

Sławomir Czachowski, Krzysztof Buczkowski

Społeczne uwarunkowania wyboru specjalizacji lekarza rodzinnego

Kultura i Edukacja nr 1, 127-142

2006

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Sławomir Czachowski, Krzysztof Buczkowski

SPOŁECZNE UWARUNKOWANIA WYBORU SPECJALIZACJI LEKARZA RODZINNEGO

1. Wprowadzenie

Transformacje systemowe w Polsce, które dokonały się na początku lat dziewięćdziesiątych XX w., miały znaczący wpływ na zmiany strukturalne systemu opieki zdrowotnej. W zakresie lecznictwa podstawowego, którego głównym zadaniem jest pomoc pacjentowi w najbliższym środowisku jego zamieszkania, w miejsce „starych” przychodni rejonowych pojawili się lekarze rodzienni. Mocą rozporządzenia Ministra Zdrowia, po wielu perturbacjach, w 1994 roku medycyna rodzinna stała się nową dyscypliną lekarską¹. Był to jeden z koniecznych elementów dostosowawczych w systemie edukacji medycznej Unii Europejskiej. Pierwsi kandydaci na lekarzy rodzinnych odbywali sześciomiesięczne staże w Europie Zachodniej, finansowane w ramach programu PHARE i przy wsparciu Banku Światowego². Po uzyskaniu dyplomu rozpoczęli kształcenie swoich kolegów-lekarzy z terenu całej Polski. Tworzyły się podwaliny nowego sposobu myślenia lekarskiego, związanego z holistycznym rozumieniem pacjenta i jego choroby, szczególnie w aspekcie interakcji psychospołecznych.

W nowej rzeczywistości lekarz rodzinny miał się stać najważniejszym elementem opieki zdrowotnej, przyjacielem pacjenta, zastąpić „gorszych” lekarzy rejonowych i zyskać wysoki prestiż w strukturze społecznej. Praktyki lekarza rodzinnego, miejsce spotkania z pacjentem miały zastąpić brudne i odrapane przychodnie państwowe. Aby zrealizować zamierzenie, na uczelniach powstawały Katedry Medycyny Rodzinnej, stworzono od podstaw programy specjalizacji, pojawiły się podręczniki przygotowa-

¹ Okoliczności związane z tym procesem opisują M. Balicki i J. Łuczak w rozdziale *Medycyna rodzinna – początki w Polsce*, [w:] *Medycyna rodzinna*, M. M. Kochen (red.), Warszawa 1996, s. 88–100.

² Szczegóły opisują uczestnicy programów: M. Godycki-Ćwirko, P. Nowak, A. Windak, K. Kosiek, [w:] *Medycyna rodzinna*, J. Latkowski, W. Lukas (red.), Warszawa 2005, s. 5–17.

jące do nauczania w praktyce lekarza rodzinnego³. W ciągu jedenastu lat dyplom lekarza rodzinnego w Polsce uzyskało około sześć tysięcy osób. Okazało się jednak, że tylko część z nich, około 35% funkcjonuje w roli „prawdziwego” lekarza rodzinnego, czyli takiego, który posiada listę pacjentów i na podstawie umowy kontraktowej pracuje w charakterze wolnorynkowego profesjonalisty.

Ocena skutków reformy wymaga niewątpliwie czasu, uderzająca jest jednak mała liczba opracowań socjologicznych dotyczących tego, kim są następcy pionierów medycyny rodzinnej, kształconych na Zachodzie, tuż po upadku komunizmu. Refleksję budzi fakt, że w okresie, kiedy opieka zdrowotna jest przedmiotem ostrej krytyki i najczęstszym miejscem działań korupcyjnych, organizatorzy nowego systemu nie korzystają z wyników badań. Antonina Ostrowska podkreśla, że „zniesienie cenzury, dopuszczalny w ramach nowego ustroju pluralizm stanowisk nie zachęcił socjologów medycyny do podejmowania tego rodzaju problematyki”⁴. Nie ma poważnych opracowań społecznych, opisujących, w jaki sposób studia lekarskie przygotowują przyszłych adeptów do pracy w roli lekarza rodzinnego. Dlatego poniższe opracowanie traktujemy jako pionierskie w zakresie eksploracji socjologicznej.

W dotychczasowych ocenach na temat szkół medycznych dominuje podejście strukturalne, podkreślające systemowe funkcjonowanie wydziałów lekarskich. Koncentrują się one wszakże na kształceniu specjalistów w wąskich dyscyplinach medycznych, z reguły na terenie dużych szpitali i klinik. W ostatnim roku akademickim znacznie zwiększono liczbę godzin w ramach medycyny rodzinnej, ale czy wynikiem tych przeobrażeń będzie jakościowa zmiana w kształceniu studentów?

Nie zapominajmy, że lekarz rodzinny oferuje swoim pacjentom aż w 90% skuteczne rozwiązanie wszystkich problemów zdrowotnych⁵. Dlatego ważnym głosem w dyskusji, dotyczącej projektu dalszych zmian w systemie opieki zdrowotnej, są opinie studentów medycyny. Będą wszak oni w przyszłości warunkiem *sine qua non* całej struktury lecznictwa i ważnym elementem formacji społecznej⁶.

