

# Wybrane aspekty aktywności zawodowej lekarzy emerytów

Agnieszka Katarzyna Choińska<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Choińska A. K. Wybrane aspekty aktywności zawodowej lekarzy emerytów. Med. Og Nauk Zdr. 2017; 23(2): 107–114. doi: 10.26444/monz/75335

## Streszczenie

W artykule zaprezentowano wybrane wyniki i analizy badań własnych, które były przeprowadzone w latach 2015–2017 wśród lekarzy i lekarzy stomatologów w wieku przedemerytalnym i emerytalnym. Tematem projektu badawczego była aktywność zawodowa lekarzy na emeryturze, która została opisana przy użyciu wyselekcjonowanych kategorii oceny aktywności zawodowej lekarzy, którzy prowadzili bądź jeszcze prowadzą działalność leczniczą. Kwestionariusz, za pomocą którego uzyskano dane na wybrany temat, wysłano do respondentów w województwie podlaskim i mazowieckim. Analizę danych przeprowadzono na licznej grupie badawczej – lekarzy w wieku emerytalnym. Wyniki badań zaprezentowano tak, aby uwzględnić specyfikę odpowiedzi na pytania wynikającą z posiadanej specjalizacji medycznej, gdyż to właśnie ona jest istotną determinantą aktywności lekarzy i ich możliwości dalszej pracy po osiągnięciu wieku emerytalnego.

## Słowa kluczowe

aktywność zawodowa, profesjonalizm, emerytura lekarzy

## WSTĘP

Kiedy mówimy o efektywnym funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej, mówimy również o funkcji profesji medycznych, a szczególnie tej najbardziej pierwotnej i znaczącej – funkcji lekarzy. Na ogół działalność lecznicza lekarzy jest rozpatrywana w relacji do osób w wieku aktywności zawodowej[1], czyli w okresie od ukończenia studiów medycznych do emerytury. Osoby w wieku emerytalnym są przedmiotem mniejszego zainteresowania i analiz prognostycznych dotyczących funkcjonalności systemu medycznego jako całości. Często traktuje się ich jako grupę „wycofującą się” z głównego nurtu działalności lekarskiej lub znacznie ograniczającą tę aktywność, centralnie przypisaną profesji medycznej. Ale czy rzeczywiście tak jest? Czy lekarze sami kończą działalność zawodową? Jak oceniają swoje możliwości? Jakie mają plany na ten, niejednokrotnie jeszcze długi, etap życia? Czy w dalszym ciągu chcą podejmować odpowiedzialność za pacjentów? W jaki sposób są gotowi wykorzystać, bądź już wykorzystują, swoją wiedzę, doświadczenie i kompetencje? Na te pytania stara się odpowiedzieć niniejsze opracowanie.

Chociaż prace dotyczące działalności profesjonalnej lekarzy na emeryturze pojawiają się coraz częściej[2], to znaczenie podjętego tematu wydaje się dość oczywiste, szczególnie ze względu na kilka czynników.

Po pierwsze, wydłużanie się życia ludzkiego i podnoszenie jego jakości zakłada odpowiednio dłuższą i czynną partycypację w życiu społecznym[3]. Tak więc, aktywność profesjonalna odgrywa kluczową rolę, a dla wielu starszych osób jest szansą na ciągle i efektywne wykorzystywanie zdobytej wiedzy i umiejętności specjalistycznych po długim okresie kształcenia i praktyki.

Jak słusznie zauważył T. Parsons[4], mamy tu do czynienia z dwoma rodzajami podejść do profesji: orientacją na komercję i orientacją na zbiorowość. Chociaż autor wyraźnie przypisuje lekarzom tę drugą orientację, gdyż specjalizacja

medyczna zakłada pewien specyficzny typ kompetencji technicznych, które są nakierowane na człowieka, to współcześnie komercyjne czynniki motywacji[5] w planowaniu działalności zawodowej na emeryturze nie są pomijane przez zainteresowanych.

Po drugie, mając na uwadze lekarzy jako grupę społeczną, trzeba przyznać, że charakteryzują się oni znacznym zróżnicowaniem, zarówno pod względem wykonywanych zadań medycznych, jak i możliwości pracy i kontaktu z pacjentem na emeryturze, a także wyobrażeń i oczekiwań zawodowych w wieku emerytalnym.

Ponadto przepaść międzypokoleniowa, jaka się wytworzyła na skutek niżu demograficznego, staje się przepaścią profesjonalną w wymiarze specjalizacji medycznych. Wychowanie nowego specjalisty w zakresie medycyny trwa lata i wymaga niemałej pracy i doświadczenia. Jeżeli odchodzą „stare” roczniki, a młodych jest zbyt mało, system opieki reaguje na tę sytuację – kolejki do specjalistów wydłużają się i niemal wszystkie regiony Polski doświadczają braku specjalistów w zakresie medycyny[6]. Ten stan rzeczy pogarsza fakt emigracji specjalistów medycznych do krajów wysokorozwiniętych. Są to na ogół ludzie młodzi i dobrze wykształceni, którzy znajdują lepsze warunki dla rozwoju swojej kariery medycznej w ramach struktur systemu opieki zdrowotnej na Zachodzie.

Tak więc badania, które oceniają i opisują aktywność zawodową lekarzy na emeryturze – a mamy tu na myśli przede wszystkim leczenie pacjentów – stają się dobrym źródłem wiedzy na temat możliwości wykorzystania zasobów kadrowych w postaci kompetentnych i doświadczonych lekarzy.

## MATERIAŁY I METODY

W pracy zastosowano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji z jedenastoma pytaniami wraz z metryczką. Został on skierowany do respondentów w wieku przedemerytalnym (kobiety 54+, mężczyźni 61+) i emerytalnym, którzy mieli bądź jeszcze mają, stały kontakt z pacjentami. W celu skutecznego dotarcia do jak największej liczby lekarzy, ankietę

Adres do korespondencji: Agnieszka Katarzyna Choińska, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. Szpitalna 37, 15-295 Białystok, Polska  
E-mail: achoi@autograf.pl

Nadesłano: 29 Maja 2017; zaakceptowano do druku: 22 czerwca 2017

opublikowano w biuletynie wydawanym przez Okręgową Izbę Lekarską w Białymstoku (jesień 2015), uzyskując dane z województwa podlaskiego. Wypełnione ankiety zwrócone otrzymano pocztą. Dodatkowo, aby poszerzyć materiał analityczny o grupę lekarzy z województwa mazowieckiego, autorzy badań zastosowali metodę „kuli śnieżnej”, czyniąc znajomych lekarzy – w przyjętym wieku badawczym – ankieterami w swoim środowisku zawodowym.

