

Migracje lekarzy za granicę w PRL na przykładzie absolwentów Śląskiej Akademii Medycznej

Migration of physicians in the Polish People's Republic on the example of graduates of the Silesian Academy of Medicine

Edmund Anczyk

Zakład Polityki Zdrowotnej
Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego
Dyrektor: dr hab. n. med. R. Złotkowska

STRESZCZENIE

Artykuł stanowi analizę historii migracji absolwentów Śląskiej Akademii Medycznej, Wydział Lekarski, rocznik 1974. Spośród absolwentów otrzymujących dyplom lekarski wybrano grupę osób, która zdecydowała się na wyjazd i pracę za granicę. Z przeprowadzonej analizy wynika, że była to grupa znaczna ilościowo, a także że migrowali za granicę lekarze wysoko wykształceni – specjaliści. Niniejsze opracowanie wskazuje na fakt, że metaforycznie ujęty „drenaż mózgow”, rozumiany jako odpływ kadry specjalistycznej z kraju, ma dłużą historię niż otwarcie granic po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej, oraz że procesy migracji kadry lekarskiej mają już w naszym kraju swoistą tradycję zawodową. Wskazuje również na fakt, że w ramach kształtowania polityki zdrowotnej i kształcenia kadry lekarskiej należy zwrócić szczególną uwagę na zapewnienie odpowiednich warunków pracy i rozwoju absolwentów kierunków lekarskich, celem utrzymania ich zainteresowania podjęciem pracy zawodowej w Polsce.

Słowa kluczowe: migracje w PRL, migracje w służbie zdrowia, migracje lekarzy

ABSTRACT

This article presents an analysis of the migration history of graduates of the Silesian Academy of Medicine, Faculty of Medicine. Among graduates who received MD in the year 1974, a group of people who left Poland to work abroad were selected for the analysis. The study showed that they formed a significant group both in quantitative and qualitative terms (as many of the migrants were highly specialized professionals with clinical and academic experience). The present study points to the fact that the metaphor of “brain drain” of the Eastern European countries, understood as the outflow of specialist staff from the home country, has a longer history than the opening of the EU market for job opportunities after Poland's accession, and that emigration of medical staff has some tradition in our country. The study also points out that, in shaping the Polish health policy and training medical staff, special attention should be paid to ensuring appropriate working conditions for graduates of medical studies in order to maintain their interest in working in Poland.

Keywords: Polish People's Republic migration, health-care migration, migrating doctors

WSTĘP

Wędrówka ludności, w wyniku której następuje zmiana miejsca pobytu, nazywana jest migracją. Jest to zjawisko naturalne, występujące w każdym czasie historycznym. Okresowe zwiększenie migracji może być wynikiem pogorszenia się sytuacji ekonomicznej lub związane może to być również z sytuacją polityczną w kraju. Stąd mamy migrację ekonomiczną lub polityczną, przyczyną mogą być również obydwa wspomniane czynniki. Migracje możemy zróżnicować ze względu na zasięg, czas trwania i formy migracji. Pod względem zasięgu wyróżnić można migrację wewnętrzną i zewnętrzną, pod względem czasu – czasowe i trwałe. Cel migracji może być zarobkowo-ekonomiczny, polityczny, turystyczny czy osobisty. Ze względu na formę, migracje dzielimy na emigrację, imigrację, reemigrację, uchodźstwo, ewakuację, repatriację, przesiedlenie i deportację. Czynnikiem wpływającym na migrację ludności jest wiele. Wśród nich odnaleźć można czynniki wypychające – najczęściej dużą rolę grają czynniki ekonomiczne, związane z poprawą bytowania oraz czynnik polityczny. Czynniki przyciągające to wyższy standard życia, lepsza jego organizacja i bezpieczeństwo. W migracji napotykamy również na przeszkody np. bariery polityczne (zakaz wyjazdu lub zakaz możliwości powrotu), językowe, kulturowe i infrastrukturalne (np. słaby rozwój mieszkalnictwa).

