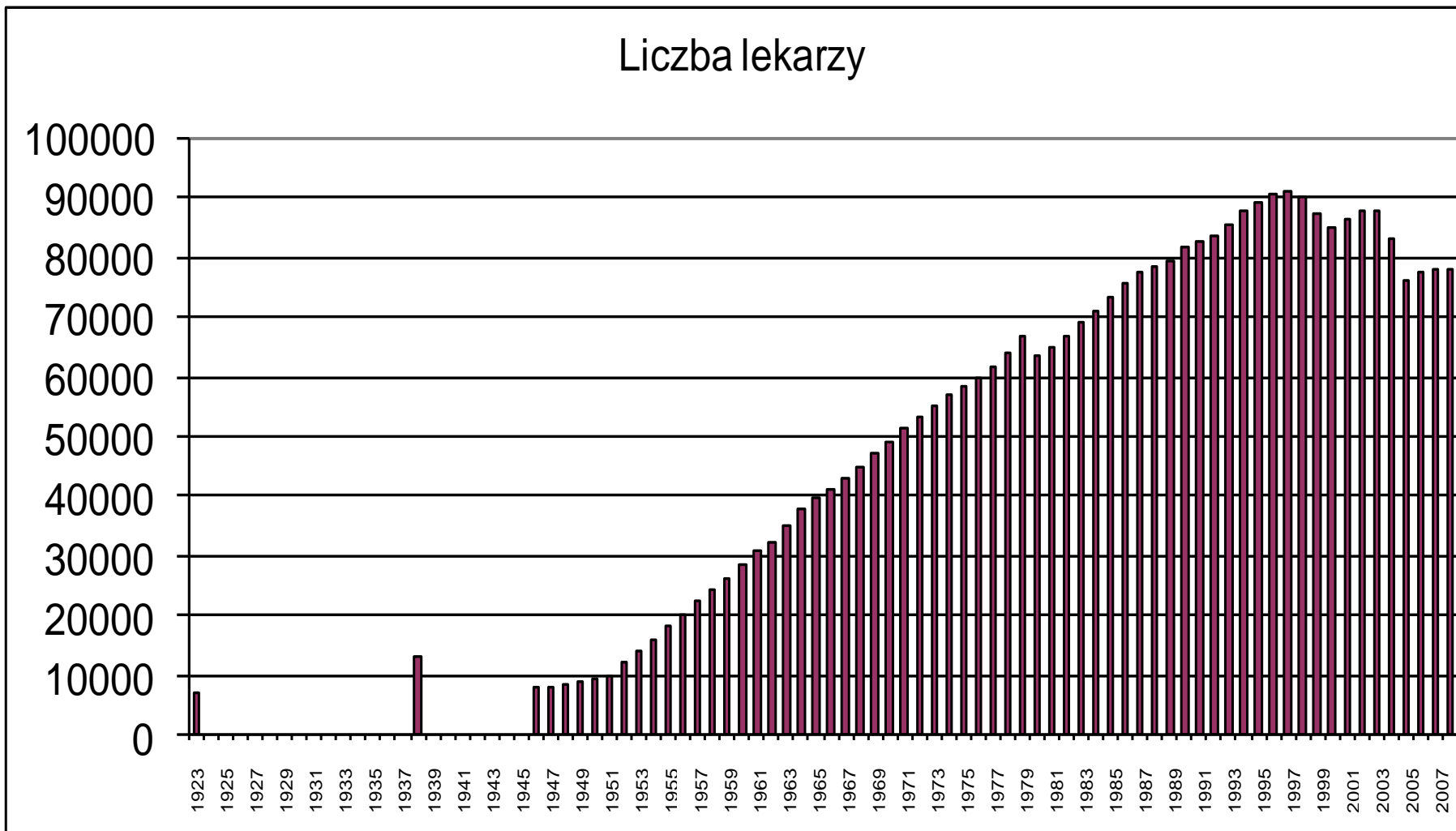


Rysunek 3.2. Liczba lekarzy w Polsce od 1923 r.

Uwaga: długie szeregi czasowe, ograniczenia metodologiczne.

Źródło: opracowanie własne na podstawie roczników statystycznych GUS-u od edycji z 1947 r.