Pytania w ankiecie ułożone zostały tak, aby uzyskać jak największą liczbę odpowiedzi respondentów, a następnie przeprowadzić analizę aktywności zawodowej w następujących obszarach tematycznych: a) status działalności leczniczej, b) aktualny rodzaj zatrudnienia, c) najlepszy rodzaj zatrudnienia na emeryturze, d) aktualne miejsce zatrudnienia, e) wybór preferowanego miejsca zatrudnienia na emeryturze, f) przewidywana skala oddziaływania leczniczego, g) społeczna ocena lekarzy, h) alternatywna działalność na emeryturze, i) wstrzymana aktywność zawodowa. Każdej z wymienionych kategorii przypisano jedno pytanie w ankiecie.

Na potrzeby niniejszego artykułu wybrano do analizy statystycznej większość populację emerytów (143 osoby), biorących udział w badaniu. W poniższych rozdziałach zaprezentowano wyniki badań w odniesieniu do postawionego we wstępie problemu – czy istnieją różnice w podejściu do aktywności zawodowej na emeryturze między lekarzami w wieku emerytalnym z uwzględnieniem ich specjalizacji medycznych.

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytanie badawcze przeprowadzono analizy statystyczne przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 23. Za jego pomocą wykonano analizę częstości, dokładne testy Fishera oraz testy  $\chi^2$ . Za poziom istotności uznano  $p < 0,05$ . Wyniki  $p$  w zakresie od 0,05 do 0,1 uznawane były za wyniki bliskie istotności statystycznej (poziom tendencji statystycznej)[7].

## CHARAKTERYSTYKA BADANEJ POPULACJI

Na pytania ankiety odpowiedziało łącznie 143 lekarzy i lekarzy stomatologów na emeryturze z dwóch polskich województw: podlaskiego (69,9%) i mazowieckiego (30,1%). Na uwagę zasługuje fakt, że prawie połowa respondentów pochodziła z miast powiatowych (46,2%), a nieco mniejsza grupę stanowili lekarze mieszkający w miastach wojewódzkich (37,8%). Najmniej było przedstawicieli małych miast i wsi (łącznie 16,1%).

Możemy mówić o znacznej feminizacji badania, gdyż większość uczestników to kobiety (65,5%), mężczyźni stanowili znacznie mniejszy odsetek respondentów (34,5%). Na uwagę zasługuje fakt, że poddając analizie istotności statystycznej odpowiedzi mężczyzn i kobiet, otrzymano wynik, który mówi, że płeć nie różnicowała w sposób istotny odpowiedzi na pytania.

Badaną populację należy również scharakteryzować w odniesieniu do wieku respondentów. W tym celu wyłoniono przedziały wiekowe, uwzględniające staż emerytalny lekarzy. Lekarze ze stażem do 10 lat stanowili 52,8% badanych. Drugą grupę reprezentowały osoby będące na emeryturze od 10 do 20 lat (43,7%), a w ostatniej znalazły się osoby przebywające od ponad 20 lat na emeryturze (3,5%).

Lekarze biorący udział w badaniu reprezentowali różne specjalności medyczne. W związku z tym, dla celów analizy statystycznej i prezentacji danych respondenci zostali

**Tabela 1.** Procentowy udział specjalności medycznych lekarzy wg grup wyłonionych z bazy danych

Grupy specjalności wyłonione do analiz	Specjalizacje w grupie	N	%
<i>Choroby dzieci</i>	Wszyscy lekarze pediatrizy	18	12,6
<i>Medycyna rodzinna</i>	Wszyscy lekarze medycyny rodzinnej	17	11,9
<i>Specjalności niezabiegowe</i>	Lekarze interniści + podspecjalizacje: kardiologia, hematologia, alergologia, reumatologia, choroby płuc + pozostałe niezabiegowe: dermatologia, radiologia, choroby zakaźne, onkologia, psychiatria, neurologia, histopatologia, medycyna ogólna	61	42,7
<i>Specjalności zabiegowe</i>	Chirurgia, chirurgia ogólna, chirurgia dziecięca, urologia, torakochirurgia, otolaryngologia, okulistyka, anestezjologia, ginekologia, ortopedia	25	17,5
<i>Stomatologia</i>	Wszyscy lekarze stomatolodzy	19	13,3
<i>Brak danych</i>	Brak informacji	3	2,1
<i>Ogół odpowiedzi</i>	Wszystkie podane specjalizacje	140	97,9
<i>Ogółem</i>	Wszyscy respondenci	143	100,0

Źródło: opracowanie własne

podzieleni na grupy umieszczone w tabeli 1. O zaklasyfikowaniu lekarza do określonej grupy specjalistów zadecydowały wykonywane przez niego czynności lekarskie, wynikające z posiadanej wiodącej specjalizacji oraz miejsca zatrudnienia. Lekarz mógł być przypisany tylko do jednej z grup wymienionych w tabeli 1.

## WYNIKI

### Rodzaj specjalizacji a obecny status działalności leczniczej

W pierwszej kolejności postanowiono sprawdzić, czy rodzaj specjalizacji determinuje obecną działalność leczniczą lekarzy emerytów w następujących kategoriach: regularna działalność lecznicza, ograniczona aktywność lecznicza, brak aktywności leczniczej. Ze względu na niespełnione założenia testu  $\chi^2$  dla grup specjalizacji, wykonano dokładny test Fishera. Wykazał on, że rodzaj specjalizacji różnicuje obecną aktywność lekarzy emerytów ( $p=0,043$ ). Zdecydowana większość lekarzy ze specjalizacją medycyna rodzinna prowadzi regularną działalność leczniczą (14 na 17 osób), podczas gdy w pozostałych grupach udział osób pracujących jest mniejszy, przy czym wśród stomatologów są to jedynie 4 osoby na 19 ankietowanych. Największy udział osób nieprowadzących aktywności leczniczej występuje w grupie stomatologów i specjalistów zabiegowych.