Na świecie spotykamy wiele modeli migracji. Model klasyczny, który zachęca do przyjazdu do danego kraju (np. gwarancją obywatelstwa), stosowany był np. w USA, Kanadzie i Australii. W modelu kolonialnym migruje się z dawnych kolonii do krajów kolonizatorskich (np. Wielka Brytania). Innym modelem jest tzw. model gastarbeiterów, kiedy kraj przyjmujący pomimo długiego pobytu, długotrwale rozważa przydzielenie obywatelstwa (głównym zadaniem migrantów ma być praca, rozumiana czasowo), który funkcjonował np. w Niemczech, Szwajcarii czy Belgii. Obok tych modeli funkcjonuje również model migracji nielegalnej. We wszystkich wspomnianych modelach funkcjonują również lekarze-migranci oraz przedstawiciele innych profesji medycznych, których migracje są przedmiotem zainteresowania polityki zdrowotnej [1].

Nowe tendencje w procesach migracyjnych to przede wszystkim ich nasilenie, zróżnicowanie motywów, globalizacja procesów migracyjnych i feminizacja. Nowe trendy migracji pojawiły się w Europie po zakończeniu Zimnej Wojny, kiedy nastąpił

rozwój migracji zarobkowych, a migracje polityczne i klasyczne straciły na znaczeniu. Przedmiotem niniejszego opracowania jest migracja zewnętrzna, trwała, najczęściej zarobkowa (ekonomiczna), która przez władze Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej była traktowana również jako polityczna, niejednokrotnie bez prawa powrotu. Ze względu na bariery językowe, jednym z elementów pozwalających na migracje były kontakty rodzinne. Ten okres migracji można by nazwać metaforycznie „drenażem mózgów” [2, 3, 4] – Polska traciła przez emigrację pracowników wysoko wykwalifikowanych, których wykształcenie finansowała, a zdobyte przez emigrantów doświadczenie i dodatkowe kwalifikacje nie mogły być wykorzystywane w Polsce.

Powodów, z których lekarze, uzyskawszy dyplom i uprawnienia do wykonywania zawodu, decydują się na podjęcie pracy za granicą było i jest wiele, spośród których najistotniejszą rolę grają powody związane z kreowaniem własnej kariery zawodowej (w tym istotne kwestie wyższych zarobków) oraz osobiste np. powiązania rodzinne. Wraz z zmieniającymi się warunkami w Polsce, zmieniają się również powody emigracji. Wiele innych przyczyn towarzyszyło wyjazdowi lekarzom w okresie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, niż dzisiaj, w czasach otwartych granic i możliwości podjęcia pracy praktycznie w całej Unii Europejskiej. Niniejszy artykuł stanowi swoiste studium przypadku – jest analizą losów absolwentów Śląskiej Akademii Medycznej, którzy ukończyli studia na Wydziale Lekarskim w 1974 r., a potem zdecydowali się na wyjazd do pracy za granicę kraju.

ANALIZOWANA PRÓBA

Przedmiotem analizy były dane biograficzne absolwentów Śląskiej Akademii Medycznej (rocznik 1974) uzupełnione o wywiady przeprowadzone z wybranymi respondentami. W 1974 r. kierunek lekarski na Śląskiej Akademii Medycznej ukończyły 342 osoby (na podstawie wydanych dyplomów), z czego 220 osób zgłosiło swoje biogramy do książki pamiątkowej redagowanej przez prof. Eugeniusza Kucharza (ponad 50 absolwentów tego rocznika zmarło, stąd brak jest informacji na ich temat). Spośród biogramów wybrano absolwentów, którzy na różnych etapach kariery, wyemigrowali za granicę. W analizę szczególną uwagę zwrócono na przebieg kariery zawodowej w Polsce oraz na dalsze losy kariery zawodowej za granicą. Rezultaty analizy prezentuje tabela I.

