

Dobre i złe skutki  
migracji polskiego  
personelu medycznego

# Ostatni gasi światło

Emigrują, potem wracają bogatsi o doświadczenia. Czy Polska zyskuje na tym, że lekarze i pielęgniarki wyjeżdżają za granicę? Co zrobić, by rachunek zysków i strat był dla nas jak najbardziej korzystny?

Dyskusje na temat migracji białego personelu stały się bardzo żywe z uwagi na stały wzrost mobilności pracowników ochrony zdrowia, napędzany m.in. starzeniem się ludności państw OECD, niedoborem kadr medycznych oraz znacznymi różnicami w dochodach i w poziomie życia między krajami rozwiniętymi a rozwijającymi się. Problem nadmiernego odpływu specjalistów w najbliższym czasie będzie przybierał na sile nie tylko z powodu różnic w wysokości wynagrodzeń, ale również na skutek zwiększania się zapotrzebowania na pracowników medycznych związanego ze zmianami demograficznymi w krajach zachodniej Europy. Według szacunków Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), większość państw członkowskich UE boryka się z niedoborem wykwalifikowanych pracowników ochrony zdrowia, który do 2020 r. z powodu starzenia się specjalistów zwiększy się o kilka punktów procentowych [14].

### Deficyt globalny

Zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia, kryzys dotyczący personelu medycznego będzie się nasilał we wszystkich krajach – zarówno wysoko, jak i słabo rozwiniętych. Szacuje się, że na świecie brakuje przeszło 4,25 mln pracowników [25, 22, 26]. Tylko w USA do 2020 r. niedobór kadry pielęgniarskiej wyniesie 800 000 osób [18].

### Drenaż w Polsce

Z raportu Ministerstwa Zdrowia „Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej” wynika, że w ciągu dwóch lat od przystąpienia Polski do UE ponad 4 proc. aktywnych zawodowo lekarzy wystąpiło o zaświadczenia niezbędne do zatrudnienia poza granicami kraju. Przeważająca większość lekarzy zainteresowanych podjęciem pracy za granicą ma kwalifikacje specjalisty, głównie w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii (15,69 proc.), chirurgii plastycznej (14,79 proc.), chirurgii klatki piersiowej (12,84 proc.) oraz medycyny ratunkowej (11,14 proc.). W tym samym czasie o zaświadczenia o kwalifikacjach zawodowych ubiegało się prawie 2 proc. pielęgniarek i położnych [16].

Najnowsze próby monitorowania emigracji pracowników ochrony zdrowia zostały podjęte przez zespół badaczy pod kierunkiem Krzysztofa Krajewskiego-Siudy na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w 2008 r. Wyniki badania przeprowadzonego wśród studentów i młodych absolwentów medycyny z całego kraju potwierdziły, że w najbliższym czasie nadal trzeba się liczyć z intensywnym odpływem kadry medycznej z Polski. Niemal dwie trzecie respondentów rozważa bowiem emigrację zarobkową [29].

Konsekwencje wynikające z emigracji personelu medycznego są różnorakie. Mobilność siły roboczej jest czynnikiem sprzyjającym rozwojowi ekonomicz-

nemu, ale z punktu widzenia kraju pochodzenia i kraju przyjmującego koszty i korzyści rozkładają się nierównomiernie. Zadaniem państwa jest zatem kreowanie polityki w taki sposób, by korzyści z migracji przeważały nad kosztami.

„ Według szacunków OECD, większość państw członkowskich UE boryka się z niedoborem wykwalifikowanych pracowników ochrony zdrowia ”

Większość autorów przeprowadza analizę skutków emigracji dwojako: z uwzględnieniem skutków pozytywnych i negatywnych. Badania te obejmują podział na państwa odpływu emigrantów i państwa ich napływu. Odmienną koncepcję wpływu migracji pracowników ochrony zdrowia zaproponował w 2004 r. Khasoum Diallo, za punkt wyjścia przyjmując klasyfikację typów migracji.

„ Mobilność siły roboczej sprzyja rozwojowi ekonomicznemu, ale z punktu widzenia kraju pochodzenia i kraju przyjmującego koszty i korzyści rozkładają się nierównomiernie ”

### Migracje czasowe i trwałe

Przy rozważaniach nad korzyściami i kosztami wynikającymi z migracji personelu medycznego Diallo opiera się na klasyfikacji ruchów wędrowniczych uwzględniającej ich trwanie (migracje krótko- i długookresowe), miejsce (migracje wewnętrzne i zewnętrzne) oraz cel (praca w sektorze ochrony zdrowia lub innym sektorze), a także podział na kraje docelowe imigracji i przyjmujące emigrantów [8] (ryc. 1).