### Specjalizacja a aktualny rodzaj zatrudnienia

Następnie poddano analizie obecny rodzaj zatrudnienia lekarzy emerytów. Dokładny test Fishera wykazał różnicę istotną statystycznie w zakresie odpowiedzi w kategorii „praca na pełnym etacie” ( $p < 0,001$ ). W ten sposób najczęściej pracują lekarze medycyny rodzinnej (52,90%), natomiast najrzadziej stomatolodzy (0%). Dodatkowo, test  $\chi^2$  wykazał różnice istotne statystycznie w zakresie częstości pracy w niepełnym wymiarze czasowym,  $\chi^2(4)=10,77$ ;  $p=0,029$ . Wyraźnie częściej niż średnio (32,9%) odnotowano tę odpowiedź u specjalistów chorób dzieci (50%) i stomatologów (52,6%), a rzadziej u lekarzy medycyny rodzinnej (17,6%) i specjalistów zabiegowych (16%). W pozostałych trzech opcjach możliwych do wyboru

**Tabela 2.** Specjalizacja a aktualny rodzaj zatrudnienia lekarzy emerytów

		Choroby dzieci	Medycyna rodzinna	Specjalizacje niezabiegowe	Specjalizacje zabiegowe	Stomatologia	Ogółem
Brak zatrudnienia	Nie	N 16 % 88,90%	16 94,10%	51 83,60%	18 72,00%	14 73,70%	115 82,10%
	Tak	N 2 % 11,10%	1 5,90%	10 16,40%	7 28,00%	5 26,30%	25 17,90%
Na pełnym etacie	Nie	N 16 % 88,90%	8 47,10%	49 80,30%	23 92,00%	19 100,00%	115 82,10%
	Tak	N 2 % 11,10%	9 52,90%	12 19,70%	2 8,00%	0 0,00%	25 17,90%
Niepełny wymiar czasowy	Nie	N 9 % 50,00%	14 82,40%	41 67,20%	21 84,00%	9 47,40%	94 67,10%
	Tak	N 9 % 50,00%	3 17,60%	20 32,80%	4 16,00%	10 52,60%	46 32,90%
Umowa cywilno-prawna	Nie	N 13 % 72,20%	14 82,40%	46 75,40%	13 52,00%	14 73,70%	100 71,40%
	Tak	N 5 % 27,80%	3 17,60%	15 24,60%	12 48,00%	5 26,30%	40 28,60%
Inne	Nie	N 17 % 94,40%	15 88,20%	51 83,60%	24 96,00%	18 94,70%	125 89,30%
	Tak	N 1 % 5,60%	2 11,80%	10 16,40%	1 4,00%	1 5,30%	15 10,70%

Źródło: opracowanie własne

przez osoby badane wykonane testy statystyczne nie wykazały różnic istotnych statystycznie ani nawet różnic bliskich istotności statystycznej (tabela 2).

### Preferowany przez specjalistów rodzaj zatrudnienia na emeryturze

Lekarze mają zdecydowane preferencje związane z najlepszym rodzajem zatrudnienia na emeryturze, który nie musi pokrywać się z aktualnymi możliwościami lekarza emeryta. Przeprowadzona analiza odpowiedzi respondentów wykazała istotną statystycznie różnicę w zakresie zatrudnienia w niepełnym wymiarze czasowym,  $\chi^2(4) = 11,46$ ;  $p = 0,022$ . Jak zaprezentowano w tabeli 3, najmniejszy odsetek lekarzy wybierających tę formę zatrudnienia to specjaliści zabiegowi (36,8%), którzy wyraźnie różnią się od pozostałych specjalizacji, w których udział ten waha się od 50% do nawet 67% (specjaliści chorób dzieci). Dodatkowo, w przypadku odpowiedzi „brak zatrudnienia” dokładny test Fishera wykazał różnicę bliską istotności statystycznej ( $p = 0,058$ ). Najwięcej osób wybierających „brak zatrudnienia” jako najwłaściwszą formę aktywności dla emeryta odnotowano w grupie specjalistów zabiegowych (20%), z kolei żaden respondent z grupy medycyny rodzinnej nie wybrał tej odpowiedzi.

### Posiadana specjalizacja a obecne miejsce zatrudnienia

W kolejnej serii analiz statystycznych wzięto pod uwagę udział lekarzy emerytów wskazujących swoje obecne *miejsce zatrudnienia*. Test  $\chi^2$  wykazał różnicę istotną statystycznie w zakresie odpowiedzi „praca w NP ZOZ”,  $\chi^2(4) = 11,45$ ;  $p = 0,022$  (tabela 4). Najrzadziej w tej jednostce pracowali

**Tabela 3.** Specjalizacja a preferowany rodzaj zatrudnienia lekarzy na emeryturze

		Choroby dzieci	Medycyna rodzinna	Specjalizacje niezabiegowe	Specjalizacje zabiegowe	Stomatologia	Ogółem
Na pełnym etacie	Nie	N 17 % 94,40%	15 88,20%	55 90,20%	23 92,00%	19 100,00%	129 92,10%
	Tak	N 1 % 5,60%	2 11,80%	6 9,80%	2 8,00%	0 0,00%	11 7,90%
Niepełny wymiar czasowy	Nie	N 6 % 33,30%	6 35,30%	29 47,50%	19 76,00%	7 36,80%	67 47,90%
	Tak	N 12 % 66,70%	11 64,70%	32 52,50%	6 24,00%	12 63,20%	73 52,10%
Umowa cywilno-prawna	Nie	N 11 % 61,10%	14 82,40%	44 72,10%	12 48,00%	12 63,20%	93 66,40%
	Tak	N 7 % 38,90%	3 17,60%	17 27,90%	13 52,00%	7 36,80%	47 33,60%
Brak zatrudnienia	Nie	N 17 % 94,40%	17 100,00%	59 96,70%	20 80,00%	18 94,70%	131 93,60%
	Tak	N 1 % 5,60%	0 0,00%	2 3,30%	5 20,00%	1 5,30%	9 6,40%
Inne	Nie	N 18 % 100,00%	16 94,10%	53 86,90%	24 96,00%	16 84,20%	127 90,70%
	Tak	N 0 % 0,00%	1 5,90%	8 13,10%	1 4,00%	3 15,80%	13 9,30%