Tabela I. Lekarze-migranci: absolwenci Śląskiej Akademii Medycznej, rocznik 1974 (n = 39)

Table I. Physicians-migrants: the 1974 graduates of the Silesian Academy of Medicine (n = 39)

Lp.	Kod	Płeć	Rok wyjazdu	Rok powrotu	Kraj wyjazdu	Kariera w Polsce	Kariera w kraju przyjmującym
1.	K64	K	1988	–	Niemcy	Praca w szpitalu w Częstochowie specjalizacja w medycynie pracy	Kontynuacja specjalizacji w medycynie pracy
2.	K64	K	2006	2009	Wielka Brytania	Patomorfologia Szpital uniwersytecki	Kontynuacja kariery – wykorzystanie kwalifikacji na emeryturze
3.	M64	M	1988	–	Niemcy	Klinika Ginekologii i Położnictwa Specjalizacja z ginekologii	Praca w zakresie ginekologii i psy- chiatrii. Powody polityczne i osobiste
4.	M64	M	1975	–	Niemcy	Nd.	Specjalizacja z chirurgii ogólnej i naczyniowej
5.	M64	M	1981	–	Niemcy	Specjalizacja z ortopedii Praca w szpitalu w Gliwicach	Specjalizacja z anestezjologii i intensywnej terapii. Akupunktura
6.	M65	M	1981	–	Niemcy	Specjalizacja z ortopedii Praca w szpitalu w Bytomiu	Specjalizacja z ortopedii
7.	K64	K	1980	–	Niemcy	Klinika Chirurgii ŚIAM Specjalizacja w chirurgii	Chirurgia ogólna, chirurgia plastyczna
8.	M64	M	1980	–	Niemcy	Klinika Torakochirurgii ŚIAM Specjalizacja w chirurgii	Chirurgia ogólna i naczyniowa
9.	M68	M	1979	–	Niemcy	Klinika Laryngologii ŚIAM w Zabrze	Laryngologia, stomatologia
10.	M64	M	1984	–	Niemcy	Szpital w Tarnowskich Górach Specjalizacja z torakochirurgii Doktorat 1984	Torakochirurgia Azyl polityczny
11.	K64	K	1984	–	Niemcy	Klinika Chorób Wewnętrznych ŚIAM Specjalizacja z chorób wewnętrznych	Choroby wewnętrzne. Zarządzanie medycyną (stomatologia)
12.	M64	M	1984	–	Niemcy	Klinika Chirurgii Szczękowej ŚIAM Specjalizacja w stomatologii	Stomatologia
13.	K64	K	Nd	Nd	USA	Okulistyka	Emerytura
14.	K64	K	1983	–	Niemcy	Pediatria	Pediatria
15.	M64	M	1982	–	Niemcy	Klinika Torakochirurgii Zabrze Specjalizacja w torakochirurgii	Chirurgia ogólna
16.	M64	M	1984	–	USA	Klinika Chorób Wewnętrznych ŚIAM w Zabrze. Specjalizacja z chorób wewnętrznych. Doktorat	Choroby wewnętrzne Praca naukowa
17.	M64	M	1980	–	Luksemburg	Laryngologia	Medycyna rodzinna
18.	M65	M	1981	–	USA	Klinika Torakochirurgii ŚIAM w Zabrze	Chirurgia Specjalizacja w anestezjologii
19.	M64	M	1984	–	Niemcy	Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Specjalizacja z ginekologii	Ginekologia
20.	K64	K	1982	–	Niemcy	Klinika Chorób Wewnętrznych ŚIAM w Zabrze	Choroby wewnętrzne Pulmonologia
21.	M64	M	1978	–	Niemcy	Szpital Wojskowy w Gliwicach	Chirurgia naczyniowa
22.	M64	M	1975	–	Włochy	Staż kliniczny	Immunologia, ginekologia
23.	M64	M	1989	–	Niemcy	Specjalizacja z ginekologii	Ginekologia i położnictwo
24.	M66	M	1989	1991	USA	–	–
25.	K64	K	1988	–	Niemcy	Klinika Neurologii ŚIAM Specjalizacja z neurologii. Doktorat	Neurologia