Migracje wewnętrzne, rozumiane jako ruchy wędrownicze pomiędzy jednostkami administracyjnymi, związane są ze zmianą miejsca zamieszkania w danym kraju [3]. W wypadku migracji kadry medycznej zjawisko to dotyczy głównie przemieszczania się z biedniejszych regionów (przede wszystkim ze wsi bądź mniejszych ośrodków miejskich) do regionów

bogatszych, o większym potencjale zatrudnienia (duże miasta, aglomeracje miejskie).

Niekontrolowana migracja wewnętrzna pracowników ochrony zdrowia, mimo że bezpośrednio nie jest związana z odpływem siły roboczej do innych krajów, może prowadzić do zachwiania równowagi w poziomie opieki medycznej w poszczególnych regionach i spowodować poważne utrudnienia w dostępie do specjalistycznej opieki.

### Migracje wewnętrzne

Problem nierównomiernego dostępu do specjalistów w ostatnim czasie coraz dotkliwiej odczuwany jest w Niemczech. Według danych związku ubezpieczalni GKV, w dużych aglomeracjach niemieckich nadwyżka absolwentów uczelni medycznych wynosi 20 tys., a na terenach słabo zurbanizowanych brakuje minimum 800 lekarzy pierwszego kontaktu. W Monachium, mieście liczącym ponad 1,3 mln mieszkańców, liczba zarejestrowanych lekarzy przekracza zapotrzebowanie o 30 proc., ale już we wschodniemieckim powiecie Ueckermark brakuje 16 proc. lekarzy w porównaniu z planem zatrudnienia [7]. Przyczyną tej sytuacji są głównie względy finansowe, ponieważ lekarze pracujący w miastach zarabiają o wiele więcej niż ich koledzy praktykujący na wsiach. W związku z tym w wielu landach, które

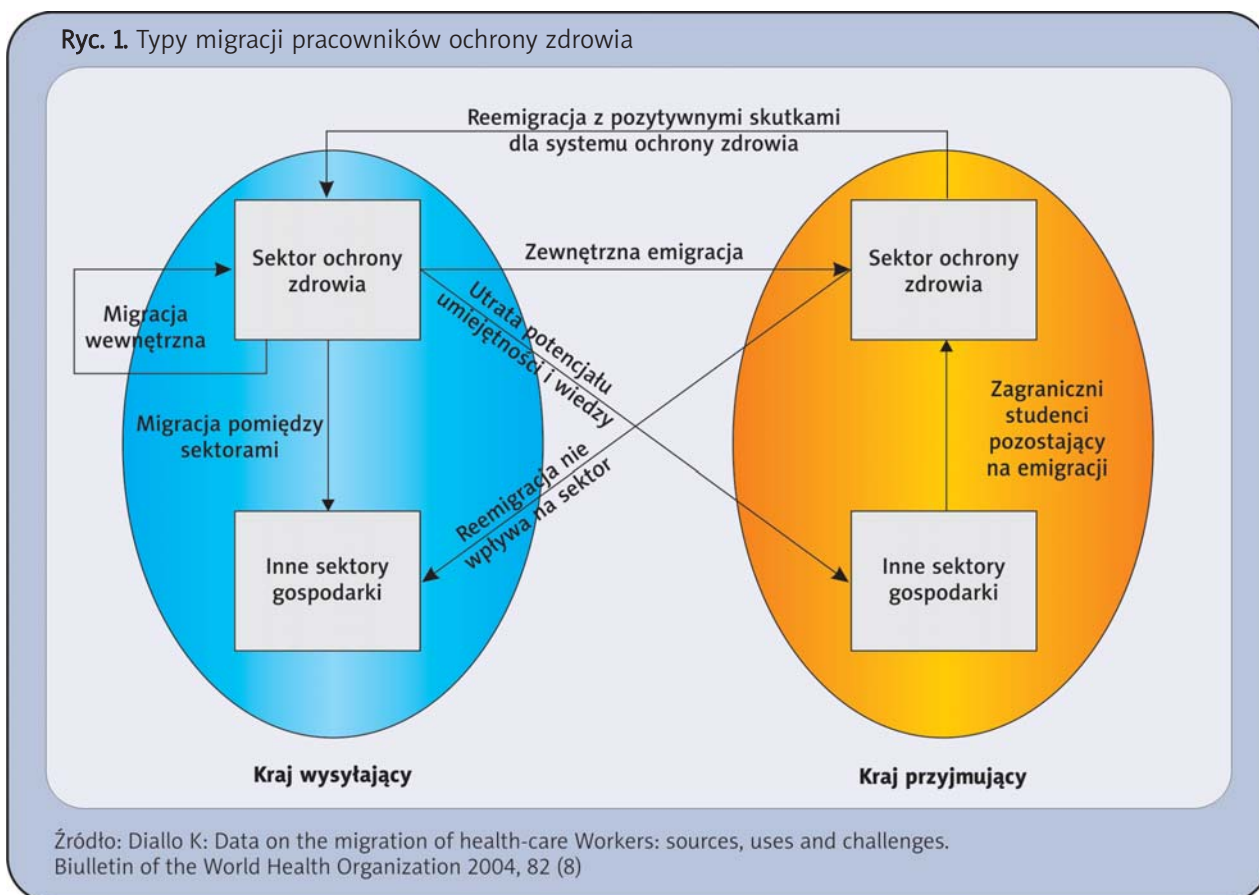
borykają się z niedoborem pracowników ochrony zdrowia, rozpoczęto prace nad opracowaniem planu aktywizacji lekarzy.

