

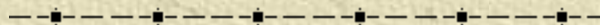


***Emigracja polskich lekarzy
na Zachód: implikacje
moralne***

Zbigniew Szawarski

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego -PZH

z.szawarski@uw.edu.pl



SITUATION VACANT

Anaesthesiology and Intensive care doctors are required for the Ministry of Health, State of Kuwait to work in their hospitals with the following qualifications and experience:



A. Consultants, Senior Specialists, Specialist, Senior Registrars

Qualifications (same for all the above):

Bachelor + Masters in Anaesthesiology and Intensive care + Fellowship/ American Board / Canadian Board/ Ph.D. or its equivalent from a recognized University

B. Registrars:

Qualifications:

MBBS + Masters Degree in Anaesthesiology and Intensive care or its equivalent from a recognized University.

Experience :

Consultants:

Applicant should be completed 18 years as a doctor. 11 years experience after the higher qualification.

Senior Specialists: Applicant should be completed 14 years as a doctor. 8 years experience after the higher qualification.

Specialists: Applicant should be completed 10 years as a doctor. 3 years experience after the higher qualification.

Senior Registrars:

Applicant should be completed 8 years as a doctor 3 years experience after the higher qualification.

Registrars:

Applicant should be completed 6 years as a doctor At least 1 year experience after master degree.

Expectations:

Successful candidates will be expected to provide up-to-date service and manage all problems in their respective field including the complicated ones.

Applications including detailed C.V. in english with complete contact address, Telephone, fax Nos and email ID with copies of qualification, experience certificates, passport copy and names of three referees to be sent to the following address :-

The Embassy of the State of Kuwait, Poland
ul. F. Nullo 13, 00-486 Warszawa
administrative@kuwait_embassy.pl

Brain drain of medical human medical resources

- ✦ Zjawisko uniwersalne – benefit/harm analysis.
- ✦ POPYT. Kraje bogate starzeją się; profesja lekarska staje się profesją wysokiego ryzyka. Deficyt lekarzy i pielęgniarek. HEALTH LABOUR MARKET
- ✦ PODAŻ. Kraje biedne – emigracja drogą awansu
- ✦ Czy kraje bogate **powinny** zablokować emigrację lekarzy z krajów biedniejszych?
- ✦ Czy kraje ubogie, w których edukacja medyczna jest bezpłatna **powinny** zablokować emigrację lekarzy do krajów w bogatych?
- ✦ [Goteborg 2005]

Stanowisko Norwegii

- ✦ The Norwegian Directorate finds that ***Norway must commit to ethical recruitment that does not deprive poor countries of their own human resources for health***
- ✦ Norway should be able to contribute to the development of research and training in poor countries
- ✦ It is necessary for the rich countries to contribute to increasing the poor countries' own capacity for training, recruiting and retaining their own health personnel [p.77]

Migration and health .Challenges and trends [2009]

http://www.observatoriorh.org/caribe/sites/default/files/webfiles/fulltext/migration_and_health.pdf

Racje na rzecz emigracji - pozytywne

- ✦ Racjonalna inwestycja kapitału ludzkiego
- ✦ Szansa intensywnego rozwoju w warunkach doskonałej infrastruktury
- ✦ Standard życia
 - Wysokie dochody (wysoka emerytura)
 - Szanse dla dobrego wykształcenia dzieci
 - Status społeczny

Racje na rzecz emigracji - negatywne

- ✦ Ucieczka od politycznej i ekonomicznej opresji
- ✦ Poczucie względnej deprywacji zarobkowej
- ✦ Problemy z urzeczywistnieniem planów życiowych (mieszkanie, małżeństwo, udział w życiu naukowym)
- ✦ Opresyjna biurokracja: sensem życia lekarza staje się wypełnianie biurokratycznych rubryk i koncentracja na respektowaniu nakazów i zakazów MZ i NFZ
- ✦ Feudalne stosunki w klinice, szpitalu, przychodni

