

# PROBLEM MIGRACJI POLSKIEJ KADRY MEDYCZNEJ

Joanna Leśniowska

Doktorantka w Szkole Głównej Handlowej

## WSTĘP

W ostatnich latach na całym świecie nasila się zjawisko migracji profesjonalistów z dziedziny medycyny. W niektórych krajach starzeniu się społeczeństw towarzyszy starzenie się kadr medycznych. Młodzi w bogatych krajach nie chcą podejmować trudnych studiów, gdyż kariera w medycynie związana jest z koniecznością ustawicznego kształcenia i wymaga ogromnej odpowiedzialności. Bogate kraje niedobory kadrowe uzupełniają imigrantami z innych krajów, proponując im większe zarobki i lepsze warunki

pracy. Dla emigrujących lekarzy i pielęgniarek jest to duża szansa, ale dla państw drenowanych z wykształconych kadr – zagrożenie pogorszenia i tak trudnej sytuacji w ich służbie zdrowia. Przed takim zagrożeniem stoi również służba zdrowia w Polsce.

## PRZYCZYNY MIGRACJI

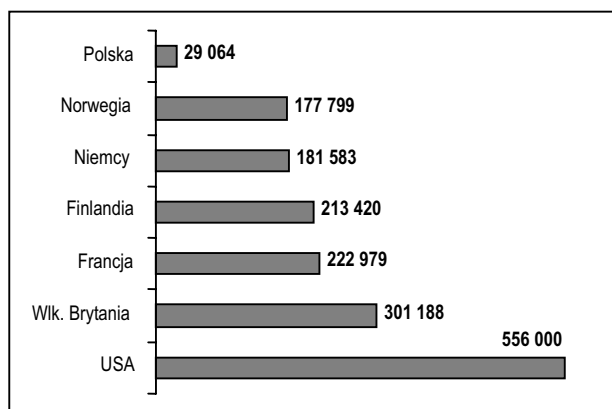
W ciągu ostatnich lat możemy obserwować nasilenie się zjawiska *exodusu* polskich lekarzy i pielęgniarek za granicę. Na stronach internetowych pojawia się coraz więcej ofert lekarzy, farmaceutów i pielęgni

niarek poszukujących pracy za granicą. Są to oferty zarówno osób doświadczonych, jak i tych, którzy niedawno ukończyli studia i właśnie odbywają staż. Jakie są główne przyczyny emigracji polskiej kadry medycznej?

Według osób ubiegających się o pracę za granicą zachodni pracodawcy oferują znacznie lepsze warunki prac. Za granicą można dodatkowo zrobić specjalizację zgodną z własnymi zainteresowaniami. W Polsce nie ma tak szerokiej możliwości specjalizowania się w dowolnej dziedzinie. Lekarzy z dyplomami skłaniają do wyjazdu właśnie trudności w dostępie do specjalizacji. Ponad połowa absolwentów stażu podyplomowego, czyli około tysiąc lekarzy rocznie, jest pozbawiona możliwości wchodzenia na drogę specjalizacji. Jest to spowodowane zjawiskiem nepotyzmu, które jest szczególnie nasilone w przypadku następujących specjalizacji: interna, chirurgia i ginekologia<sup>1</sup>.

Dodatkowym atutem pracy za granicą są zarobki. W Polsce lekarze, aby zarobić na utrzymanie rodziny, bardzo często muszą pracować ponad 70 godzin w tygodniu. Skutkiem tego jest całkowity brak czasu dla rodziny. Doktor Kijak, anestezjolog z 25-letnim stażem pracy, pracując w białostockiej klinice 250 godzin miesięcznie (etat – 170 godzin oraz dyżury) zarabia miesięcznie 2600 zł netto. Natomiast młody lekarz na etacie otrzymuje tyle, ile sprzątaczką (750 zł netto, bez dyżurów)<sup>2</sup>. Wielu lekarzy z II stopniem specjalizacji za tydzień pracy w szpitalu po 8 godzin otrzymuje 310 zł netto. Tymczasem płace w państwach Europy Zachodniej są nieporównywalnie wyższe (patrz wykres 1).