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 4.** Specjalizacja a aktualne miejsce zatrudnienia lekarza emeryta

		Choroby dzieci	Medycyna rodzinna	Specjalizacje niezabiegowe	Specjalizacje zabiegowe	Stomatologia	Ogółem
SP ZOZ	Nie	N 15 % 83,30%	13 76,50%	52 85,20%	21 84,00%	18 94,70%	119 85,00%
	Tak	N 3 % 16,70%	4 23,50%	9 14,80%	4 16,00%	1 5,30%	21 15,00%
NP ZOZ	Nie	N 8 % 44,40%	7 41,20%	35 57,40%	16 64,00%	17 89,50%	83 59,30%
	Tak	N 10 % 55,60%	10 58,80%	26 42,60%	9 36,00%	2 10,50%	57 40,70%
Prywatny gabinet	Nie	N 17 % 94,40%	14 82,40%	50 82,00%	20 80,00%	8 42,10%	109 77,90%
	Tak	N 1 % 5,60%	3 17,60%	11 18,00%	5 20,00%	11 57,90%	31 22,10%
Nie jestem zatrudniony/a	Nie	N 15 % 83,30%	15 88,20%	49 80,30%	18 72,00%	14 73,70%	111 79,30%
	Tak	N 3 % 16,70%	2 11,80%	12 19,70%	7 28,00%	5 26,30%	29 20,70%
Inne	Nie	N 16 % 88,90%	17 100,00%	53 86,90%	24 96,00%	19 100,00%	129 92,10%
	Tak	N 2 % 11,10%	0 0,00%	8 13,10%	1 4,00%	0 0,00%	11 7,90%

Źródło: opracowanie własne

stomatolodzy (10,5%). Dodatkowo, dokładny test Fishera wykazał różnicę dotyczącą pracy w prywatnym gabinecie ( $p=0,003$ ). W tej kategorii najczęściej pracują stomatolodzy – 57,9%, przy średniej ogólnej 22,1%. W zakresie pozostałych miejsc zatrudnienia nie odnotowano różnic istotnych statystycznie, ani nawet bliskich istotności statystycznej.

### Postulowane miejsce zatrudnienia dla emeryta

Następnie wzięto pod uwagę udział lekarzy emerytów wskazujących na *najlepsze miejsce zatrudnienia na emeryturze*. Wykazano istotną statystycznie różnicę w zakresie udziału osób o różnych specjalizacjach wskazujących „dotychczasowe miejsce pracy” jako najlepsze miejsce zatrudnienia dla emeryta,  $\chi^2(4)=11,66; p=0,020$ . Tę odpowiedź najrzadziej wskazują lekarze medycyny rodzinnej (jedynie 35,50%), a także stomatolodzy (57,9%). Dodatkowo, dokładny test Fishera wykazał, że w zakresie prowadzenia prywatnej działalności specjalizacja różnicuje częstość wskazywania tego miejsca zatrudnienia na poziomie tendencji statystycznej ( $p=0,098$ ). Żaden specjalista chorób dzieci nie wskazał samozatrudnienia, a tylko jedna osoba ze specjalizacją medycyna rodzinna. Z kolei nieco ponad 1/5 stomatologów prowadzi działalność prywatną. Różnicę na poziomie tendencji statystycznej odnotowano także w zakresie udzielania odpowiedzi „tam, gdzie się docenia doświadczenie” ( $p=0,075$ ). Najbardziej odpowiedź tę zaznaczali stomatolodzy oraz lekarze medycyny rodzinnej, natomiast najczęściej – specjaliści niezabiegowi. W przypadku pozostałych miejsc pracy nie odnotowano różnic istotnych statystycznie, ani nawet na poziomie tendencji statystycznej (tabela 5).

### Przewidywany zasięg oddziaływania leczniczego na emeryturze

Działalność lecznicza lekarzy ma swój zasięg i dotyczy środowiska społeczno-zawodowego, w którym lekarz pracuje/pracował i jest znany. Kontynuacja praktyki lekarskiej w tym środowisku zależy nie tylko od możliwości finansowych poszczególnych jednostek opieki zdrowotnej, ale także od wyboru emerytów. Jakie wpływy związane z oddziaływaniem leczniczym chcieliby lekarze zachować na emeryturze? W analizie danych wzięto pod uwagę częstość wyboru wyróżnionych kategorii preferowanej skali oddziaływania leczniczego. Są to następujące kategorie: „chcę zachować obecne wpływy wynikające z działalności leczniczej” (27,1%), „chcę wypełniać obowiązki lecznicze wynikające z możliwości zatrudnienia” (54,3%), „chcę być przydatny jako lekarz tylko mojej rodzinie i najbliższym” (12,1%), „chcę zaniechać wszelkiej działalności leczniczej” (8,6%), inne propozycje badanych (5%).

Wykazano istotną statystycznie różnicę w zakresie udziału osób o różnych specjalizacjach, wskazujących, że chcą zachować dotychczasową działalność leczniczą,  $\chi^2(4)=15,67; p=0,003$ . Niemal 2/3 lekarzy medycyny rodzinnej wybiera taką odpowiedź, gdy średnia dla ogółu ankietowanych utrzymuje się na poziomie 27%. W przypadku pozostałych odpowiedzi ani test  $\chi^2$ , ani dokładny test Fishera nie wykazały różnic istotnych statystycznie czy też bliskich istotności statystycznej. Tak więc należy przyjąć, że w przypadku tych odpowiedzi specjalizacja nie wpływa na ich częstsze wskazywanie.