Opinie badanych medyków są wyraźnie odmienne w zderzeniu ze światem oczekiwania pacjentów. Przyszli lekarze spodziewają się pracy, w której za swoją kompetencję osiągną wysokie profity, pacjenci zaś w 84% optują za bezpłatną opieką zdrowotną. Powstaje wrażenie, że „świat” pacjentów i „świat” przyszłych lekarzy mają ze sobą mało wspólnego. Nie można wykluczyć, że błąd tkwi w systemie kształcenia medycz-

³ Zakres i treści nauczania podano we wspólnym polsko-holenderskim opracowaniu J. Heijlman, Z. Król, P. van Hasselt, T. Tomasik, A. Windak, P. Schoonheim, E. Kryj-Radziszewska, *Nauczanie w praktyce lekarza rodzinnego*, Kraków 1997.

⁴ A. Ostrowska, *Komu potrzebna jest socjologia zdrowia i medycyny*, [w:] *W stronę socjologii zdrowia*, W. Piątkowski, A. Titkow (red.), Lublin 2002.

⁵ J. Collier, J. Longmore, J. Harvey, *Oksfordzki podręcznik medycyny klinicznej*, Warszawa 1993.

⁶ H. Domański, *Struktura społeczna*, Warszawa 2004.

nego. Dlatego uważaliśmy, że należy dowiedzieć się, jakie postawy i wartości tkwią w świadomości studentów, poddać to zagadnienie obserwacji socjologicznej⁷.

W przedstawionym opracowaniu staramy się ukazać, kim są w wymiarze społecznym i z jakich środowisk wywodzą się ci, którzy wybierają specjalizację lekarza rodzinnego. Jaki sens ma dla nich wybór medycyny rodzinnej, czy jest to wyjście gorsze czy też wymarzony cel życia. Postaramy się odpowiedzieć na pytania dotyczące aspiracji i planów, jak również określić, jakimi są studentami i jak postrzegają pozycję lekarza rodzinnego na tle innych specjalności.

Podstawą analiz zamieszczonych w tym opracowaniu są wyniki badania empirycznego, przeprowadzonego wiosną 2005 roku wśród studentów Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy. Celem badania było rozpoznanie podstawowych charakterystyk społecznych i demograficznych studentów medycyny, ich stosunku do zdobywanego zawodu, planów i aspiracji materialnych. Z wcześniejszych ustaleń oraz obserwacji funkcjonowania środowiska lekarskiego wynikało, że wśród możliwych dyscyplin medycznych specjalność lekarza rodzinnego cieszy się stosunkowo małą popularnością. Dlaczego tak się dzieje? W celu uzyskania odpowiedzi na tak postawione pytanie przygotowano badanie socjologiczne, w którym postanowiono rozpoznać środowisko studentów medycyny. Czy można zaobserwować jakąś specyfikę osób studiujących medycynę, która powoduje, że niejako naturalnie nie chcą pracować w specjalności lekarza rodzinnego? Co o tym przesądza?

Badanie przeprowadzono przy użyciu metody sondażu diagnostycznego. Podstawowym narzędziem był kwestionariusz, składający się z 30 pytań, testujących przyszłe plany studentów, ich aspiracje zarobkowe, stosunek do zdobywanego zawodu ze szczególnym uwzględnieniem różnic w postrzeganiu specjalności lekarza specjalisty a lekarza rodzinnego. Istotną częścią ankiety były pytania dotyczące pochodzenia społecznego studiujących i statusu materialnego ich rodzin.

Badaniem objęto studentów trzech lat wydziału lekarskiego – pierwszego, trzeciego i szóstego. W ten sposób badanie miało charakter pseudodynamiczny. Przyjmujemy tutaj, że poszczególne lata studiów stanowią kolejne fazy kształtowania się postaw wobec zawodu i własnej przyszłości studentów. Zyskuje się w ten sposób możliwość diagnozowania zmian w postawach i opiniach młodych ludzi poprzez porównywanie wyników badania wśród poszczególnych roczników.

Z każdego roku wytypowano połowę stanu studentów – na pierwszym roku udało się dotrzeć do 69 osób, na trzecim do 63, natomiast na szóstym do 68. Łącznie badaniu poddano 200 osób.

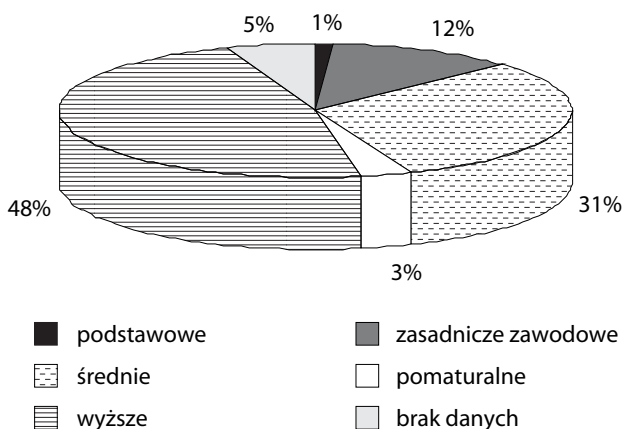
⁷ Szerzej ten problem opisuje R. Meighan, *Socjologia edukacji*, Toruń 1993.

2. Ogólna charakterystyka studentów medycyny

Próbując ujawnić specyfikę studentów, którzy planują pracę w zawodzie lekarza rodzinnego, musimy rozpocząć od przedstawienia ogólnych charakterystyk osób studiujących medycynę. Kim są, z jakich rodzin pochodzą, z jakich środowisk przybyli? Na tym tle rozpatrzmy później te osoby, które planują pracę w interesującej nas tu specjalności.