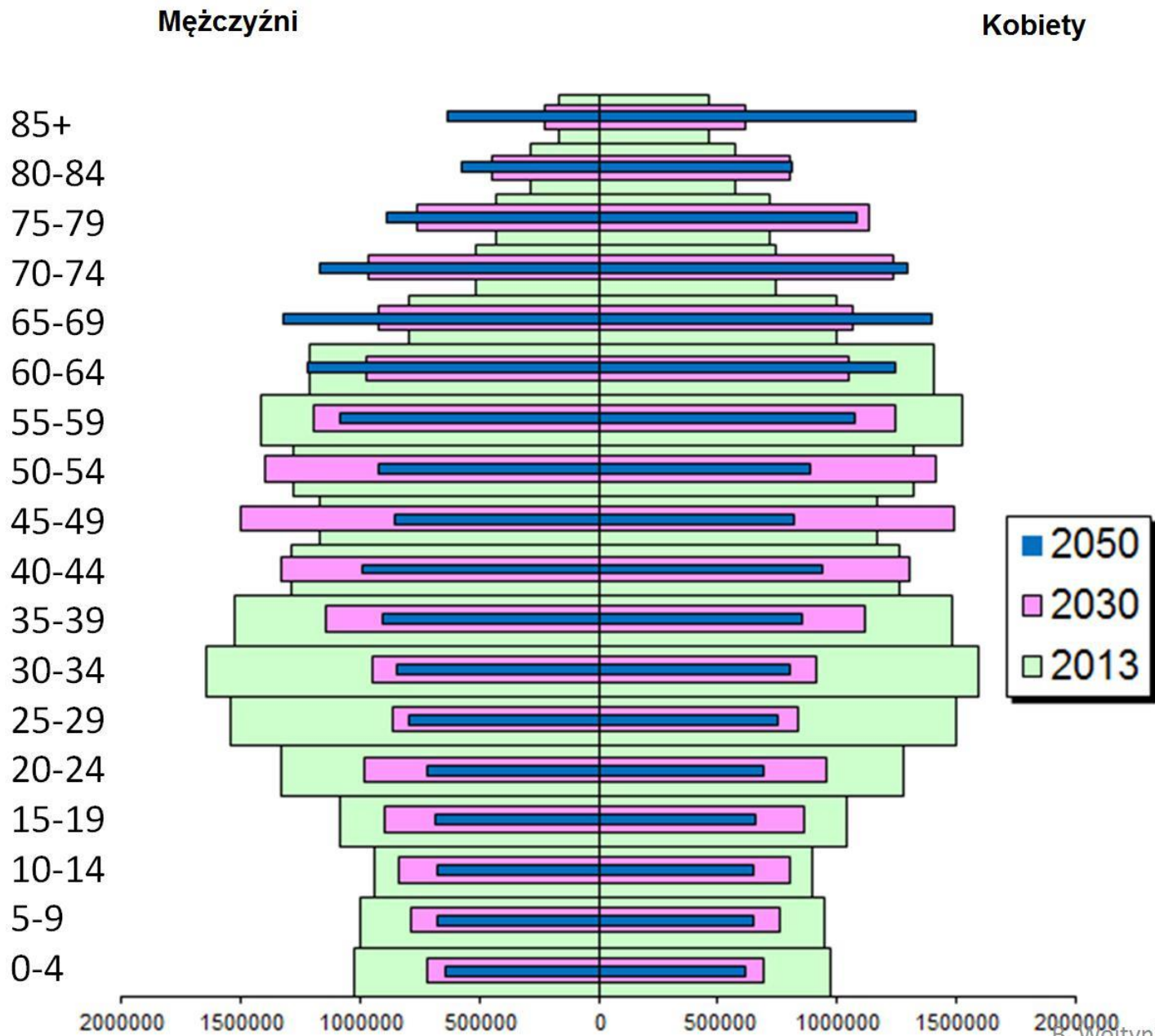
*Czy **powinniśmy** potępić polskich, lekarzy, którzy „wybierają wolność”?*

- ✦ W sytuacji konfliktu dobra własnego i dobra społeczeństwa, jeśli nie wchodzi w grę żadne inne istotne względy, powinienem wybrać dobro własne.
- ✦ Jeśli pozostanie w kraju oznacza marnowanie moich talentów, wykształcenia i perspektyw udanego życia rodzinnego, to powinienem podjąć ryzyko pracy zagranicą
- ✦ Nie mam obowiązku życia heroicznego. Istnieją granice poświęcenia

Jakie są konsekwencje mojej decyzji dla systemu zdrowia?

- ✦ Nie wiadomo
 - Brak wiarygodnego i jednolitego systemu gromadzenia danych o medycznych zasobach ludzkich
 - Brak centralnego systemu planowania i monitorowania edukacji medycznej
 - Brak strategii planowania i rozwoju medycznego kapitału ludzkiego
 - Brak koncepcji i systemu przeciwdziałania postępującemu drenażowi wysokiej klasy specjalistów medycznych
 - Brak jakichkolwiek koncepcji i planów zachęty do powrotu lekarzy do kraju.
- ✦ Brak jasnej struktury celów i środków swoistych dla systemu ochrony zdrowia w Polsce
- ✦ Leczenie i ochrona zdrowia w Polsce stały się działalnością gospodarczą
- ✦ Rynek decyduje o podaży i popycie na kadry medyczne

Ludność Polski wg płci i wieku w 2013 r oraz prognozowana na lata 2030 i 2050 (dane GUS 2014)



Leczenie i ochrona zdrowia w Polsce stały się działalnością gospodarczą

- ✦ Leczenie i opieka zdrowotna stają się towarem
- ✦ Pełzająca prywatyzacja systemu zdrowia?
- ✦ Postępująca prywatyzacja systemu zdrowia?
- ✦ Galopująca prywatyzacja systemu zdrowia?
- ✦ Kiedy Porozumienie Zielonogórskie obejmie pełną kontrolę nad systemem ochrony zdrowia?

Prześłanie

*„To the extent that **health care becomes a commodity** it becomes distributed just like champagne. That is rich people gets lots of it. Poor people don't get any of it.”*

Julian Tudor Hart, Lancet, 1971:405-12