Trudności w dostępie do specjalistów są widoczne także na polskich wsiach. Jak wynika z raportu Eugeniusza Zawadzkiego sporządzonego dla Biura Studiów i Ekspertyz Sejmu w 1998 r., w Polsce na wsiach pracowało „nieco ponad 4000 lekarzy, w tym 987 pediatrów i 153 ginekologów. Na etat lekarski przypadało około 3560 mieszkańców wsi. Do osiągnięcia norm resortu zdrowia brakowało około 2000 lekarzy” [28]. Jak twierdzi Grzegorz Napiórkowski, prezes Stowarzyszenia Młody Lekarz, na niedobory kadry medycznej na terenach słabo zurbanizowanych wpływają trudności w dostępie do specjalizacji w szpitalach powiatowych. W związku z tym nawet proponowane przez niektóre województwa ułatwienia dla młodych medyków (np. mieszkania, jak w województwie małopolskim) nie są wystarczającą zachętą do rozpoczęcia praktyki w małych miastach i wsiach.

Kolejnym aspektem emigracji pracowników ochrony zdrowia wynikającym z klasyfikacji Diallo jest migracja wewnętrzna pomiędzy sektorami gospodarki.

Niekorzystne zjawisko odchodzenia z zawodu pogłębia w Polsce deficyt kadr medycznych [23]. Z badań ankietowych przeprowadzonych w 2006 r. przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że bezrobocie

Ryc. 1. Typy migracji pracowników ochrony zdrowia



w zawodach lekarza i lekarza dentystry notowane było poniżej 0,5 proc. i miało charakter raczej krótkookresowy, natomiast bezrobocie wśród pielęgniarek i położnych wynosiło ponad 2 proc.

### Nie za granicę, a do innych sektorów

Niemal w całej Polsce liczba zarejestrowanych bezrobotnych pielęgniarek jest wyższa od liczby wolnych etatów. W ostatnich latach odchodzenie z zawodu wśród pielęgniarek i położnych znacznie się zintensyfikowało. Skala migracji do innych sektorów gospodarki stała się przedmiotem zainteresowania Komisji Europejskiej, która w ramach V Programu Ramowego wyasygnowała fundusze na międzynarodowy program badawczy *European NEXT – Study (Nurses' Early Exit Study)* mający zbadać przyczyny przedwczesnej rezygnacji pielęgniarek z pracy w zawodzie. Z badań przeprowadzonych przez Centralny Instytut Ochrony Pracy oraz *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w ramach projektu NEXT wynika, że pielęgniarki w średnim i starszym wieku rezygnują z pracy w swoim zawodzie o wiele częściej niż przedstawiciele innych zawodów po osiągnięciu zbliżonego stażu pracy. Analiza wyników badań wykazała także, że wśród polskich pielęgniarek skłonność do odchodzenia od zawodu jest tym większa, im krótszy jest staż pracy [20].