**Tabela 5.** Specjalizacja a preferowane miejsce zatrudnienia dla lekarza emeryta

		Choroby dzieci	Medycyna rodzinna	Specjalizacje niezabiegowe	Specjalizacje zabiegowe	Stomatologia	Ogółem
Dotychczasowe miejsce pracy	Nie	N 14 % 77,80%	N 6 % 35,30%	N 43 % 70,50%	N 20 % 80,00%	N 11 % 57,90%	N 94 % 67,10%
	Tak	N 4 % 22,20%	N 11 % 64,70%	N 18 % 29,50%	N 5 % 20,00%	N 8 % 42,10%	N 46 % 32,90%
Miejsce aktualnie dostępne	Nie	N 18 % 100,00%	N 16 % 94,10%	N 55 % 90,20%	N 23 % 92,00%	N 15 % 78,90%	N 127 % 90,70%
	Tak	N 0 % 0,00%	N 1 % 5,90%	N 6 % 9,80%	N 2 % 8,00%	N 4 % 21,10%	N 13 % 9,30%
Prowadzenie prywatnej działalności	Nie	N 18 % 100,00%	N 16 % 94,10%	N 54 % 88,50%	N 20 % 80,00%	N 14 % 73,70%	N 122 % 87,10%
	Tak	N 0 % 0,00%	N 1 % 5,90%	N 7 % 11,50%	N 5 % 20,00%	N 5 % 26,30%	N 18 % 12,90%
Tam, gdzie się docenia doświadczenie	Nie	N 12 % 66,70%	N 14 % 82,40%	N 33 % 54,10%	N 16 % 64,00%	N 16 % 84,20%	N 91 % 65,00%
	Tak	N 6 % 33,30%	N 3 % 17,60%	N 28 % 45,90%	N 9 % 36,00%	N 3 % 15,80%	N 49 % 35,00%
Tam, gdzie otrzymam odpowiednie wynagrodzenie	Nie	N 13 % 72,20%	N 14 % 82,40%	N 52 % 85,20%	N 19 % 76,00%	N 14 % 73,70%	N 112 % 80,00%
	Tak	N 5 % 27,80%	N 3 % 17,60%	N 9 % 14,80%	N 6 % 24,00%	N 5 % 26,30%	N 28 % 20,00%
Każde miejsce związane z działalnością leczniczą jest dobre	Nie	N 15 % 83,30%	N 15 % 88,20%	N 48 % 78,70%	N 24 % 96,00%	N 13 % 68,40%	N 115 % 82,10%
	Tak	N 3 % 16,70%	N 2 % 11,80%	N 13 % 21,30%	N 1 % 4,00%	N 6 % 31,60%	N 25 % 17,90%
Inne	Nie	N 17 % 94,40%	N 17 % 100,00%	N 57 % 93,40%	N 25 % 100,00%	N 19 % 100,00%	N 135 % 96,40%
	Tak	N 1 % 5,60%	N 0 % 0,00%	N 4 % 6,60%	N 0 % 0,00%	N 0 % 0,00%	N 5 % 3,60%

Źródło: opracowanie własne

### Spoleczne źródła opinii o lekarzu na emeryturze

W swojej aktywności zawodowej lekarze są poddawani ocenie. W przeprowadzonym badaniu nie chodzi o oceny formalne, usankcjonowane prawnie, ale o społeczne oceny środowiskowe. Respondenci sami podkreślają, że ocena pewnych grup społecznych ma większe dla nich znaczenie niż inne oceny i wypowiedzi oraz stanowi ważny punkt odniesienia w samoocenie pracy i działalności leczniczej.

Dokładny test Fishera wykazał różnicę istotną statystycznie w zakresie oceny lekarzy przez pacjentów i ich rodziny jako istotne źródło opinii ( $p=0,001$ ). W przypadku większości specjalizacji opinia pacjentów jest bardzo istotna (tabela 6), przy czym najczęściej odpowiedź tą zaznaczali stomatolodzy (100%), a najrzadziej specjaliści zabiegowi (56%). Z kolei bliską istotności statystycznej różnicę wykazał ten test w zakresie udziału lekarzy o różnych specjalizacjach,

dla których ordynator/kierownik jednostki jest istotnym źródłem opinii. Choć ogólnie mało osób wskazywało tę odpowiedź (średnio 6,40%), wyraźnie częściej zaznaczali ją specjaliści zabiegowi (20%). W przypadku pozostałych opcji ani test  $\chi^2$ , ani dokładny test Fishera nie wykazały różnic istotnych statystycznie czy też bliskich istotności statystycznej w zakresie wskazywania ich przez lekarzy emerytów różnych specjalizacji.

**Tabela 6.** Specjalizacja a uznanie określonego źródła opinii za znaczące dla lekarzy emerytów

		Choroby dzieci	Medycyna rodzinna	Specjalizacje niezabiegowe	Specjalizacje zabiegowe	Stomatologia	Ogółem
Ordynator oddziału/kierownik jednostki	Nie	N 18 % 100,00%	16 94,10%	58 95,10%	20 80,00%	19 100,00%	131 93,60%
	Tak	N 0 % 0,00%	1 5,90%	3 4,90%	5 20,00%	0 0,00%	9 6,40%
Pacjenci i ich rodziny	Nie	N 5 % 27,80%	1 5,90%	9 14,80%	11 44,00%	0 0,00%	26 18,60%
	Tak	N 13 % 72,20%	16 94,10%	52 85,20%	14 56,00%	19 100,00%	114 81,40%
Koleżanki/koleżdy lekarze	Nie	N 14 % 77,80%	14 82,40%	48 78,70%	20 80,00%	13 68,40%	109 77,90%
	Tak	N 4 % 22,20%	3 17,60%	13 21,30%	5 20,00%	6 31,60%	31 22,10%
Własna rodzina i przyjaciele	Nie	N 17 % 94,40%	15 88,20%	56 91,80%	18 72,00%	15 78,90%	121 86,40%
	Tak	N 1 % 5,60%	2 11,80%	5 8,20%	7 28,00%	4 21,10%	19 13,60%
Inne	Nie	N 17 % 94,40%	17 100,00%	59 96,70%	25 100,00%	19 100,00%	137 97,90%
	Tak	N 1 % 5,60%	0 0,00%	2 3,30%	0 0,00%	0 0,00%	3 2,10%

Źródło: opracowanie własne.