26.	K64	K	1981	-	Dania	Klinika Gastroenterologii ŚIAM Katowice. Specjalizacja. Doktorat 1980	Choroby wewnętrzne
27.	K64	K	1983	-	Maroko Niemcy Francja	Klinika Ginekologii i Położnictwa ŚIAM Katowice	Zdrowie publiczne
28.	M64	M	1979	-	Niemcy	Klinika Anestezjologii ŚIAM Katowice	Doktorat. Specjalizacja w ortopedii
29.	M65	M	1989	-	Niemcy	Szpital Miejski w Żorach	Chirurgia. Praca naukowa
30.	M64	M	1978	-	Niemcy	Szpital miejski w Gliwicach Specjalizacja w anestezjologii	Anestezjologia Ordynator
31.	K64	K	1978	-	Niemcy	Anestezjologia	-
32.	K64	K	1988	-	Niemcy	Okulistyka	Okulistyka. Zdrowie publiczne
33.	M64	M	1980	-	Niemcy	Ginekologia	Medycyna ogólna
34.	K64	K	1986	-	Czechy	-	Pochodzenie z Czech
35.	K65	K	1981	-	Niemcy	Specjalizacja z okulistyki	Okulistyka
36.	M65	M	1981	-	Niemcy	Ginekologia	Ginekologia i położnictwo Ordynator
37.	M65	M	1981	2011	Niemcy	Ginekologia	Ginekologia
38.	M65	M	1981	-	Maroko Kanada	Specjalizacja Doktorat	Medycyna rodzinna
39.	K64	K	1978	-	Austria	Szpital Miejski w Sosnowcu	-

Źródło: badania własne

Analizowana grupa lekarzy składa się w większości z osób, które w większości zakończyły już karierę zawodową. Osoby te w dużej mierze są już na emeryturach i pracują dodatkowo w niepełnym wymiarze czasu pracy, dlatego można porównać również kariery zawodowe lekarzy, którzy pracowali w kraju oraz tych, którzy emigrowali i całe swoje życie zawodowe spędzili na obczyźnie. Żaden z migrujących lekarzy nie dorobił się samodzielnego stopnia naukowego. Swoje życie zawodowe realizowali uzyskując specjalizację, która pozwalała im pracować w danym regionie, gdzie najczęściej był deficyt w tej dziedzinie medycyny. Dwóch lekarzy uzyskało stopień naukowy doktora (5,2% badanej populacji). W badanej próbie 14 osób opuściło kraj zostawiając pracę w klinice uniwersyteckiej, czyli w ośrodku naukowym o najwyższym stopniu referencyjności (35,9% badanej populacji). Kraj opuściło 7 ginekologów (17,9% badanej populacji), 6 chirurgów ogólnych (15,4% badanej populacji), 4 specjalistów chorób wewnętrznych (10,3% badanej populacji), 3 okulistów (7,7% badanej populacji), 2 ortopedów (5,2% badanej populacji), 2 laryngologów (5,2% badanej populacji), 2 anestezjologów (5,2% badanej populacji), 1 specjalista medycyny pracy (2,6% badanej populacji), 1 specjalista patomorfolog (2,6%

badanej populacji), 1 pediatra (2,6% badanej populacji), 7 osób bez specjalizacji (17,9% badanej populacji), 1 chirurg stomatolog (2,6% badanej populacji), 1 specjalista medycyny rodzinnej (2,6% badanej populacji) i w przypadku 1 osoby wystąpił brak danych (2,6% badanej populacji). Większość osób uzyskane w Polsce kwalifikacje zawodowe wykorzystywała w pracy na emigracji, pracując w charakterze lekarzy specjalistów.