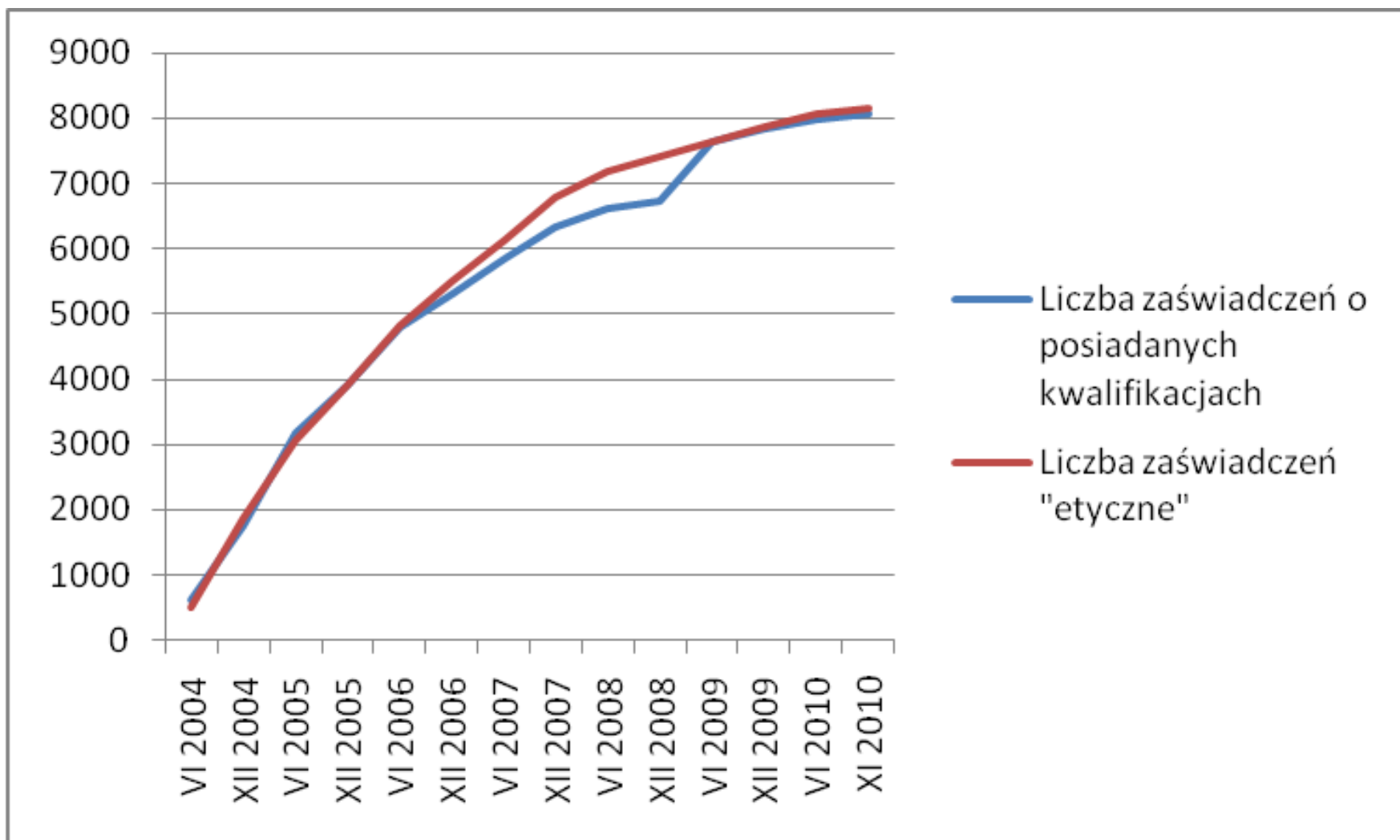
Liczba lekarzy w Polsce: 1923 – 2007



Liczba absolwentów wydziałów lekarskich na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, dane z lat 1993-2009



Liczba zaświadczeń „na wyjazd”



Podstawy prawne umożliwiające emigrację lekarzy z Polski

Dyrektywa 2004/38/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium Państw Członkowskich, zmieniająca rozporządzenie (EWG) nr 1612/68 i uchylająca dyrektywy 64/221/EWG, 68/360/EWG, 72/194/EWG, 73/148/EWG, 75/34/EWG, 75/35/EWG, 90/364/EWG, 90/365/EWG i 93/96/EWG, Dz. U. UE, 158/77.