Wykres 1. Płace lekarzy w wybranych krajach (średnie roczne wynagrodzenie lekarzy w zł)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie A. Kozierkiewicz, *System wartościowania pracy lekarzy*, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2003.

Duńczycy proponują lekarzom 30 tys. zł miesięcznie brutto za 37 godzin pracy tygodniowo. Po opłaceniu podatków połowa tej kwoty zostaje lekarzom w kieszeni. W porównaniu z płacą w Polsce są to znakomite warunki<sup>3</sup>. W Wielkiej Brytanii na stażu lekarz zarabia ok. 20 tys. funtów rocznie, a po 3–4 latach pracy jego zarobki mogą wzrosnąć do 35 tys. W przypadku lekarzy rodzinnych kwoty są większe. Minimum, którego może się spodziewać lekarz rodzinny, to nawet 50–60 tys. funtów rocznie. Natomiast wynagrodzenie doświadczonego lekarza szpitalnego wynosi ok. 80 tys. funtów rocznie. Dodatkowo może on pracować prywatnie<sup>4</sup>.

Oprócz niskich płac, do wyjazdów kadry medycznej przyczynia się również fakt, że polskie placówki medyczne – zwłaszcza szpitale – zmagają się z problemami technicznymi oraz sanitarnymi. Nie ma dobrego zabezpieczenia logistycznego pracy (brak leków i sprzętu, przestarzała aparatura medyczna, zdekapitalizowany sprzęt administracyjno-biurowy). Też o degradowaniu się zawodu lekarza i złych warunkach pracy potwierdza wypowiedź lekarza radiologa z Warszawy na łamach „Gazety Lekarskiej”. Mówi on: *Interesuję się wyjazdem do Norwegii, ponieważ szukam warunków rozwoju. Chciałbym się habilitować. Pragnę połączyć pracę z rozwojem zawodowym. W Warszawie takich możliwości nie mam. I nie sądzę, żeby się pojawiły. Sprzęt, na którym pracuję ulega degradacji. Tym samym jakość badań jest coraz gorsza. W moim przypadku jest to szczególnie ważne, gdyż jestem diagnostą radiologiem*<sup>5</sup>.

Kolejnym powodem migracji polskiej kadry medycznej jest brak systemu odpisów podatkowych wydatków na doksztalcanie się zarówno specjalistyczne, jak i obowiązkowe wszechstronne rozwoju. Dr n. med. Katarzyna Kucharska ma 33 lata, jest psychiatrą z II stopniem specjalizacji, a od września 2004 r. pracuje jako tzw. consultant w szpitalu w Cardiff w Walii. W Polsce jej głównym problemem był brak możliwości wyjazdów na konferencje. W Cardiff nie ma z tym żadnych problemów formalnych ani finansowych, ponieważ posiada fundusz wyjazdowy i może spokojnie jeździć na szkolenia<sup>6</sup>.

Nie mniej ważnym powodem emigracji lekarzy jest fakt, iż w niewydolnej polskiej służbie zdrowia lekarz często musi podejmować trudne decyzje i wybierać między dobrem chorego, a bytem placówki medycznej, w której jest zatrudniony.

Wśród przyczyn migracji pielęgniarek dominują motywy ekonomiczne. Pielęgniarka, która w Polsce zarabia średnio 1100 zł miesięcznie, we Włoszech może zarobić tyle samo, ale w euro. W Niemczech pensja pielęgniarek wynosi około 2 tys. euro, a w USA nawet 3,5 tys. dolarów. Jednak pieniądze to nie jedyny powód częstych wyjazdów polskich pielęgniarek. Równie ważną przyczyną ich migracji jest zbyt nierówny status lekarza i pielęgniarki w polskich szpitalach. W USA i w krajach Europy Zachodniej pielęgniarki cieszą się prestiżem.

Zatem pielęgniarki, decydując się na wyjazd, mogą liczyć nie tylko na poprawę warunków pracy, ale także podnieść swój prestiż w środowisku lekarskim.