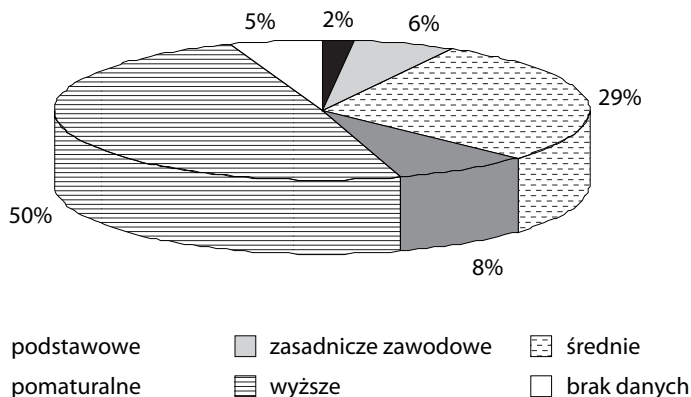
Studenci medycyny wywodzą się w większości z rodzin, w których rodzice mają wyższe wykształcenie. Widać to wyraźnie na wykresach 1 i 2.

Wykres 1. Wykształcenie ojca



Źródło: badania własne 2005.

Wykres 2. Wykształcenie matki



Źródło: badania własne 2005.

Aż 48% ojców i 50% matek posiada wyższe wykształcenie. Wśród matek drugą pozycję zajmują kobiety z wykształceniem średnim (29%), część (8%) zdecydowała się również na kształcenie pomaturalne. Znikome dwa procent to matki z wykształceniem podstawowym. Niewiele jest także tych z zasadniczym zawodowym (6%). Przeważają więc dzieci matek dobrze wykształconych.

Podobnie jest w przypadku ojców: 31% – wykształcenie średnie, 3% – pomaturalne. Równie znikomo, jak u matki, reprezentowani są ojcowie z wykształceniem podstawowym (1%), nieco więcej jest ojców z wykształceniem zasadniczym zawodowym – 12%.

Są to znaczące dane, biorąc pod uwagę fakt, że w całej populacji Polaków osoby z wyższym wykształceniem stanowią 12%. Studia medyczne są zatem studiami dla elit intelektualnych społeczeństwa.

Podobnie widać to, kiedy analizujemy zawód wykonywany rodziców. Pokazują to tabele 1 i 2.

Tabela 1. Zawód wykonywany ojca

Kategoria zawodowa	%
Menedżerowie	3,4
Specjaliści	33,0
Wolne zawody	0,4
Technicy, pracownicy umysłowi	9,0
Pracownicy usług wyżej kwalifikowanych	1,1
Robotnicy	15,4
Rolnicy	4,5
Przedsiębiorcy	7,5
Mundurowi	6,4
Bezrobotni	0,4
Emeryci, renciści	4,5
Brak danych	14,6
Ogółem	100,0

Tabela 2. Zawód wykonywany matki

Kategoria zawodowa	%
Menedżerowie	2,2
Specjaliści	39,3
Wolne zawody	4,1
Technicy, pracownicy umysłowi	20,2
Pracownicy usług wyżej kwalifikowanych	1,5
Robotnicy	4,3
Rolnicy	4,3
Przedsiębiorcy	5,2
Mundurowi	0,7
Bezrobotni	1,9
Emeryci, renciści	3,0
Brak danych	13,3
Ogółem	100,0

Źródło: badania własne 2005.

Ojcowie pracują przede wszystkim w zawodach specjalistycznych, wymagających wyższego wykształcenia i specjalnych kwalifikacji. Ponad 30% osób wskazało, że ich ojcowie wykonują takie właśnie prace. Zawód robotnika wykonuje 15,4% ojców studentów medycyny. W sumie przeważają osoby wykonujące prace specjalistyczne i umysłowe.

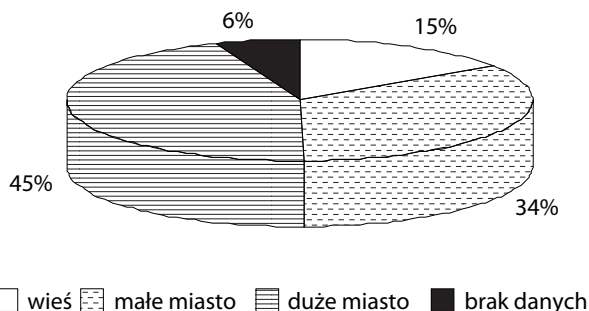
Podobnie sprawa przedstawia się w przypadku matek. Przeważają dzieci matek posiadających wyższe wykształcenie – specjalistek (39,3%). Na drugim miejscu plasują

ją się dzieci techników i pracowników umysłowych – nie posiadających wyższego wykształcenia, nie zajmujących stanowisk kierowniczych (20,2%). Stosunkowo niewiele jest matek posiadających wyższe wykształcenie i zajmujących stanowiska „menedżerskie” – w sumie 2,2%. Niewielką grupę stanowią matki – właścicielki i dzierżawcy gospodarstw rolnych (4,3%). Prawie 5% to matki niepracujące: 1,9% bezrobotnych i 3% emerytek lub rencistek. Robotnice to w sumie 4,3% (niewykwalifikowane 2,7%, wykwalifikowane 1,6%). Znaczna grupa kobiet pełni funkcję matek-przedsiębiorców (5,2%). 4,1% matek wykonuje wolny zawód, znikomy ich procent (0,7) to osoby „mundurowe”.