### Aktywność pozalecnicza na emeryturze

Następnie wzięto pod uwagę odpowiedzi na pytanie o inne formy aktywności profesjonalnej przewidywane w sytuacji zakończenia działalności leczniczej. Co chcieliby robić lekarze, gdyby niemożliwe stało się podejmowanie obowiązków leczniczych? Także i na to pytanie osoby badane mogły dać wiele odpowiedzi, dlatego też konieczne było analizowanie każdej możliwości oddzielnie pod względem udziału osób, które ją wskazały bądź nie wskazały jako istotną. Wykonano testy  $\chi^2$  lub, w przypadku niespełnienia założeń, dokładne testy Fishera. Jednakże żaden z tych testów nie wykazał różnic istotnych statystycznie czy też bliskich istotności statystycznej w zakresie wskazywania ich przez lekarzy emerytów różnych specjalizacji. Oznacza to, że udział osób wskazujących, czy chcieliby czy nie chcieli zajmować się np. określonymi zagadnieniami edukacyjnymi i naukowo-badawczymi zamiast pracy w zawodzie lekarza nie zależy od rodzaju specjalizacji, a różnice widoczne w tabeli 7 są z dużym prawdopodobieństwem przypadkowe.

**Tabela 7.** Specjalizacja a preferowane formy aktywności poza działalnością leczniczą

		Choroby dzieci	Medycyna rodzinna	Specjalizacje niezabiegowe	Specjalizacje zabiegowe	Stomatologia	Ogółem
Edukacja merytoryczna/badania naukowe	Nie	N 15 % 83,30%	15 88,20%	55 90,20%	24 96,00%	18 94,70%	127 90,70%
	Tak	N 3 % 16,70%	2 11,80%	6 9,80%	1 4,00%	1 5,30%	13 9,30%
Porady medyczne	Nie	N 8 % 44,40%	7 41,20%	38 62,30%	10 40,00%	12 63,20%	75 53,60%
	Tak	N 10 % 55,60%	10 58,80%	23 37,70%	15 60,00%	7 36,80%	65 46,40%
Zarządzanie podmiotem leczniczym	Nie	N 18 % 100,00%	16 94,10%	61 100,00%	25 100,00%	18 94,70%	138 98,60%
	Tak	N 0 % 0,00%	1 5,90%	0 0,00%	0 0,00%	1 5,30%	2 1,40%
Praca w administracji opieki zdrowotnej	Nie	N 16 % 88,90%	17 100,00%	58 95,10%	24 96,00%	18 94,70%	133 95,00%
	Tak	N 2 % 11,10%	0 0,00%	3 4,90%	1 4,00%	1 5,30%	7 5,00%
Praca społeczna na rzecz chorych	Nie	N 14 % 77,80%	12 70,60%	37 60,70%	22 88,00%	15 78,90%	100 71,40%
	Tak	N 4 % 22,20%	5 29,40%	24 39,30%	3 12,00%	4 21,10%	40 28,60%
Inne	Nie	N 16 % 88,90%	13 76,50%	52 85,20%	19 76,00%	11 57,90%	111 79,30%
	Tak	N 2 % 11,10%	4 23,50%	9 14,80%	6 24,00%	8 42,10%	29 20,70%

Źródło: opracowanie własne

### Aktywność nieprofesjonalna na emeryturze

Analogiczną analizę przeprowadzono na podstawie odpowiedzi na podobne pytanie, gdzie lekarze wskazywali, co chcieliby robić, gdyby praca zawodowa stała się niemożliwa. Dokładny test Fishera wykazał różnicę istotną statystycznie w zakresie odpowiedzi „inne” ( $p = 0,003$ ). Tabela 8 pokazuje, że odpowiedź tę zazaczyła grupa specjalistów zabiegowych oraz pojedynczy specjaliści niezabiegowi i stomatolog. Odpowiedzi w tej kategorii dotyczyły głównie zainteresowań pozamedycznych, którym emeryci poświęcają swój czas. Na przykład zainteresowania literackie, historyczne, muzyczne, hodowla psów, Uniwersytet Trzeciego Wieku etc. W przypadku pozostałych możliwych odpowiedzi wykonane testy statystyczne nie wykazały żadnych różnic istotnych statystycznie czy też bliskich istotności statystycznej w zakresie wskazywania ich przez lekarzy emerytów różnych specjalizacji.

### Zaprzestanie działalności leczniczej z powodu przejścia na emeryturę

W kolejnym etapie zweryfikowano odpowiedzi osób badanych na pytanie „Zaprzestanie lub ograniczenie działań leczniczych z tytułu przejścia lekarza na emeryturę jest dobrym/złym pomysłem/ nie mam zdania/ inne”. Wykonano dokładny test Fishera, który pokazał, że specjalizacja różnicowała

Tabela 8. Specjalizacja a formy aktywności nieprofesjonalnych

		Choroby dzieci	Medycyna rodzinną	Specjalizacje niezabiegowe	Specjalizacje zabiegowe	Stomatologia	Ogółem
Rozwój zainteresowań kulturowych	Nie	N 16 % 88,90%	14 82,40%	48 78,70%	21 84,00%	14 73,70%	113 80,70%
	Tak	N 2 % 11,10%	3 17,60%	13 21,30%	4 16,00%	5 26,30%	27 19,30%
Podjęcie pracy niezwiązanej z medycyną	Nie	N 18 % 100,00%	17 100,00%	60 98,40%	25 100,00%	18 94,70%	138 98,60%
	Tak	N 0 % 0,00%	0 0,00%	1 1,60%	0 0,00%	1 5,30%	2 1,40%
Dbałość o kondycję fizyczną i zdrowie	Nie	N 7 % 38,90%	5 29,40%	25 41,00%	13 52,00%	8 42,10%	58 41,40%
	Tak	N 11 % 61,10%	12 70,60%	36 59,00%	12 48,00%	11 57,90%	82 58,60%
Spotkania z przyjaciółmi, wycieczki, turystyka	Nie	N 9 % 50,00%	9 52,90%	37 60,70%	20 80,00%	8 42,10%	83 59,30%
	Tak	N 9 % 50,00%	8 47,10%	24 39,30%	5 20,00%	11 57,90%	57 40,70%
Zaangażowania rodzinne	Nie	N 11 % 61,10%	11 64,70%	36 59,00%	16 64,00%	12 63,20%	86 61,40%
	Tak	N 7 % 38,90%	6 35,30%	25 41,00%	9 36,00%	7 36,80%	54 38,60%
Inne	Nie	N 18 % 100,00%	17 100,00%	59 96,70%	19 76,00%	18 94,70%	131 93,60%
	Tak	N 0 % 0,00%	0 0,00%	2 3,30%	6 24,00%	1 5,30%	9 6,40%

Źródło: opracowanie własne

sposób odpowiedzi na poziomie tendencji statystycznej ( $p = 0,096$ ). Choć większość osób wskazuje, że zaprzestanie działalności leczniczej z chwilą przejścia na emeryturę jest złym pomysłem (średnio ponad połowa badanych), to jedynie 26,3% stomatologów udziela takiej odpowiedzi, przy czym ponad 1/5 nie ma zdania na ten temat. Najwięcej lekarzy twierdzących, że to zły pomysł, wywodzi się z grupy pediatrów i lekarzy medycyny rodzinnej. Takie wyniki wskazują na chęć kontynuowania aktywności profesjonalnej przez lekarzy pomimo osiągnięcia wieku emerytalnego.