Ze względu na wzrost popytu na usługi pielęgniarskie wynikający z niekorzystnych zmian w strukturze demograficznej Polski (starzenie się społeczeństwa), niechęć do podejmowania pracy w wyuczonym zawodzie połączona ze spadkiem zainteresowania kształceniem w tym kierunku może stanowić poważne zagrożenie dla stabilności systemu ochrony zdrowia.

Demotywacja społeczna i ekonomiczna do wyboru zawodu, długi i trudny okres kształcenia, brak perspektyw rozwoju osobistego i dobrego wynagrodzenia sprawiły, że zawody pielęgniarki i położnej nie są atrakcyjne dla współczesnej młodzieży [5].

Z danych pochodzących z Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia wynika, że nabór do szkół kształcących pielęgniarki i położne w ostatnich 10 latach zmniejszył się dziesięciokrotnie. Oznacza to, że w Polsce liczba absolwentów w zawodzie pielęgniarki jest zbliżona do liczby absolwentów na kierunkach lekarskich, podczas gdy w innych krajach Unii Europejskiej kształcą się ich dwu-, trzykrotnie więcej niż lekarzy [9]. Spadek zain-

teresowania kształceniem na kierunkach pielęgniarskich przełożył się bezpośrednio na liczbę aktywnych zawodowo pielęgniarek [19].

Oprócz migracji wewnętrznych, które – jeżeli nie są kontrolowane – mogą zaburzyć funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, równie istotne są migracje zewnętrzne. Pojęcie migracji zewnętrznych (emigracji i imigracji) nieodzownie łączy się z opuszczeniem kraju pochodzenia i wyjazdem do innego, zwanego krajem przyjmującym, goszczącym lub krajem pobytu.

Rozważając skutki migracji zewnętrznych, trzeba je rozpatrywać w kontekście klasyfikacji migracji ze względu na czas pobytu w kraju przyjmującym. Polskie ustawodawstwo rozgranicza zatem migracje na dwie kategorie: na pobyt stały oraz czasowe. Migracje czasowe wiążą się z pobytem poza granicami kraju ojczystego krócej niż dwa miesiące, natomiast stałe oznaczają wyjazd z zamiarem stałego osiedlenia się w kraju goszczącym [21].

Z punktu widzenia kraju odpływu najbardziej jaskrawym przykładem negatywnego wpływu emigracji stałych jest deficyt kadr medycznych. Z danych OECD wynika, że liczba lekarzy i pielęgniarek w przeliczeniu na 1000 mieszkańców w Europie jest bardzo zróżnicowana i w większości krajów niewystarczająca do zaspokojenia potrzeb rodzimych rynków medycznych. W 2008 r. najmniejsza liczba lekarzy i pielęgniarek przypadła na 1000 mieszkańców Turcji – wskaźnik ten wynosił odpowiednio 1,51 dla lekarzy i 1,34 dla pielęgniarek. Z kolei najwyższy wskaźnik zatrudnienia lekarzy odnotowano w Grecji – 6,02 (jedynie 3,41 pielęgniarek na 1000 mieszkańców). Najwięcej pielęgniarek w Unii Europejskiej zatrudnionych jest w Norwegii (14 na 1000 mieszkańców) oraz Wielkiej Brytanii (9,67 na 1000 mieszkańców). Przeważające zasoby kadrowe w Polsce w porównaniu z krajami Unii Europejskiej są jednymi z najniższych. W roku 2008 na 1000 obywateli przypadło 2,18 lekarza i 5,19 pielęgniarki [27].