Te dwie informacje (na temat wykształcenia rodziców i zawodu przez nich wykonywanego) wskazują na specyfikę środowiska studentów medycyny. Jest to zbiorowość wywodząca się z elity społecznej, rozumianej jako grupa ludzi zajmujących najwyższe pod względem statusu społecznego pozycje⁸. Osoby z rodzin o niższym statusie, awansujące poprzez edukację, stanowią tutaj mniejszość. Jest to istotny czynnik warunkujący kształtowanie się postaw wobec zawodu, jak również aspiracji społecznych i materialnych. Tendencje do inwestowania w edukację, jako wymiar kulturowy, odnotowali w swoich opracowaniach badacze w latach 80.⁹

Dodatkowo należy zauważyć, że większość badanych studentów pochodzi z dużego miasta (45%), 34% przybyło na studia z małych miejscowości, natomiast tylko 15% mieszka na co dzień na wsi. Jest to jeszcze jeden czynnik pokazujący elitarność społeczną zbiorowości studentów medycyny. Dane dotyczące miejsca zamieszkania ilustruje wykres 3.

Wykres 3. Miejsce zamieszkania studentów medycyny



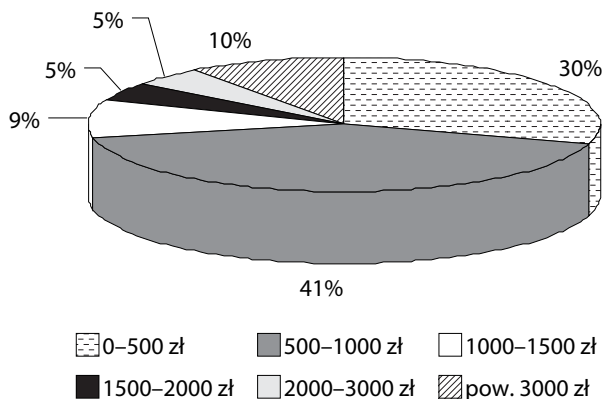
Źródło: badanie własne 2005.

⁸ T. Parsons, *Szkice z teorii socjologicznej*, Warszawa 1972.

⁹ Por. badania prowadzone przez R. Borowicza, *Plany kształceniowe i zawodowe młodzieży oraz ich realizacja*, Warszawa 1980.

Podstawowym wyznacznikiem statusu społecznego, obok wykształcenia i wykonywanego zawodu, jest dochód. Rozkład dochodu na osobę w rodzinie wśród studentów medycyny przedstawiono na rysunku 4.

Wykres 4. Dochód na osobę w rodzinie wśród studentów medycyny



Źródło: badania własne 2005.

Jak wynika z tego wykresu, większość biorących udział w badaniu studentów medycyny pochodzi z rodzin, gdzie dochód na osobę kształtuje się na poziomie poniżej 1000 zł (ponad 70%), w tym 30% posiada dochody poniżej 500 złotych na osobę. Jednakże aż 30% osób pochodzi z rodzin o wysokim statusie materialnym, gdzie dochód przekracza 1000 zł na osobę, a 10% z nich posiada dochody na poziomie powyżej 3000 na osobę.

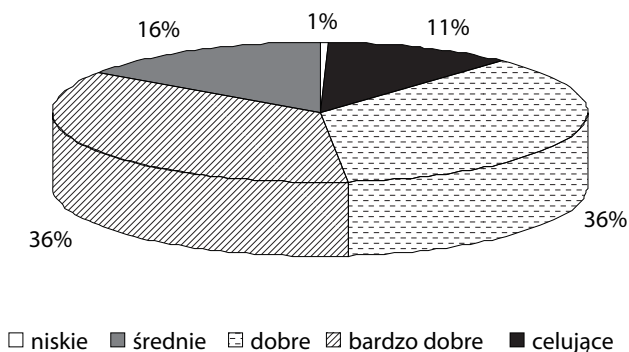
Analiza tych danych musi być jednak opatrzona istotnym komentarzem – na to pytanie odpowiedziało tylko 55,2% ankietowanych. Pytanie o dochody jest pytaniem drażliwym, zatem dane te są trudne do uzyskania. Prawie połowa badanych odmówiła odpowiedzi na to pytanie. Uzyskane w ten sposób oświadczenia należy traktować jako informacje pomocnicze. Ważniejsze są dane o wykształceniu rodziców i wykonywanym zawodzie.

Analizując zbiorowość studiującej młodzieży, musimy również zwrócić uwagę na poziom kompetencji studiujących. Mamy tu do dyspozycji dwie informacje – oceny na świadectwie maturalnym oraz średnią z przebiegu studiów. Przyjrzyjmy się tutaj przede wszystkim ocenom na świadectwie dojrzałości.

Przeważająca część studiujących medycynę uzyskała w szkole średniej doskonałe wyniki. Wyniki na poziomie bardzo dobrym i dobrym uzyskało po 36% badanych. Tylko 11% uzyskało wyniki średnie, a zaledwie 1% niskie. Nie dziwi to, gdyż kandyda-

ci stają przed bardzo trudnym egzaminem wstępnym. Kwalifikują się zatem tylko najlepsi pod względem posiadanych kompetencji. Jak pokazały wcześniejsze analizy pochodzenia społecznego, oznacza to również kwalifikację najlepszych społecznie.

Wykres 5. Średnia ocen na świadectwie maturalnym



Źródło: badania własne 2005.