## DYSKUSJA

Zaprezentowane wyniki badań objęły głównie żeńską część populacji, co odzwierciedla wysoki poziom zainteresowania kobiet tym tematem. Można więc wnioskować, że w dobie przemian międzypokoleniowych, społecznych i rynkowych, kiedy pojawia się konieczność przystosowania do aktywnego przeżywania starości[8], kobiety lekarze wydają się być bardziej otwarte na dyskusję o aktywności zawodowej i ewentualnej realizacji zadań leczniczych na emeryturze w porównaniu z mężczyznami tej samej profesji. Taka perspektywa pozwala kobietom zachować poczucie ciągłości misji zawodowej, a jednocześnie redukuje niepewności związane z okresem emerytalnym, wynikające ze zmienności

rynku pracy oraz systemu zabezpieczeń emerytalnych[9]. Jednakże, w przypadku obu płci trudno jest mówić jedynie o racjonalności ekonomicznej wyborów emerytalnych. Nie należy również zapominać o racjonalności organizacyjnej i związanej z nią świadomości – z jednej strony, posiadanych kompetencji medycznych, a z drugiej – krótkiego horyzontu czasowego na przystosowanie się do realiów nowego etapu życia. Świadczą o tym chociażby zindywidualizowane wypowiedzi respondentów, którzy odwołują się do osobistych ocen i determinantów decyzji dotyczących najlepszego rodzaju lub miejsca zatrudnienia dla lekarza na emeryturze. Na przykład takie sformułowania, jak: „forma do indywidualnego wyboru”, „własna ocena, według uznania” i często powtarzająca się odpowiedź „w niepełnym wymiarze godzin” lub „według chęci i możliwości”[10].

Ponadto, emerytowani lekarze chętnie wypowiadają się na temat przyszłości zawodowej na emeryturze. Uzasadnić to można bezpośrednim i praktycznym doświadczeniem profesjonalnym, a nie jedynie tworzeniem – bardziej lub mniej realistycznych – emerytalnych projektów tożsamościowych. Zdaniem lekarzy ich umiejętności z biegiem czasu wciąż wzrastają, a różnicowane problemy związane z wiekiem (np. najczęściej podkreślane – zdrowie, coraz bardziej zaawansowany wiek) nie zmniejszają ich gotowości do podejmowania odpowiedzialności za leczenie pacjentów. Lekarze będący na emeryturze, nawet w podeszłym wieku starają się nadal wykorzystywać swoje umiejętności kliniczne. Świadczy o tym chociażby fakt, że przedstawiciele specjalności zabiegowych, które najbardziej są związane z działalnością szpitalną i kliniczną, ciągle znajdują zatrudnienie do późnych lat życia. *Ograniczoną działalność leczniczą* prowadzi 48% specjalistów zabiegowych, a przedstawiciele specjalności niezabiegowych deklarują nawet w 49,2% *regularną działalność leczniczą*. Wielu lekarzy twierdzi, że najlepszym miejscem pracy dla emeryta jest właśnie *dotychczasowe miejsce zatrudnienia* (67,1%). Tę tendencję potwierdzają wcześniej przeprowadzone w Polsce badania na temat satysfakcji zawodowej lekarzy w wieku emerytalnym[11]. Autorzy tych badań wyraźnie wskazują na korelację, jaka istnieje między ciągłością zatrudnienia a zadowoleniem z wykonywanej pracy. Można by więc przypuszczać, że im dłuższy jest/był staż pracy lekarza w danym miejscu, tym większe istnieje prawdopodobieństwo powiązań osobistych i aktywności emerytalnej związanej z tym miejscem zatrudnienia. Wniosek wydaje się dość istotny z punktu widzenia rynku pracy i wzrastających potrzeb w zakresie specjalistów medycznych. Jednakże należałoby dodać, że lekarze stomatolodzy wykazują nieco inną tendencję. Pomimo że w większości deklarują kontynuację aktualnych rodzajów i miejsc zatrudnienia, faktycznie dotyczy to głównie ich prywatnej działalności leczniczej. Oni też są tą grupą, która preferuje właśnie tę formę zatrudnienia dla lekarza na emeryturze, niezależnie od tego, czy sami prowadzą taką działalność, czy też nie.

Lekarze przez ciągłą aktywność leczniczą i medyczną w ramach struktur opieki zdrowotnej wytworzyli w sobie, a jednocześnie został w nich utworzony, trwały system dyspozycji mentalnych i behawioralnych, nazwany przez francuskiego socjologa Pierre'a Bourdieu *habitus*[12]. Bez wątplenia jest on kontynuowany przez lekarzy i daje swój wyraz w zachowaniu i późniejszych wyborach na emeryturze. Niestety, całościowy i zbiorczy opis *habitusu* byłby dość ogólny i w efekcie błędny, gdyż już wstępna analiza danych mówi nam o zaznaczonych tendencjach statystycznych i odmiennościach między

pokoleniami lekarzy i specjalistów. Dla przykładu między stomatologami a lekarzami rodzinnymi czy też specjalnościami zabiegowymi a lekarzami chorób wewnętrznych. Na obecnym etapie możemy jednak podkreślić pewne cechy związane z preferencjami i wyborami emerytalnymi w odniesieniu do bourdierowskiego pojęcia *hexis*. Inaczej mówiąc, *habitusu* ucieleśnionego, który wynika z długofalowej aktywności leczniczej o znaczącej randze kontaktu z pacjentem – powtarzalnych każdego dnia „rytuałów” komunikacyjnych. Ten system wyuczonych dyspozycji jest powielany w wyborach form i miejsc aktywności na emeryturze. Jednakże i w tym przypadku możemy mówić o pewnych wyjątkach, a nawet tendencjach ilościowych, które nakierowują nas na obserwację zmian, jakich dokonują lekarze, wykorzystując odmienną perspektywę swojego życia na emeryturze. Niewątpliwie takie zmiany następują wraz z wiekiem, uwalniając nową kondycję i możliwości emeryta nie tylko w działaniach profesjonalnych, ale też w życiu społecznym.