## SKALA ZJAWISKA MIGRACJI

Niskie płace, coraz gorsze warunki pracy oraz brak pewności rozwoju zawodowego u absolwentów akademii medycznych sprawiają, że coraz więcej lekarzy wyjeżdża za granicę. Według różnych szacunków, w okresie transformacji ustrojowej (po 1989 r.) wyjechało z Polski ponad 20 tys. lekarzy<sup>7</sup>. Większość z nich to dobrze wykształceni fachowcy. Po przystąpieniu Polski do UE zjawisko emigracji jeszcze się nasiliło.

W najbliższych latach w krajach UE zwolni się nawet 60 tys. etatów tylko dla lekarzy. Zmienione zgodnie z unijną dyrektywą prawo pracy ograniczyło czas pracy medyków. Szacuje się, że tylko w Niemczech zabraknie od 16 do 25 tys. lekarzy, a w Anglii

i Szkocji – około 16 tys. Zwiększone zapotrzebowanie na kadrę medyczną wynika również ze starzenia się społeczeństwa. Według niektórych ekspertów Europa może potrzebować nawet 100 tys. lekarzy i pielęgniarek<sup>8</sup>.

Obecnie pracę polskim lekarzom proponują Niemcy, Irlandia, Holandia, Francja, Hiszpania, Norwegia, Dania oraz Szwecja. Potrzebują oni przede wszystkim anestezjologów, psychiatrów, lekarzy rodzinnych i pediatrów. Do Szwecji wyjeżdżają w większości lekarze ogólni albo rodzinni, do Danii – specjaliści. Duńczycy potrzebują do pracy w szpitalach przede wszystkim chirurgów, pediatrów, radiologów i anestezjologów. Duńscy pracodawcy chętnie finansują szkolenia i kursy przyjeżdżającym lekarzom. Pomagają także w znalezieniu pracy ich rodzinom.

Przedunijne sondaże o lekarzach chętnych do wyjazdu z kraju były alarmujące. Jaka jest rzeczywista skala migracji po wstąpieniu naszego kraju do UE?

Naczelna Izba Lekarska twierdzi, że od momentu akcesji około 4 tys. lekarzy zgłosiło się do okręgowych izb lekarskich po komplet dokumentów niezbędnych do ubiegania się o pracę za granicą. Jednak wiele wskazuje na to, że nikt nie wie, jaka jest rzeczywista skala zainteresowania lekarzy migracją zarobkową. Źródłem wiedzy o emigracyjnych planach lekarzy mogą być statystyki okręgowych izb lekarskich, które wydają lekarzom zaświadczenia wymagane przez unijnych pracodawców. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Konstanty Radziwiłł zapewnia, że jest to w pełni monitorowane, a uzyskanie precyzyjnych danych jest tylko kwestią czasu. Kiedy w NRL rozpoczęto wydawanie zaświadczeń, zbierano te dane w sposób „ręczny”, na podstawie sprawozdań z poszczególnych okręgowych izb lekarskich. Podsumowano je na koniec sierpnia 2004 r.

Według raportów przekazanych przez okręgowe izby lekarskie do Ośrodka Uznawania Kwalifikacji przy NRL od 1 maja do 31 sierpnia 2004 r. wydano 1638 zaświadczeń (lekarzom – 1334 i lekarzom denty stom – 304), potwierdzających posiadanie formalnych kwalifikacji. Wśród specjalizacji, które dominują na liście wydanych zaświadczeń, znajdują się m.in.: anestezjologia (166), choroby wewnętrzne (107), medycyna rodzinna (74), ginekologia i położnictwo (48) oraz ortopedia i traumatologia słuchu (33)<sup>9</sup>.

Od początku września 2004 r. dokonano pewnych zmian w budowie rejestrów: centralnego i okręgowych. Dzięki temu informacje te zbierane są w NRL automatycznie. Obecnie istnieje konieczność scale nia tych danych. Jednak już teraz wiadomo, że najbardziej zdeterminowani do wyjazdów zagranicznych są chirurdzy i anestezjologowie. Według Jerzego Gryglewicza, wiceprzewodniczącego Związku Zawodowego Anestezjologów, do grudnia 2004 r. wyjechało już z Polski 400 anestezjologów, co stanowi 10% wszystkich anestezjologów<sup>10</sup>. Jest to zjawisko bardzo alarmujące.