Dyrektywa Rady Nr 93 / 16 / EWG z dnia 5 kwietnia 1993 r., dotycząca swobodnego przepływu lekarzy i wzajemnego uznawania ich dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji.

Szacunki liczby lekarzy, którzy wyemigrowali z Polski po 2004 r. – dane z 2010 r.

- ▶ Najwięcej lekarzy z polskim dyplomem było zarejestrowanych w Zjednoczonym Królestwie – ponad 2000.
- ▶ W Niemczech znajduje się druga, pod względem liczebności, grupa lekarzy z Polski. Jest tam (stan na 31 grudnia 2008 r.) zarejestrowanych 1332 polskich lekarzy (z czego aktywnych zawodowo jest 1201), co stanowi wzrost o 3,8 % w porównaniu z rokiem poprzednim, z czego 925 pracuje w szpitalach.
- ▶ Dane otrzymane z izb lekarskich w poszczególnych państwach europejskich:
- ▶ w Szwecji jest zarejestrowanych 557 polskich lekarzy (dane na październik 2008 r.),
- ▶ w Norwegii – 279,
- ▶ w Danii – 106, we Francji – 163, spośród których 82,2 % jest aktywnych zawodowo,
- ▶ w Szwajcarii – 126.

Czy można zatrzymać emigrację lekarzy?

- ▶ Według teorii ekonomii – nie. Maksymalizacja użyteczności (skumulowane wynagrodzenie w cyklu życia zawodowego).
- ▶ **Czynniki *pull***: wyższe wynagrodzenie, stabilizacja zawodowa, możliwości rozwoju profesjonalnego, szanse dalszego kształcenia, wsparcie systemowe.
- ▶ Państwa emigranckie: USA, Kanada, Australia, Niemcy.
- ▶ Zjednoczone Królestwo: potrzeby National Health Service.
- ▶ **Czynniki *push***: brak stabilizacji zawodowej, wieloletowość, relatywnie niskie szanse rozwoju profesjonalnego, niewykształcenie systemu prestiżowych szpitali szkoleniowo/specjalistycznych, niewydolny system monopolu państwowego.

System opieki zdrowotnej – dobro publiczne 1

- ▶ **System monopolistyczny jest nieefektywny.** Nie istnieje w nim czynnik konkurencji. Brak konkurencji nie skłania monopolisty do poprawienia jakości i minimalizacji kosztów.
- ▶ System monopolu państwowego bez zabezpieczeń kontrolnych jest wysoce nieefektywny.
- ▶ Muszą istnieć możliwości kontrolowania systemu opieki zdrowotnej.
- ▶ System kas chorych w Niemczech a NFZ w Polsce – **regionalizacja a centralizacja.**

System opieki zdrowotnej – dobro publiczne 2

- ▶ System kształcenia kadr medycznych w Polsce – brak przejrzystości, jasnej odpowiedzialności i kontroli.
 - „Numerus clausus” i jego wartość
 - studia zaoczne
 - liczba studentów – cudzoziemców, płacących czesne.
 - Ministerstwo Zdrowia a Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego.
- ▶ System mentoringu i opieki roztoczonej nad młodą kadrą medyczną?

System opieki zdrowotnej – dobro publiczne 3

- ▶ **Prywatyzacja całego systemu opieki zdrowotnej jest nieefektywna w długim okresie czasu**, choć pożądana w niektórych obszarach medycyny, np. medycyna estetyczna, zabiegi rutynowe – przypadek kanadyjskiego *The Shouldice Hospital*.
- ▶ Najbardziej pożądane w systemie publicznej opieki zdrowotnej jest wykształcenie i podtrzymywanie **systemu szpitali publicznych (włączając w to kliniki przyszpitalne), specjalizujących się w danych obszarach**. Szpital jest klastrem (zbiorem) specjalistów, nawzajem się wspierających i doskonalących, posiada wykształcone przez lata (setki lat) tradycje, przyciąga młodą kadre, chcącą się specjalizować w danej dziedzinie, leczy pacjentów z całego kraju.

System opieki zdrowotnej – dobro publiczne 4

- ▶ System opieki medycznej w Polsce wymaga radykalnej zmiany. Zmiana ta jest uwarunkowana politycznie.