Jak pokazała ta krótka charakterystyka, studia medyczne są miejscem, w którym zbiera się wyraźnie wyselekcjonowana pod względem kompetencyjnym i społecznym młodzież. Pochodzi ona z rodzin, w których rodzice mają wyższe wykształcenie i wykonują prestiżowe zawody specjalistyczne. Dają swym dzieciom kapitał kulturowy, który widoczny jest w ich wysokich wynikach osiągniętych na egzaminie maturalnym. Taka specyfika środowiska owocuje określonymi konsekwencjami w planach i aspiracjach życiowych.

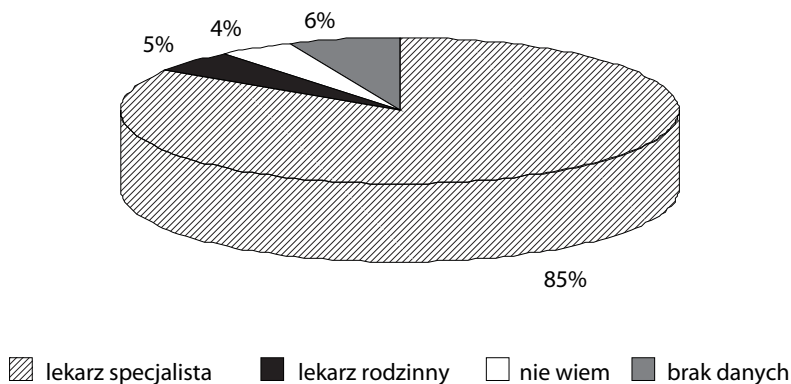
Prestiżowy zawód nie może wiązać się z uzyskaniem niższego statusu społecznego niż ten, z którym studenci spotykają się w trakcie sześcioletniej edukacji. Adiunkt, docent czy asystent w szpitalu to coś lepszego niż pracujący w przychodni „lekarz rejonowy”. W chwili obecnej uważamy, że zbyt mało jest lekarzy rodzinnych, aby wizerunek ich uzyskał równie wysokie znaczenie oraz uznanie i prestiż w ocenach studentów.

3. Plany zawodowe i aspiracje materialne studentów medycyny

Czas studiów jest jednym z końcowych etapów przygotowawczych przed rozpoczęciem kariery zawodowej i zajęciem określonej pozycji społecznej. Wybór szkoły wyższej i profilu studiów jest już efektem pewnego planu życiowego, krokiem w realizowaniu życiowych aspiracji. Sam fakt przebywania na studiach medycznych jest wskaźnikiem wysokich aspiracji młodych ludzi – zawód lekarza niezmiennie cieszy się dużym prestiżem społecznym. Jak możemy bliżej scharakteryzować plany zawodowe badanych przez nas studentów?

Podłożem analiz prowadzonych w niniejszym tekście jest pytanie dotyczące studentów wybierających specjalność lekarza rodzinnego. Sprawdźmy zatem, jak bardzo popularny jest ten profil.

Wykres 6. Wymarzona specjalność studentów medycyny



Źródło: badania własne 2005.

W zawodzie lekarza rodzinnego chciałoby pracować, wybierając go jako ten wymarzony, jedynie 5% badanych studentów. Zdecydowana większość preferuje inne specjalności. Można w tych postawach dostrzec dominację wzorca lekarza specjalisty, profesjonalisty, zajmującego wysoki status ze względu na tytuł i dochody. Znaczna część studentów wymieniła dyscypliny lekarskie cieszące się wysoką estymą w relacjach społecznych. Do najczęściej wymienianych należały: kardiolog, neurochirurg, psychiatra, alergolog¹⁰. Pokazywany w mediach wizerunek prof. Z. Religi, wybitnego kardiochirurga, jest dobrym przykładem postaci, która modeluje wyobrażenia zawodowe przyszłych lekarzy. Specjalizacja, w której dominuje kontakt z pacjentem i niesienie altruistycznej pomocy, nie znalazła reprezentacji w odpowiedziach studentów. Mamy wrażenie, że orientacja holistyczna, ujmująca człowieka w całej złożoności, w szerokim kontekście ekologicznym¹¹, jest nieznaną badanym formą myślenia medycznego. Perspektywa lekarza rodzinnego, osoby nie tylko rozwiązującej problemy medyczne, ale również penetrującej uwarunkowania socjologiczne, znanej choćby z przykładu literackiego dr. Judyma, nie leży w polu zainteresowań badanych. Przyjęcie pozycji do-

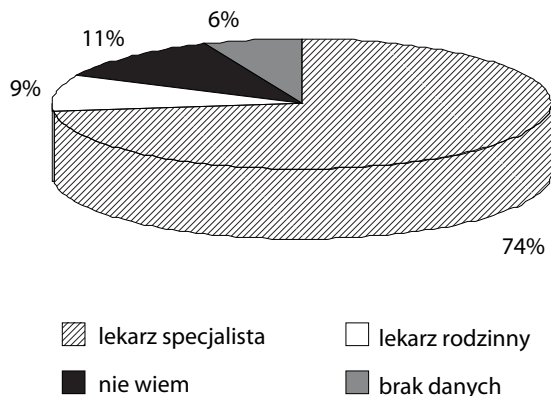
¹⁰ Wyniki preferencji studentów medycyny opisują w książce *Środowiskowe uwarunkowania praktyki lekarza rodzinnego (wybrane zagadnienia)*, Toruń 2002, s. 79–97.

¹¹ M. Sokołowska, *Granice medycyny*, Warszawa 1980.

radcy, przyjaciela rodziny, adwokata w sprawach zdrowia i choroby wydaje się propozycją gorszą, mniej prestiżową i o niższej wartości w odbiorze społecznym.