Niektórzy zastanawiają się, jak zatrzymać specjalistów w kraju i jak poprawić ich sytuację. Interesujące rozwiązanie znalazła Łódzka Izba Okręgowa. Porozumiała się ona z firmą zajmującą się pracownikami tymczasowymi na terenie Wielkiej Brytanii i podpisała umowę. Umowa ta przewiduje tymczasowe zatrudnianie lekarzy w szpitalach i przychodniach w Wielkiej Brytanii. Już prawie 300 chirurgów, anestezjologów, a nawet lekarzy rodzinnych i denty stom zgłosiło

w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi chęć pracowania weekendy za granicą. Za weekendowy dyżur w brytyjskim szpitalu chirurg otrzyma w przeliczeniu – około 4 tys. zł<sup>11</sup>.

Należy zauważyć, że wysokiej klasy specjaliści, posiadający wieloletnie doświadczenie niechętnie decydują się na wyjazd na stałe. Tomasz Farana, menedżer agencji rekrutacyjnej ITC twierdzi, iż agencja jest zasypywana ofertami pracy dla doświadczonych lekarzy specjalistów. Najwięcej ofert napływa z Wielkiej Brytanii. Jednak na ogłoszenia te odpowiada niewielu lekarzy. Jest to spowodowane ich relatywnie wysokimi zarobkami oraz obawą przed wyższymi kosztami życia w Wielkiej Brytanii. Pracownicy agencji starają się rozwiązać problem, chodząc od jednego lekarza do drugiego i próbując go podku pić. Czasami to się udaje<sup>12</sup>.

Bardzo duży jest również popyt na polskie pielęgniarki. Według Elżbiety Buczkowskiej, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, od maja do listopada 2004 r. około 1,5 tys. pielęgniarek poprosiło o wystawienie dokumentów potwierdzających ich staż i kwalifikacje. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych alarmuje, że niedługo w Polsce może zabraknąć średniego personelu medycznego. Zdaniem Marii Marczak, sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, brak napływu nowej kadry i starzenie się obecnej może spowodować załamanie rynku świadczeń pielęgniarskich już za dwa lata.

W Krakowie i Warszawie po zaświadczenia potwierdzające uprawnienia do wykonywania zawodu w krajach UE zgłasza się każdego tygodnia kilkadziesiąt osób. Polskimi pielęgniarkami zainteresowani są również Amerykanie. W okresie od maja do listopada 2004 r. z województwa łódzkiego wyjechało do pracy w innych państwach unijnych ponad 500 pielęgniarek<sup>13</sup>. W szpitalach zaczyna brakować sióstr. Wyjazdy doprowadziły do braków kadrowych, m.in. w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki oraz w łódzkich szpitalach im. Kopernika i im. Jon-schera. W tym samym czasie z Małopolski wyjechało około 800 sióstr.

Pielęgniarki potrzeba w całej bogatej Europie, bo Europejczycy żyją od czasów II wojny światowej o 20 lat dłużej. Dłużej więc potrzebują opieki i pomocy medycznej. Według opracowania Komisji Europejskiej ds. Rynku Pracy już wkrótce największy popyt na rynku pracy będzie na zawody pielęgnacyjno-opiekuńcze. Walka o polskie pielęgniarki powoduje, że zagraniczni pracodawcy coraz częściej decydują się na pokrycie kosztów kursów językowych. Tak jest w przypadku Włochów, Holendrów i Niemców. Władze Irlandii wyasygnowały w 2005 r. 2 mln euro na pokrycie kosztów werbunku pielęgniarek z Indii i Polski ze specjalizacją pediatryczną do pracy na oddziałach intensywnej terapii<sup>14</sup>. Amerykanie podjęli natomiast współpracę z Akademią Medyczną w Gdańsku. W ramach wspólnego projektu otwarto nowy kierunek, na których część zajęć odbywa się w języku angielskim.