Analizując powyższe dane można stwierdzić, że najczęściej, biorąc pod uwagę datę wyjazdu, migrowały osoby po uzyskaniu odpowiednich kwalifikacji zawodowych, a najczęstszym okresem wyjazdu był początek lat osiemdziesiątych (najczęściej 1982 rok), czyli w przedziale pięciu-dziesięciu lat od uzyskania dyplomu ukończenia studiów. Jeżeli chodzi o kraj docelowy migracji, to w powyższym zestawieniu przeważają Niemcy, jako kraj docelowy (ok. 90% migracji), co nie dziwi, ze względu na usytuowanie geograficzne Śląskiej Akademii Medycznej i wiążące się z nim zmienne (np. zależności rodzinne absolwentów, jak też możliwości podjęcia pracy w bliskim kraju ościennym). Współczynnik migracji absolwentów tego rocznika ŚIAM był dosyć wysoki – 39 osób w badanej próbie (220 osób) wyemigrowało, aby pracować za granicą, co stanowi 17,7%.

Zważając na ograniczone, w porównaniu z dzisiejszymi realiami, możliwości zawodowej mobilności w czasach PRL jest to liczba znacząca.

Warto zauważyć, że wykształcenie i kwalifikacje migrantów w wielu przypadkach były bardzo wysokie. Wielu z nich pracowało w szpitalach klinicznych, prowadziło badania naukowe i rozpoczynało swoje kariery zawodowe w ośrodkach o charakterze uniwersyteckim. To spostrzeżenie świadczy o tym, że odpływ medycznej kadry specjalistycznej do krajów Europy Zachodniej nie jest zjawiskiem nowym, nie mniej współcześnie może być niepokojące [7]. Możliwość pracy w wiodących ośrodkach medycznych, pracy na nowoczesnym sprzęcie, oraz – jeśli nie przede wszystkim – lepsze warunki ekonomiczne, stanowiły istotny motywator wyjazdu zagranicznego również w czasach PRL.

DYSKUSJA I WNIOSKI

Analizowany okres obejmuje sytuację, kiedy w Europie istniała Żelazna Kurtyna, co było związane z ograniczeniem wyjazdów zagranicznych obywateli bloku wschodniego. Każdy obywatel chcący wyjechać za granicę do krajów zachodnich każdorazowo musiał starać się o paszport uprawniający do przekroczenia granicy, niezależnie od tego czy był to wyjazd turystyczny czy służbowy. Po każdym powrocie należało oddać paszport w biurach paszportowych. Dotyczyło to również lekarzy, którzy wyjeżdżali na konferencje naukowe lub trudno dostępne staże naukowe. Staże naukowe mogli otrzymać tylko lekarze, co do których powrotu do kraju nie było wątpliwości, „darzeni sympatią” przez władze, lub korzystający z nieformalnych znajomości. Władza brała pod uwagę staż pracy w Polsce po ukończonych studiach przy zgodzie na wydanie paszportu i wyjazd. Najczęściej lekarz musiał odpracować w Polsce minimum 6-8 lat, aby mógł ubiegać się o wyjazd do krajów zachodnich. Brano pod uwagę koszty wykształcenia lekarza. Była również możliwość wpłacenia kaucji za studia przy wyjeździe, ale były to zgody raczej sporadyczne. Osoby, które zgłaszały akces wyjazdu były czasami pozbawiane dobrej pracy np. w klinice czy szpitalu, musieli pracować za niższe wynagrodzenie w pogotowiu czy przychodniach żeby utrzymać się. Szczególnie trudny był wyjazd całą rodziną do Europy Zachodniej. Częściej zezwalano na wyjazdy pojedyncze i jeżeli ktoś pozostał w kraju zachodnim, to utrudniano przyjazd rodziny. Władza stosowała te metody aby skutecznie utrudnić opuszczenie kraju przez wykształconego lekarza. Dlatego emigracja

odbywała się również poprzez wyjazdy turystyczne, niezwiązane z wyjazdem docelowym, do strefy państw mniej kojarzących się z podjęciem pracy, np. Grecji, Jugosławii. Na przykład wycieczka do Grecji mogła owocować w ostateczności podróżą do Niemiec (RFN) w celach zarobkowych.