### Poniżej średniej

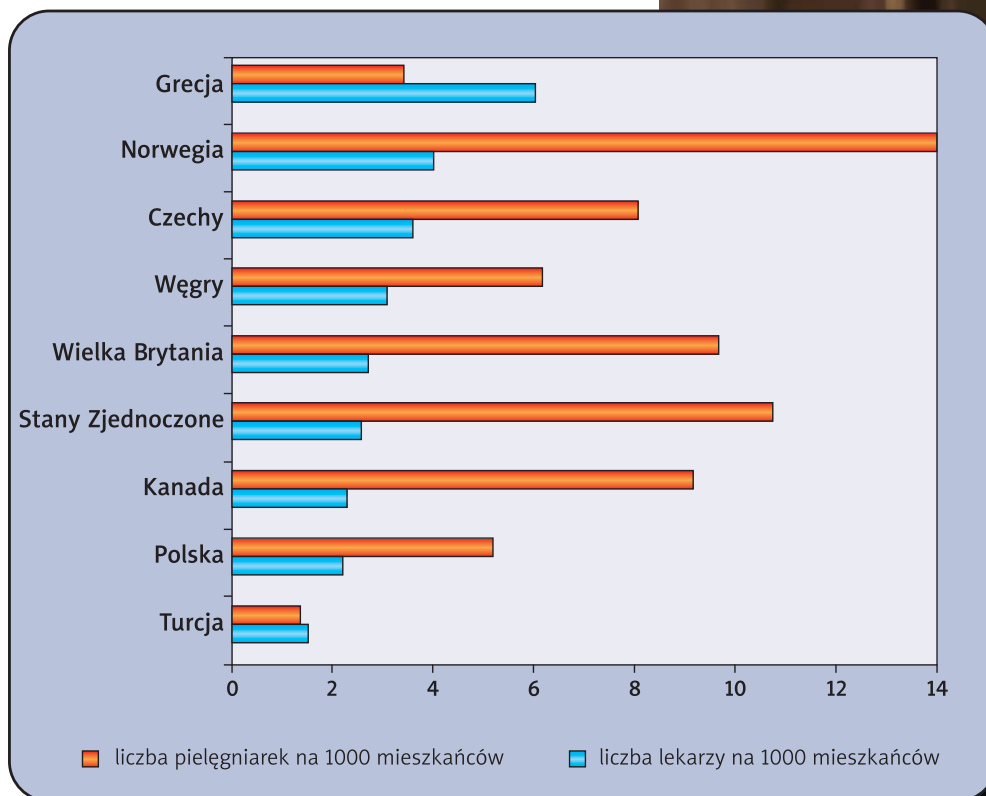
Liczba pracowników ochrony zdrowia w Polsce na 1000 mieszkańców jest jedną z niższych w Europie, ale ważniejszy wydaje się fakt, że stale maleje. Jeszcze w 2003 r. wskaźnik zatrudnienia lekarzy był w Polsce wyższy niż w Wielkiej Brytanii, USA czy Kanadzie.

**Tabela 1. Braki kadrowe w zakładach opieki zdrowotnej (ZOZ) w zestawieniu z rejestrowanym bezrobociem w zawodach: lekarz, lekarz dentyista, pielęgniarka i położna w Polsce w 2006 r.**

Zakres danych	lekarze	lekarze dentyści	pielęgniarki	położne
Braki kadrowe (wolne etaty w ZOZ)	4113	86	3229	312
Rejestrowane bezrobocie	389	103	4263	690

Źródło: Nosowska K, Wdowiak L: *Migracja lekarzy, pielęgniarek i położnych do pracy za granicą po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej*, *Medycyna Ogólna*, 2006, 12 (3-4), s. 136

Ryc. 2. Liczba lekarzy i pielęgniarek na 1000 mieszkańców w wybranych krajach OECD w 2008 r.



Nadmierny odpływ personelu medycznego może mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia także ze względu na pogarszającą się niekorzystną strukturę demograficzną w tej grupie zawodowej. Według Jerzego Fredriggera, przewodniczącego Krakowskiej Izby Lekarskiej, Polska zaczyna się borykać z problemem luki pokoleniowej wśród pracowników ochrony zdrowia [25]. Wśród 126 337 lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu ponad 23 000 przekroczyło wiek emerytalny, a w przedziale wiekowym między 55. a 64. rokiem życia jest około 18 000 specjalistów. Lekarzy, którzy nie ukończyli 35 lat, jest niespełna 12 000 [4]. Równie niekorzystna jest struktura wiekowa pielęgniarek. Według danych Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, w ostatnich kilku latach z pracy odeszło 1800 pielęgniarek, a przybyło jedynie 400 [9]. Rządowe Centrum Studiów Strategicznych prognozuje, że w 2010 r. niedobór pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia wyniesie około 61 000 osób [25].