## ZAGROŻENIA

Naczelna Rada Lekarska alarmuje, że jeśli lekarze będą wyjeżdżać z Polski w dotychczasowym tempie, za kilka lat w polskich szpitalach może zabraknąć specjalistów. Według szacunków w najbliższych la-

tach Polskę może opuścić około 17 tys. lekarzy. Sytuacja jest zła. Polska nie ma nadmiaru ani lekarzy, ani pielęgniarek. Polacy generalnie nie należą do grupy najzdrowszych narodów. Skutki prognozowanego przez Ministerstwo Zdrowia wyjazdu 17 tys. lekarzy to m.in. utrudniony dostęp do lekarzy i związanych z tym wzrost zachorowalności społeczeństwa. Również wyjazdy polskich pielęgniarek powodują, że w wielu szpitalach liczba pracowników średniego personelu medycznego spadła. Największy kryzys czeka nas w 2006 r. Do tego czasu na emeryturę przejdzie 20% pielęgniarek i tyle samo prawdopodobnie wyjedzie do pracy za granicę. Dla polskich pacjentów oznacza to, że co trzeci z nich będzie pozbawiony podstawowej opieki. Już obecnie na 60 pacjentów przypadają na dyżurze dwie pielęgniarki, podczas gdy w UE – co najmniej pięciokrotnie więcej<sup>15</sup>.

Biorąc pod uwagę, że wykształcenie jednego lekarza, łącznie ze specjalizacjami, kosztuje polskiego podatnika około 250 tys. zł nie ma wątpliwości, że naszego społeczeństwa nie stać na emigrację kolejnych tysięcy lekarzy. Ponadto poza kosztami bezpośrednimi migracji należy wziąć pod uwagę trudne do oszacowania koszty tzw. negatywnych efektów zewnętrznych. Do kosztów tych można zaliczyć m.in. koszt wzrostu zachorowalności i koszt spadku produktywności siły roboczej w konsekwencji utrudnionego dostępu do lekarzy. Do zagrożeń związanych z migracją lekarzy należy też tzw. jazda na gapę państw zachodnich. Powszecznie bowiem wiadomo, że wykształcenie lekarzy jest tam kilkakrotnie droższe niż w Polsce.

## PRZECIWDZIAŁANIA

Problem *exodusu* polskich lekarzy i pielęgniarek jest poważny i nie wolno go lekceważyć. W celu jego zapobiegania rząd polski powinien podjąć wielokierunkowe działania. Ministerstwo Zdrowia powinno przygotować aktualny, dokładny raport dotyczący zatrudnienia, bezrobocia i migracji polskich lekarzy i pielęgniarek. Monitoring tego zjawiska powinien być stały w korelacji z danymi demograficznymi i epidemiologicznymi. Należy również stworzyć satysfakcjonujące warunki pracy i rozwoju zawodowego kadry medycznej. Bez zapewnienia odpowiednich warunków pracy i płacy nie zlikwiduje się bowiem problemu migracji.

Kraje, które razem z Polską przystąpiły do UE (Czechy, Węgry), chcąc zapobiec wyjazdom swoich pie-

lęgniarek i położnych, podwyższyły im płace. Polski rząd nie robi nic, aby zatrzymać pielęgniarki w kraju. Czesi, Estońcy i Węgrzy podnieśli wynagrodzenie o 100% i tym samym migracja sióstr nie osiągnęła tak dużej skali, jak w Polsce. Natomiast litewski resort zdrowia podjął działania mające ograniczyć skutki masowego odpływu lekarzy. Jednym z takich działań są podwyżki – przez kilka kolejnych lat płace litewskich lekarzy mają być co roku zwiększane o 10%. Groźba wyjazdu wielu lekarzy skłoniła też władze do zwiększenia o 10% naboru studentów na kierunki medyczne. Co na to polskie Ministerstwo Zdrowia?