W ankiecie zadaliśmy również pytanie, jaką specjalność studenci planują wybrać. Tutaj odsetek chętnych do zawodu lekarza rodzinnego wzrasta do 9% (patrz wykres 7).

Wykres 7. Planowana specjalność



Źródło: badania własne 2005.

Ciekawe wyniki uzyskujemy, analizując rozkład odpowiedzi na pytanie o planowaną specjalność w poszczególnych latach studiów, które przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Planowana specjalność a rok studiów (w %)

Planowana specjalność	Rok studiów		
	I	III	VI
Lekarz specjalista	89,2	74,1	70,6
Lekarz rodzinny	1,5	7,4	19,1
Nie wiem	9,3	18,5	10,3
Ogółem	100,0	100,0	100,0

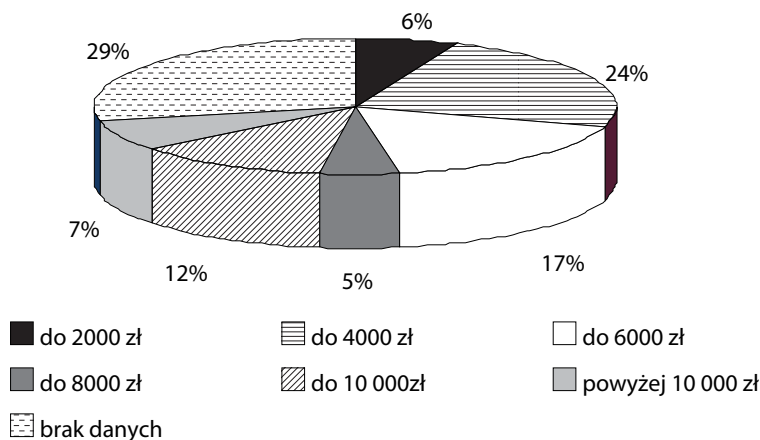
Źródło: badania własne 2005.

Wyraźnie widać, że wraz z przebiegiem studiów rośnie liczba osób zainteresowanych podjęciem specjalności lekarza rodzinnego (z 1,5 na I roku do 19,1% na VI roku studiów). Jednocześnie rośnie liczba osób niezdecydowanych, a może zdezorientowanych. Może to świadczyć o urealnianiu planów studentów z biegiem nauki, w efekcie

zdobywania wiedzy na temat rzeczywistych warunków funkcjonowania rynku pracy lekarzy. Może się to również wiązać ze zdobywaniem wiedzy na temat zawodu lekarza rodzinnego, a co za tym idzie, być może zwiększania jego popularności. Gdy jednak skonfrontujemy to z danymi przedstawionymi na wykresie dotyczącym wymarzonej specjalności osób, które planują zostać lekarzem rodzinnym, taka interpretacja przestaje być wiarygodna.

Musimy jeszcze spojrzeć na aspiracje zarobkowe przyszłych lekarzy. W jaki sposób kształtuje się odpowiedź na pytanie o poziom przyszłych zarobków, jakie chcieliby mieć badani studenci?

Wykres 8. Aspiracje zarobkowe studentów medycyny



Źródło: badania własne 2005.

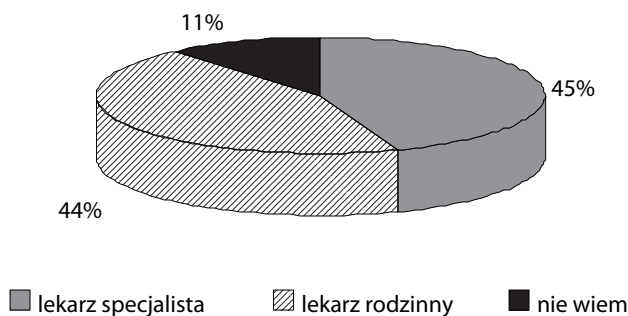
Analizując dane przedstawione na tym wykresie, widzimy, że aspiracje zarobkowe są ustalone na dosyć wysokim poziomie. Tylko 6% zadowoliliby się zarobkami do 2000 zł miesięcznie. Znacząca część, 24%, chciałaby zarabiać do 4000 zł, a 12% do 10 000 zł. Znajdziemy tu też osoby odpowiadające, że chciałyby zarabiać powyżej 10 000, a są wśród nich i takie, które podają kwoty 100 000 miesięcznie. Wypowiedzi te, chociaż mogą budzić zdziwienie i zaskoczenie, szczególnie w aspekcie obecnych dochodów w opiece zdrowotnej, mają jednak odniesienie do możliwości pracy poza granicami kraju¹². W państwach, w których leczenie jest w dużym stopniu związane z prywatnym systemem ubezpieczeń zdrowotnych, np. w USA lub w Niemczech, te kwoty mają realne szanse realizacji. Od momentu wejścia Polski do Unii Europejskiej liczba lekarzy,

¹² Por. A. Koziarkiewicz, *System wartościowania pracy lekarzy*, Poznań 2003.

którzy zdecydowali się pracować za granicą, sięga kilku tysięcy osób. W większości specjalistycznych pism lekarskich liczba ogłoszeń dotyczących zatrudniania polskich medyków do pracy w krajach Unii zwiększa się z każdym miesiącem.