### Lekarz emeryt

Z powodu starzenia się specjalistów kryzys dotyczący personelu medycznego będzie się nasilał we wszystkich krajach – zarówno dobrze, jak i słabiej roz-

winiętych. Dlatego nadmierna emigracja kadry medycznej stanowi poważne zagrożenie dla stabilności systemów ochrony zdrowia krajów wysyłających, jednocześnie jednak dla przyjmujących jest rozwiązaniem problemu niedoboru pracowników i zwiększających się oczekiwań pacjentów.

Najwyższy wskaźnik zatrudniania lekarzy spoza ojczystego kraju ma Nowa Zelandia – prawie 39 proc. aktywnych zawodowo lekarzy to specjaliści napływowi. Najwyższy wskaźnik zatrudnienia imigrantów na stanowisku pielęgniarki w 2008 r. odnotowano zaś w Irlandii – z danych OECD wynika, że co druga pracująca tam pielęgniarka pochodzi z innego kraju [27].

Największy potencjał migracyjny mają ludzie młodzi, dlatego imigracja wpływa na odmłodzenie kadry medycznej w kraju przyjmującym. Napływ młodych ludzi podejmujących legalną pracę korzystnie wpływa ponadto na sytuację ekonomiczną kraju imigracji. Na przykład w 2005 r. w Wielkiej Brytanii wkład pracy imigrantów oszacowano na 3 mld euro. Dzięki pracy obcokrajowców brytyjski urząd skarbowy uzyskał dodatkowe wpływy z podatków w wysokości 435 mln funtów [13]. Zyski z imigracji przekładają się bezpośrednio na zasilenie systemu świadczeń emerytalnych, który w krajach o dużym odsetku ludzi starszych



foto: Shutterstock

i niskim przyroście naturalnym jest zagrożony destabilizacją.

Widocznym efektem emigracji dla kraju wysyłającego jest stały wzrost wpływów z transferów zagranicznych [10]. Według ustaleń Banku Światowego, Polska znalazła się wśród 10 krajów (z 99 analizowanych) o największych transferach pieniężnych pochodzących od emigrantów. Przekazy z zagranicy przyczyniają się do rozwoju sektora bankowego w kraju [13]. Polacy pracujący na obczyźnie często przesyłają pieniądze do kraju pochodzenia w celu wsparcia materialnego rodziny. Inwestując zarobione fundusze w ojczyźnie, przyczyniają się do rozwoju gospodarczego kraju.

### Lekarz za 310 tys. zł

Niewątpliwie negatywnym skutkiem emigracji stałych dla kraju wysyłającego jest odpływ pieniędzy związany z kosztami poniesionymi na edukację. Kształcenie na uczelniach medycznych jest jednym z najdłuższych i najdroższych. Szacuje się, że w Polsce koszt wykształcenia lekarza (do poziomu specjalisty) wynosi 310 000 zł [14], a w Wielkiej Brytanii ponad 250 000 funtów [2]. Z kolei Bank Światowy szacuje, że emigrujący z Afryki pracownik ochrony zdrowia to oszczędność 184 000 USD, które musiałyby zostać

przeznaczone na wykształcenie go w kraju rozwiniętym. Najbardziej jaskrawym przykładem nadmiernej emigracji młodych pracowników ochrony zdrowia jest Afryka subsaharyjska. Od 2000 r. niemal 16 000 afrykańskich pielęgniarek podjęło pracę tylko w Wielkiej Brytanii. W Zambii praktykuje zaledwie 50 z 600 wykształconych w tym kraju lekarzy. Równie dramatyczna jest sytuacja w Zimbabwie, skąd wyjechało ponad 80 proc. lekarzy, pielęgniarek i terapeutów, którzy ukończyli wydział medyczny Uniwersytetu Zimbabwe po 1980 r. [24].

### Odptyw wiedzy

Emigracja zewnętrzna specjalisty wiąże się nie tylko z kosztami poniesionymi na kształcenie, ale także z odpływem wiedzy i umiejętności. Migrację wysoko wykwalifikowanych specjalistów określa się terminem *brain drain* (nie ma on polskiego odpowiednika w pełni oddającego jego treść, najbliższy znaczeniowo byłby „drenaż mózgow”) [6, 11, 14].