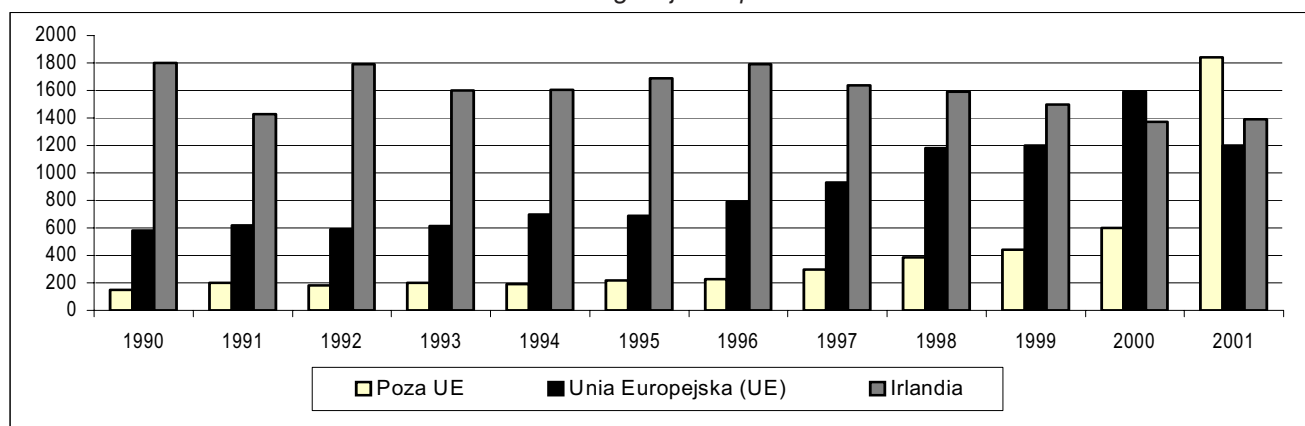
Obecnie pracownicy Ministerstwa Zdrowia starają się przywrócić system monitorowania i predykcji stanu kadr medycznych i przygotowują program przeciwdziałania migracji pielęgniarek. Ponadto planuje się zwiększyć w 2005 r. liczbę rezydentów z 720 w 2004 r. do 1500 w 2005 r. Większość państw UE planuje w najbliższych latach zwiększyć liczbę studiujących kierunki medyczne. W Polsce działania zmierzające w tym kierunku są niewystarczające. W przyszłym roku akademickim większość polskich uczelni medycznych przyjmie trochę więcej osób na kierunki lekarskie i pielęgniarskie. Wiele uczelni zamierza jednak zrezygnować z kształcenia pielęgniarek w trybie jednostopniowym magisterskim. W sumie liczba przyjętych na studia medyczne zwiększy się o 123 studentów<sup>16</sup>. W budżecie państwa na 2005 r. przewidziano tylko niewielki wzrost dotacji dla uczelni medycznych.

Podsumowując, trzeba podkreślić, że mimo deklaracji rząd podejmuje niewiele działań, aby przeciwdziałać migracji. Zwiększenie limitów przyjęć na kierunki medyczne jest dobrym krokiem, ale musi mu towarzyszyć przede wszystkim znaczny wzrost dotacji na dydaktykę, a także ułatwienie dostępu do kształcenia specjalistycznego oraz poprawa warunków pracy i płacy personelu medycznego.

## UWAGI KOŃCOWE

Warunki pracy i płacy lekarzy oraz pielęgniarek w Polsce bardzo odbiegają od standardów w krajach UE i w USA. Ponadto nie wszyscy mogą być pewni zatrudnienia, uzyskania wymarzonej specjalizacji, czy też możliwości systematycznego dokośztalcenia. Wszystkie te czynniki są przyczyną migracji polskiej kadry medycznej.

Wykres 2. Liczba nowo zarejestrowanych pielęgniarek w Irlandii według kraju ich pochodzenia



Źródło: G. Juszczyk, *Szpitala bez personelu*, „Służba Zdrowia” 2005, nr 9–12.