Uwagę zwraca fakt, że aktywność zawodowa lekarzy nie zamyka się jedynie na działaniach leczniczych, aczkolwiek te właśnie są preferowane, ale uwzględnione są alternatywne jej formy związane ściśle z okresem emerytalnym, który poddany jest z jednej strony presji rynku pracy i zmieniającego się charakteru i form usług medycznych, a z drugiej – ograniczonej kondycji zdrowotnej samych lekarzy.

Lekarze wykazują się inicjatywą w proponowaniu nowych przestrzeni aktywności, zarówno profesjonalnych (20,7%), jak i tych niezwiązanych z medycyną (6,4%). Niektórzy lekarze planują i skutecznie odchodzą od leczenia pacjentów, zabiegów, operacji, podczas gdy wciąż aktywnie przyczyniają się do rozwoju medycyny poprzez edukację, kariery administracyjne czy publikacje. Inni miewają nie mniejsze sukcesy w dziedzinach służby społecznej, biznesu lub rekreacji. Udało im się przezwyciężyć tendencję społeczną mówiącą o tym, że lekarze identyfikują siebie i są identyfikowani na podstawie swoich osiągnięć, a nie na podstawie tego, kim są jako osoby. Przejawiają oni również chęć zmiany, pielęgnują inne zainteresowania i umiejętności oraz wykazują planowanie, które gwarantuje uporządkowane etapy emerytalne z pomyślnym skutkiem.

Analizy porównawcze przedziałów wiekowych, miejsc zamieszkania, regionów Polski dostarczyłyby potrzebnych i ciekawych danych, gdyby przeprowadzić poszerzone badania na większej populacji lekarzy emerytów.

## WNIOSKI

1. Z przeprowadzonej analizy wynika, że lekarze, którzy osiągnęli wiek emerytalny, są dalej gotowi podejmować działalność leczniczą.
2. Najbardziej preferowaną formą zatrudnienia jest praca w ograniczonym wymiarze czasowym, chociaż wielu

z nich stara się jak najdłużej pozostać na pełnym etacie, szczególnie w swoim dotychczasowym miejscu zatrudnienia.

3. Lekarze w zależności od posiadanej specjalizacji różnią się w ocenie i preferencjach dotyczących aktywności leczniczej na emeryturze. Podziały między specjalizacjami zaznaczają się na osi specjalizacje zabiegowe i niezabiegowe oraz medycyna rodzinna i specjaliści chorób dzieci vs stomatologdy.
4. Każda z wyłonionych kategorii analizy zastosowanych w opisie aktywności zawodowej lekarzy na emeryturze może być przedmiotem bardziej szczegółowych opracowań i osobnych tematów badawczych.

## PIŚMIENICTWO

1. Borkowska-Kalwas T. Aktywność zawodowa ludzi starych. W: J Halik (red.). Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa, ISP: Warszawa; 2002, s. 49–52.
2. Bourdieu P. Dystynkcja. Krytyka władzy sądowniczej. PWN: Warszawa 2004.
3. Jak żyje się osobom starszym w Polsce? Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2012.
4. Kowalski JT, Szukalski P (red.). Pomyślnie starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej. UŁ: Łódź 2008.
5. Lewtak K, Poznańska A, Wysocki M. Predyktory satysfakcji zawodowej lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Probl. Hig. Epidemiol. 2012; 93(3), s. 558–567.
6. Ludność w wieku 60 lat i więcej, struktura według płci i wieku, trwanie życia, umieralność, prognoza. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2016.
7. Osoby po 50-tym roku życia na rynku pracy. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2017.
8. Nawojczyk M. Przewodnik po statystyce dla socjologów. SPSS Kraków 2002.
9. Ostrowska A. Kobiety 50+ w Polsce. Między wyzwaniem społecznym a możliwościami zdrowotnymi. Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis, Studia Sociologica. 2015; (7) 1, s. 97–114.
10. Parsons T. System społeczny. PWN Warszawa 2009.
11. Pasiński T. Lekarz – zawód czy profesja? Medycyna po Dyplomie. 2009; 18/4, s. 133–135.
12. Pong RW, Lemire F, Tepper J. Physician Retirement in Canada: What Is Known and What Needs to be Done, Paper prepared for the 10th International Medical Workforce Conference Vancouver, British Columbia; Canada: March 20–24, 2007.
13. Relman AS. Medical Professionalism in Commercialized health care market. Claveland Clinic Journal of Medicine. 2008; 75(6), p. 33–36.
14. Stan zdrowia Ludności Polski w 2014 roku. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa 2016.
15. Tobiasz-Adamczyk B, Brzyski P. Bilans satysfakcji z pracy zawodowej lekarzy w wieku emerytalnym. Relacja pomiędzy satysfakcją z pracy zawodowej a ogólną jakością życia, Gerontologia Polska 2006; (14) 2, s. 77–84.
16. Szukalski P (red.). To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym. Instytut Spraw Publicznych: Warszawa 2008.

## Podziękowania

Podziękowania kieruję do Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku za publikację ankiet w „Biuletynie OIL”.

# Selected aspects of the professional activity of retired doctors

## ■ Summary

The article presents selected results and analysis of research carried out in the years 2015–2017 among medical doctors and dentists approaching retirement age and retirement. The objective of the study was the professional activity of retired physicians and dentistry who or are still engaged in therapeutic activity, described using selected categories. The data concerning the selected problem were collected using a questionnaire which was sent to respondents in the regions of Białystok and Warsaw. Analysis of the data focused on the dominant population in the study – physicians at the age of retirement. The results of the study were presented in such a way to consider the specificity of answers to the questions arising from the medical speciality possessed, because this speciality is the significant determinant of the activity of physicians and their capability for further work after reaching retirement age.

## ■ Key words

professional activity, professionalism, doctors pension