„ W Zambii praktykuje jedynie 50 na 600 lekarzy tam wykształconych ”

Szczególnie niekorzystnym zjawiskiem jest także degradacja kapitału ludzkiego poprzez zatrudnianie pracowników ochrony zdrowia do pracy niewymagającej posiadanych umiejętności i wiedzy. Z tego typu sytuacją borykają się kraje Europy Środkowej i Wschodniej (w tym Polska), których obywatele podejmują pracę zarobkową w drugorzędnych sektorach gospodarek zachodniej Europy [12]. Młodzi lekarze i pielęgniarki wyjeżdżający za granicę często nie podejmują pracy na samodzielnych stanowiskach w sektorze ochrony zdrowia, a jedynie pełnią funkcję pomocy czy instrumentariuszy.

Optymalną sytuacją w migracji osób wysoko wykwalifikowanych zarówno dla kraju wysyłającego, jak i przyjmującego jest tzw. wymiana mózgow (*brain exchange*). Istotą tego zjawiska jest zatrudnienie emigranta na stanowisku i w zawodzie zgodnym z jego kwalifikacjami.

### Korzystna emigracja

Emigracja pracowników ochrony zdrowia, według Diallo, może dać znaczące korzyści tylko wtedy, kiedy osoby opuszczające kraj zdecydują się na powrót do ojczyzny (migracja czasowa). Nowe doświadczenia i kwalifikacje zdobyte podczas pracy za granicą są bar-

dzo cenne dla rozwoju rodzimego systemu opieki zdrowotnej oraz wzrostu jakości opieki nad pacjentem. Ponadto reemigrujący pracownik zdobytą wiedzę i umiejętnościami dzieli się ze swoimi współpracownikami. Dopóki jednak pracownicy ochrony zdrowia pracują poza granicami swojej ojczyzny, z ich potencjału korzystają kraje przyjmujące.

W dobie globalizacji migracje są zjawiskiem naturalnym i nieuniknionym [15]. Podobnie jak inne procesy zachodzące na rynku pracy, mają skutki zarówno pozytywne, jak i negatywne. Warunkiem przeważania korzyści nad kosztami wynikającymi z emigracji pracowników jest dążenie państwa do stworzenia odpowiednich warunków gospodarowania posiadanymi zasobami ludzkimi.

Migracja pracowników ochrony zdrowia rozważana jest głównie z perspektywy negatywnego wpływu na kraj wysyłający. Odpowiedzialne zarządzanie migracją może przynieść pozytywne skutki zarówno krajom pochodzenia, jak i krajom przyjmującym. Komisja Spraw Społecznych i Środowiska na Wspólnym Zgromadzeniu Parlamentarnym AKP i UE przypomina jednak, że „korzyści z odpowiednio zarządzanej międzynarodowej migracji mogą być ogromne, jednak stanie się to możliwe jedynie wtedy, gdy zarządzanie prowadzone będzie w duchu rzeczywistego partnerstwa na rzecz rozwoju – gdy kraje rozwijające się zre-

zygnują z polegania wyłącznie na zasobach zewnętrznych w celu łagodzenia wewnętrznych braków” [24].

## Ochrona kapitału intelektualnego

Tymczasem w dobie coraz dotkliwszego niedoboru kadry medycznej w Europie oraz wzrastającego zapotrzebowania związanego ze zmianami demograficznymi należy w polskiej polityce migracyjnej zwrócić baczniejszą uwagę na ochronę potencjału ludzkiego i intelektualnego. Nade wszystko trzeba jednak zadbać o stworzenie odpowiednich warunków pracy w polskim sektorze ochrony zdrowia, by dobrze wykwalifikowani pracownicy medyczni chcieli w kraju pozostać, a ci, którzy wyjechali, powrócić z emigracji.

Migracja pracowników ochrony zdrowia jest jednym z największych wyzwań systemów ochrony zdrowia w Europie. Przy odpowiedzialnej polityce migracyjnej korzyści wynikające z przemieszczania się lekarzy i pielęgniarek mogą być znaczne nie tylko dla kraju przyjmującego, ale i wysyłającego. Brak aktywnej polityki przeciwdziałającej nadmiernemu odpływowi kadry medycznej może skutkować nie tylko pogorszeniem kondycji sektora ochrony zdrowia w Polsce, ale także całego państwa.