Z tego względu, że już wtedy w Europie Zachodniej zaznaczał się deficyt lekarzy, szczególnie na prowincji i terenach poza wielkimi miastami, dość łatwo można było znaleźć zatrudnienie w zawodzie. Oczywiście wymagane wielokrotnie było nostryfikowanie dyplomu oraz znajomość języka. Niekiedy dyplom ze Śląskiej Akademii Medycznej był szybciej uznawalny na terenie Niemiec i lekarz otrzymywał prawo wykonywania zawodu. Dodatkowym elementem, a niekiedy decydującym, były powiązania rodzinne z okresu przed II Wojną Światową. Niewątpliwie rodzina mieszkająca na stałe w RFN umożliwiała szybszą adaptację i szybsze uzyskanie prawa do wykonywania zawodu. Ma to związek z faktem, że ponad 90% badanych lekarzy wyemigrowało do Niemiec. Z analizy biogramów lekarzy-migrantów wynika, że rzeczywiście łatwiej można było dostać pracę na prowincji oraz w specjalizacjach deficytowych. Należy podkreślić, że w kraju w analizowanym okresie w przedstawionej grupie lekarzy migrantów ze Śląskiej Akademii Medycznej, większość pracowała w szpitalach klinicznych, w których zdawali specjalizację np. z ginekologii i położnictwa, chirurgii ogólnej, torakochirurgii, chorób wewnętrznych. Część osób uzyskała stopień doktora nauk medycznych. Reasumujący stanowili grupę wysoko wykwalifikowanych specjalistów, bardzo przydatnych zarówno w kraju macierzystym, jak i w kraju do którego migrowali, stąd też można ich kwalifikować tej grupy migrantów [8, 9]. Nie mniej jednak, w części przypadków musieli, zważając na warunki pracy, dokonać częściowego bądź całościowego przekwalifikowania. Lekarze emigrujący z Polski przyjmowali propozycje pracy, ze względu na to, że często nie było możliwości powrotu do kraju. Niezależnie od tego ich status ekonomiczny i społeczny oraz warunki pracy były znacznie wyższe niż w Polsce. Lekarze ci przepracowali ponad trzydzieści lat w dobrych warunkach, pracując na dobrym wyposażeniu, często też w placówkach lepiej zorganizowanych. Ich status materialny w porównaniu do innych zawodów uprawianych przez współobywateli krajów do których migrowali był znacznie wyższy. Lekarze migranci, którzy poświęcali również dużo czasu na pracę jak lekarze niemieccy szybko awansowali. Być może lekarze z Polski wypełniali również luki kadrowe w specjalizacjach w Niemczech.

PIŚMIENICTWO

- [1] Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu do Unii Europejskiej (2006), <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr&ms&cml=pl&mi=565&mx=0&ma=7876>
- [2] Kangasniemi M., Winters L.A., Commander S.: Is the medical brain drain beneficial? Evidence from overseas doctors in the UK, „Social Science & Medicine”, 2007; 65(5): 915–923.
- [3] Pang T, Lansang M.A., Haines A.: Brain drain and health professionals, British Medical Journal, 2002; 324: 499–500.
- [4] Okeke E.N.: Brain drain: Do economic conditions “push” doctors out of developing countries?, Social Science & Medicine, 2013; 98: 169–178.
- [5] Murdoch A., Emigracja lekarzy z Polski, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2011.
- [6] Andrejuk K.: Migracja lekarzy czy migracja, aby zostać lekarzem? Kraje pochodzenia i trajektorie kariery cudzoziemskiej kadry medycznej w Polsce, Studia Migracyjne – Przegląd Polonijny, 2015: 133-160.
- [7] Makulec A.: Konsekwencje migracji wysoko wykwalifikowanego kapitału ludzkiego dla krajów wysyłających i migrantów na przykładzie personelu medycznego, Ośrodek Badań nad Migracjami UW, Warszawa 2013.
- [8] Kaczmarczyk P., Tyrowicz J.: Migracje osób z wysokimi kwalifikacjami, Warszawa: Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych, 2008: 1-14.
- [9] Kautsch M.: Migracje personelu medycznego i ich skutki dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2013; 11(2): 169–179.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Edmund Anczyk

*Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego
ul. Kościelna 13, 41-200 Sosnowiec*