Należy podkreślić, że zjawisko migracji profesjonalistów z dziedziny medycyny nasila się na całym świecie. Bez ponadnarodowego monitoringu i koordynacji migracji może doprowadzić ona do wielu niekorzystnych zjawisk. Szczególnie niepokojące są informacje o migracji pielęgniarek. Z analizy migracji zawodowej pielęgniarek na świecie, przeprowadzonej przez Jamesa Buchana z Europejskiego Biura Regionalnego WHO, wynika, że w wielu krajach zaobserwowano znaczny wzrost liczby nowo rejestrujących się pielęgniarek, niebędących obywatelkami tych krajów (patrz wykres 2, s. 21). Brytyjska Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych zarejestrowała w 2002 r. 16 tys. nowych pielęgniarek z nowym paszportem<sup>17</sup>.

Buchan zwraca uwagę, że przepływy kadr wewnątrz UE nie są jeszcze znaczące, ale dokonują się bez jakiegokolwiek koordynacji. Mimo że wskaźniki liczby lekarzy i pielęgniarek na 1000 mieszkańców wskazują na mniejsze nasycenie personelem medycznym w nowych krajach UE (m.in. w Polsce), to właśnie z tych krajów od 1 maja 2004 r. zwiększa się, choć nieznacznie, migracja do krajów „starej” Unii<sup>18</sup>. Nasilenie tego zjawiska grozi deficytem kadr medycznych w Polsce i w innych krajach „nowej” Unii. Dlatego niezbędny jest monitoring i koordynacja migracji kadr medycznych na świecie.

---

<sup>1</sup> I. Hajnosz, *Odptyw lekarzy*, „Gazeta Wyborcza” z 26.02.2004 r.

- <sup>2</sup> J. Kielar, *Polska kształci, inni korzystają*, „Gazeta Prawna” z 22.07.2004 r.
- <sup>3</sup> I. Hajnosz, *Kierunek Dania*, „Gazeta Wyborcza” z 8.03.2004 r.
- <sup>4</sup> *Duże wymagania za godziwe pieniądze*, „Służba Zdrowia” 2005, nr 1–4.
- <sup>5</sup> G. Ciechomska, *Kariera czy harówka*, „Gazeta Lekarska” 2001, nr 3.
- <sup>6</sup> B. Lisowska, *Na sukces za granicą trzeba samemu zapracować*, „Puls Medycyny” z 26.01.2005 r.
- <sup>7</sup> *Zatrudnienie i migracja lekarzy Dolnego Śląska – raport DIL*, Wrocław, listopad 2004, s. 1.
- <sup>8</sup> I. Hajnosz, *Jak pielęgniarki przygotowują się do wyjazdu za ocean*, „Gazeta Wyborcza” z 17.11.2004 r.
- <sup>9</sup> *Migracja polskich lekarzy za zachodnią granicę*, „Gazeta Lekarska” 2004, nr 10.
- <sup>10</sup> *Jadą znieczulać za granicę*, „Gazeta Lekarska” 2004, nr 12.
- <sup>11</sup> *Do pracy na weekend*, www.esculap.pl z 21.02.2005 r.
- <sup>12</sup> *Lekarze nie chcą wyjeżdżać do Unii*, „Gazeta Wyborcza” z 21.01.2005 r.
- <sup>13</sup> *Ciągnie siostry do Unii*, „Dziennik Łódzki” z 2.11.2004 r.
- <sup>14</sup> *Władze Irlandii pokryją koszty werbunku pielęgniarek z Polski i Indii*, PAP, 16.02.2005 r.
- <sup>15</sup> K. Kasperkiewicz, *Biały eksport*, „Wprost” 2004, nr 37.
- <sup>16</sup> *Niewiele więcej miejsc na studia medyczne*, www.mp.pl/kurier/ 04.01.2005
- <sup>17</sup> J. Buchan, *International Recruitment of Nurses: United Kingdom Case Study*, Royal College of Nursing, London 2002.
- <sup>18</sup> G. Juszczyk, *Szpitala bez personelu?*, „Służba Zdrowia” 2005, nr 9–12.