4. Zamierzenia studentów wybierających specjalizację lekarza rodzinnego w relacji do planów pozostałych studentów

Wykres 9. Wymarzona specjalność kandydatów na lekarza rodzinnego



Źródło: badania własne 2005

Tabela 4. Planowana specjalność a charakter przyszłej pracy (etat czy na własny rachunek) (w %)

Charakter pracy	Planowana specjalność		
	lekarz specjalista	lekarz rodzinny	Niezdeterminowani
Praca na etat	50,4	17,6	47,8
Praca na własny rachunek	46,0	70,6	47,8
Łącznie obie formy	3,6	11,8	4,4
Ogółem	100,0	100,0	100,0

Źródło: badania własne 2005.

Wyraźnie widać powiązanie wyboru pracy w charakterze lekarza rodzinnego z gotowością do pracy na własny rachunek. Wiąże się to zapewne ze specyfiką tego zawodu. Z samej definicji tej specjalności oraz z rodzaju podpisanego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia wynika, że zakres wykonywanych świadczeń zdrowotnych jest bardzo szeroki. Stwarza to lekarzowi rodzinemu możliwość samodzielnego stawiania rozpoznania i leczenia większości zgłaszających się pacjentów. Im więcej chorób po-

trafi sam wyleczyć, tym więcej środków finansowych pozostaje do jego dyspozycji. Skuteczne rozwiązywanie problemów medycznych (średnia dzienna liczba pacjentów wynosi trzydzieści pięć osób) stawia przed lekarzem konieczność wzbudzenia dużego zaufania do siebie, posiadania poczucia pewności siebie i samosterowności. W okresie transformacji ustrojowej pojawił się dylemat prywatyzowania „samego siebie” – w opinii autorów opracowania jest to elementarny warunek zaistnienia na rynku medycznym. Tworzący się nowy status społeczny – praca na własny rachunek – nieznanym dotychczas lekarzom sposób wykonywania zawodu wiąże się z poczuciem niezależności i samodzielnością. Część studentów, obserwując rzeczywistość, wybiera własne miejsce, widząc w tym możliwość skorzystania z szansy i samodzielnego kreowania własnej jednostki.

Tabela 5. Planowana specjalność a aspiracje materialne (w %)

Aspiracje zarobkowe	Planowana specjalność	
	Lekarz specjalista	Lekarz rodzinny
Do 4000 zł miesięcznie	40,3	42,8
Do 8000 zł miesięcznie	29,4	42,8
Do 10 000 zł miesięcznie	19,6	7,2
Powyżej 10 000 zł miesięcznie	10,7	7,2
Ogółem	100,0	100,0

Źródło: badania własne 2005.

Aspiracje zarobkowe osób planujących podjąć pracę w zawodzie lekarza rodzinnego wydają się nieco bardziej zrównoważone niż ich kolegów pragnących podjąć pracę jako lekarze specjaliści. Można zadać pytanie, czym jest to podyktowane. Być może częściową odpowiedź daje analiza odpowiedzi respondentów na pytanie o to, co jest bardziej prestiżowe i co przynosi więcej dochodów (praca jako lekarz rodziny czy jako specjalista?). Okazuje się, że w zdecydowanej większości adepci medycyny uważają pracę lekarza specjalisty za bardziej prestiżową. Mimo że pojęcie prestiżu ma wymiar mało obiektywny i wiąże się bardziej ze stanem świadomości społecznej, to jest to jednak ważny czynnik dzielący ludzi na mniej lub bardziej znaczących¹³. Studenci intuicyjnie dokonują wyboru strategii edukacyjnej, która może zapewnić im satysfakcjonującą pracę, godziwy poziom egzystencji i realizację celów życiowych w trajektorii społecznej. Chcąc, doświadczeni poprzednimi etapami życia, należeć do „lepszych” studentów i dokonać wyboru „lepszej” specjalności. W ten sposób widzą dla siebie klucz do wejścia w strukturę elit społecznych.

¹³ H. Domański, *Prestiż*, Wrocław 1999, s. 5.

Tabela 6. Co jest bardziej prestiżowe (w %)

Co daje więcej prestiżu	Planowana specjalność	
	lekarz specjalista	lekarz rodzinny
Praca jako lekarz specjalista	96,4	94,4
Praca jako lekarz rodzinny	0,7	5,6
Nie widzę różnicy	2,9	–
Ogółem	100,0	100,0

Źródło: badania własne 2005.

Badani nie są już tacy zgodni, gdy pytamy ich o to, co daje większy dochód (tabela 7).

Tabela 7. Rozkład odpowiedzi na pytanie o to, co daje większy dochód w zależności od planowanej specjalności (w %)

Co daje większy dochód	Planowana specjalność	
	lekarz specjalista	lekarz rodzinny
Praca jako lekarz specjalista	81,5	75,0
Praca jako lekarz rodzinny	18,1	25,0
Nie widzę różnicy	0,5	–
Ogółem	100,0	100,0

Źródło: badania własne 2005.

Jak jednak wyraźnie widać, przeważa opinia, że bardziej opłaca się (zarówno społecznie, jak i finansowo) być lekarzem specjalistą. Jest to bardzo istotny czynnik warunkujący tak małą popularność specjalności lekarza rodzinnego. Nawet ci, którzy planują podjąć tę pracę, uważają, że wybierają coś gorszego.