*Agnieszka Wyrozębska*  
Autorka jest ekspertką Zakładu Zdrowia Publicznego  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

## Piśmiennictwo

1. Austen A, Frączkiewicz-Wronka A, Majowska M: Odptyw profesjonalistów medycznych – postulowane narzędzia jego ograniczenia. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi 2(61)/08.
2. Bach S: International migration of health Workers: Labor and social issues, International Labor Office, Geneva, July 2003.
3. Balicki J, Frączak E, Nam C.H: Przemiany ludnościowe. Fakty – interpretacje – opinie, Wydawnictwo UKSW w Warszawie, Warszawa 2007
4. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2008, Warszawa 2008
5. Buczkowska B: Pielęgniarki czy dziewczynki na posyłki, Menedżer Zdrowia 2009, 6.
6. Cervantes MT, Guellec D: The brain drain: Old myths, new realities, ECD Observer No.230, January 2002.
7. Cywiński P: O weterynarza łatwiej niż o doktora, Menedżer Zdrowia 2010, 3.
8. Diallo K: Data on the migration of health – care Workers: sources, uses and challenges. Biuletyn of the World Health Organization 2004, 82 (8).
9. Domagała A: Problemy płacowe i emigracja zarobkowa polskich lekarzy i pielęgniarek, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, Instytut Zdrowia Publicznego Wydziału Ochrony Zdrowia UJ CM 2006, 4 (2).
10. Iglicka K, Ziółek M: Czy naprawdę powroty??? Biuletyn Migracyjny 2008, 19.
11. Kaczmarczyk P, Okólski M: Migracje specjalistów wysokiej klasy w kontekście członkostwa Polski w Unii Europejskiej, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej. Departament Analiz i Strategii, Warszawa 2005.
12. Kaczmarczyk P, Tyrowicz J: Migracje osób z wysokimi kwalifikacjami, Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa, styczeń 2008.
13. Kłos B: Migracje zarobkowe Polaków do krajów Unii Europejskiej, Infos. Biuro Analiz Sejmowych 2006, 2.
14. Krajewski-Siuda K: Prognoza skali emigracji lekarzy z Polski, Bytom 2008.
15. Maniak G, Nowak-Lewandowska R: Wybrane aspekty emigracji zarobkowych i ich konsekwencje dla rynku pracy w Polsce po 1 maja 2004 roku. W: Bezrobocie we współczesnych gospodarkach rynkowych, red. Danuta Kopycińska, Katedra Mikroekonomii Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2006.
16. Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej. Raport z realizacji programu w 2006.
17. Nosowska K, Wdowiak L: Migracja lekarzy, pielęgniarek i położnych do pracy za granicą po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej, Medycyna Ogólna 2006, 12 (3-4).
18. Pittman P, Aiken LH, Buchan J: International Migration of Nurses: Introduction, Health Services Research 2007, 42 (3).
19. Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 r. GUS Warszawa 2008.
20. Radkiewicz P, Widerszal- Bazyl M, Pokorski J, Ogińska H, Pietsch E: Dlaczego pielęgniarki wcześniej odchodzą z zawodu? Bezpieczeństwo Pracy 2004, 7-8.
21. Sakson B: Wpływ „niewidzialnych” migracji zagranicznych lat osiemdziesiątych na strukturę demograficzną Polski, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2007.
22. Wardyn Ł: Polska-Unia. Orzecznictwo Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości. Czy czas pełnienia dyżuru wlicza się do czasu pracy? Gazeta Prawna 2003; 222(1078):15.
23. Wdowiak L, Mielniczuk P, Kwiatosz-Muc M, Gruszczyk A, Muc K: Emigracja czy praca naukowa? Plany na przyszłość studentów medycyny i lekarzy stażystów, Medycyna Ogólna 2007, 13(2).
24. Webster S, Morgantini L: Wspólne zgromadzenie parlamentarne AKP-UE, Sprawozdanie w sprawie migracji wykwalifikowanych pracowników i jej konsekwencji dla rozwoju krajowego, Komisja Spraw Społecznych i Środowiska, 08.03.2007.
25. Wojtaczek J: Pięć lat bez lekarzy, Menedżer Zdrowia 2009; 5.
26. Working together for health. The World Health Report, Geneva 2006.
27. www.oecd.org, dost 01.08.2010.
28. www.rynekzdrowia.pl/Zdrowie-publiczne/Mieszkancow-wsi-przybywa-w-przeciwieństwie-do-lekarzy, dost 27.05.2010.
29. Wyrozębska A, Matysiak A, Tatarska T: Emigracja polskich pracowników ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem Wielkiej Brytanii, Zdrowie Publiczne 2009; 119(2).