5. Zakończenie

W podsumowaniu analiz chcemy podkreślić, że studia lekarskie, uważane za elitarne, mają swoją dynamikę i w ich toku pojawiają się zróżnicowane preferencje dotyczące przyszłej specjalizacji. Rozpoczynający swoją edukację medyczną studenci pochodzą ze środowisk o wysokim statusie społecznym i spotykają się z przykładem nauczyciela, który jest specjalistą w wąskiej dyscyplinie, zatrudnionym na etacie w szpitalu lub w klinice. Studenci widzą swoją przyszłość w kategoriach wysokiego prestiżu społecznego, jaki mogą uzyskać dzięki znanemu już modelowi lekarza specjalisty. Niemałą

rolę w tych opiniach odgrywają media, preferując wizerunek lekarza sukcesu – profesjonalisty w wąskiej dyscyplinie medycyny. Świadczy o tym niski odsetek chętnych do podjęcia się roli lekarza rodzinnego (ok. 5%). Mamy wrażenie, że panuje stereotypowe przekonanie, że lekarz rodzinny to dawny „lekarz rejonowy”, który nie uczestniczy w procesach edukacji i nie cieszy się estymą profesjonalisty. W powszechnym przekonaniu społecznym ma mniejsze dochody i leczy mniej skomplikowane choroby. Studenci uważają propozycję edukacyjną w dziedzinie medycyny rodzinnej za gorszą i mniej atrakcyjną. Możemy jednak dostrzec wyraźne zmiany w ich postawach w trakcie przebiegu studiów. Co możemy zmienić, aby odwrócić trendy w preferencjach młodych medyków na takie, jakie odnotowujemy w krajach zachodnioeuropejskich? Taki był przecież cel i sens wyjazdów na sześciomiesięczne staże pierwszych pionierów wprowadzających powiew humanizmu w polskiej medycynie. Działania muszą następować w dwóch kierunkach. Po pierwsze, w trakcie zajęć na pierwszych latach studiów należy ukazać funkcjonujący od kilku lat model holistycznej opieki nad pacjentem i jego chorobą w jego miejscu zamieszkania. W programie nauczania powinny się znaleźć elementy dyscyplin, takich jak: antropologia, nauki behawioralne, socjologia, psychologia społeczna¹⁴. Paradoxem jest fakt, że studenci rozpoczynają zajęcia od oględzin i preparowania zwłok ludzkich. Drugi obszar działań zależy od polityki rządu i Narodowego Funduszu Zdrowia. System kontraktu z lekarzem rodzinnym powinien preferować rozwiązania, w których model indywidualnej, holistycznej opieki lekarza nad pacjentem uczyni go zajęciem bardziej prestiżowym w „świecie lekarskim”. Najważniejszym elementem terapeutycznym stanie się wtedy sam lekarz, a nie instytucja, do której zgłasza się zagubiony pacjent¹⁵. Większość państw Unii Europejskiej stworzyła lekarzom rodzinnym takie warunki funkcjonowania, w których znaczna część medyków uznaje tę karierę życiową za atrakcyjną i prestiżową. Tak się jednak nie stało w Polsce. Społeczeństwo oczekuje lekarza jako osobistego adwokata od zdrowia, kogoś bliskiego, kto bezwarunkowo akceptuje chorego i stara się zrozumieć motyw jego postępowania. Ma służyć jemu, a nie – na wysokim poziomie abstrakcyjności - idei zdrowia¹⁶. Tak też postrzegamy system edukacyjny, który powinien być przygotowany do uformowania wolnorynkowego lekarza rodzinnego.

¹⁴ Propozycje edukacyjne sformułowane przez B. Uramowską-Żyto, *Medycyna jako wiedza i system działań*, Wrocław 1980.

¹⁵ M. Balint, *The doctor, his patient and the illness*, Edinburgh 1986.

¹⁶ Taką ideę zawarł W. Kwiatkowski w szkicu *Lekarz rodzinny – przyjaciel domu czy Hipokrates urynkowiony. Społeczne aspekty reformowania służby zdrowia*, Łódź 1999.

LITERATURA:

- Balicki M., Łuczak J., *Medycyna rodzinna – początki w Polsce* [w:] *Medycyna rodzinna*, M. M. Kochen (red.), Warszawa 1996.
- Balint M., *The doctor, his patient and the illness*, Edinburgh 1986.
- Borowicz R., *Plany kształceniowe i zawodowe młodzieży oraz ich realizacja*, Warszawa 1980.
- Collier J., Longmore J., Harvey J., *Oksfordzki podręcznik medycyny klinicznej*, Warszawa 1993.
- Czachowski S., *Środowiskowe uwarunkowania praktyki lekarza rodzinnego (wybrane zagadnienia)*, Toruń 2002.
- Domański H., *Prestiż*, Wrocław 1999.
- Domański H., *Struktura społeczna*, Warszawa 2004.
- Heijlman J., Król Z., Hasselt P., Tomasik T., Windak A., Schoonheim P., Kryj-Ostrowska A., *Komu potrzebna jest socjologia medycyny* [w:] *W stronę socjologii zdrowia*, W. Piątkowski, A. Titkow (red.), Lublin 2002.
- Medycyna rodzinna*, J. Latkowski, W. Lukas (red.), Warszawa 2005.
- Kozierkiewicz A., *System wartościowania pracy lekarzy*, Poznań 2003.
- Kwiatkowski W., *Lekarz rodzinny – przyjaciel domu czy Hipokrates urynkowiony. Społeczne aspekty reformowania służby zdrowia*, Łódź 1999.
- Meighan R., *Socjologia edukacji*, Toruń 1993.
- Parsons T., *Szkice z teorii socjologii*, Warszawa 1972.
- Radziszewska E., *Nauczanie w praktyce lekarza rodzinnego*, Kraków 1997.
- Sokołowska M., *Granice medycyny*, Warszawa 1980.
- Uramowska-Żyto B., *Medycyna jako wiedza i system działań*, Wrocław 1980.