



mgr Marta Pietrzak

Uwarunkowania wyboru miejsca pracy przez
lekarzy w Polsce

Determinants of choosing a workplace by
doctors in Poland

Praca doktorska

Promotor: dr hab. Maciej Ławrynowicz prof. UEP

Promotor pomocniczy: dr Przemysław Piasecki

Prace przyjęto dnia:

Podpis promotora

Poznań 2023

*Dla moich najdroższych dzieci,
rodziców i wszystkich przyjaciół,
na których zawsze mogę liczyć...*

Dziękuję

Spis treści

Wstęp.....	6
Rozdział 1. Uwarunkowania wyborów miejsca pracy w różnych teoriach i koncepcjach.....	22
1.1. Wybory miejsca pracy w teorii ekonomii	22
1.1.1. Teoria dualnego rynku pracy	24
1.1.2. Teoria kapitału ludzkiego.....	24
1.1.3. Teoria poszukiwań na rynku pracy	26
1.1.4. Teoria płacy efektywnej	28
1.1.5. Teoria insider-outsider	29
1.1.6. Klasyczna teoria migracji	30
1.1.7. Neoklasyczna teoria migracji.....	32
1.1.8. Teoria push-pull.....	33
1.1.9. Ekonomia behawioralna	35
1.2. Wybory miejsca pracy w teoriach innych dyscyplin naukowych	37
1.2.1. Teoria zasobowa przedsiębiorstwa	38
1.2.2. Teorie karier	39
1.2.3. Teoria sposobności pośrednich	43
1.2.4. Teoria ruchliwości społecznej.....	43
1.2.5. Teoria sieci społecznych	44
1.2.6. Teoria sieci migracyjnych	45
1.3. Wybór teorii wykorzystywanych w pracy.....	47
Rozdział 2. Charakterystyka rynku medycznego	54
2.1. Rys historyczny rozwoju polskiej opieki zdrowotnej i rynku usług medycznych	54
2.2. Cechy charakterystyczne rynku medycznego.....	59
2.3. Zasoby pracy na rynku medycznym.....	73
Rozdział 3. Uwarunkowania wyboru miejsca pracy przez lekarzy w świetle dotychczasowych badań	88
3.1. Proces i metody wyszukiwania artykułów.....	88
3.2. Analiza badań	89

3.3. Wyniki przeglądu badań	90
3.4. Badania dotyczące miejsc pracy polskich lekarzy	100
3.5. Podsumowanie przeglądu badań w odniesieniu do rozważań teoretycznych	108
Rozdział 4. Metodyka badań własnych	113
4.1. Założenia i hipotezy badawcze	113
4.2. Organizacja badań własnych	115
4.2.1. Przebieg procesu badawczego	115
4.2.2. Badana populacja	118
4.2.3. Miejsca pracy lekarzy w Polsce.....	123
4.3. Konstrukcja narzędzia badawczego i badane zmienne	126
4.4. Techniki analizy materiały empirycznego.....	129
Rozdział 5. Analiza czynników warunkujących wybór miejsca pracy przez lekarzy	134
5.1. Ogólna charakterystyka badanych	134
5.2. Wyniki badania	136
5.2.1. Czynniki przyciągające	136
5.2.2. Czynniki wypychające	151
5.2.3. Czynniki obojętne	156
5.3. Oczekiwania wobec miejsca pracy	157
5.4. Podsumowanie wyników i wnioski.....	158
Podsumowanie	163
Bibliografia.....	170
Akty prawne.....	197
Skróty stosowane w pracy.....	200
Spis tabel, rysunków i wykresów	201
Załączniki	203
Załącznik 1. Wykaz specjalizacji lekarskich wraz z kodem specjalizacji	203
Załącznik 2. Zestawienie ilościowe według rodzaju Prawa Wykonywania Zawodu	205
Załącznik 3. Kwestionariusz ankietowy	206

*...zdrowie,
ile cię trzeba cenić, ten tylko się dowie,
Kto cię stracił...
(Adam Mickiewicz)*

A „nie ma zdrowia bez zasobów pracy dla zdrowia” (WHO, 2013)

Wstęp

Człowiek, aby zaspokoić swoje potrzeby, podejmuje trud pracy (Kumaniecki, 1984, s. 284) i staje się podmiotem na rynku pracy. Najpowszechniejszym założeniem w modelach ekonomicznych jest przedstawienie człowieka w sytuacji wyboru opartego na zachowaniach ludzkich, wynikających z natury *homo oeconomicus*. Zgodnie z nią ludzie przemieszczają się do miejsc, gdzie zostaną zaspokojone ich potrzeby, w określony przez nich sposób i na założonym poziomie. Specyfikę rynku pracy stanowi fakt, że nie kupuje się na nim pracy, lecz zdolność do jej świadczenia, która nierozzerwalnie związana jest z nośnikami, czyli z ludźmi. Pracę należy traktować zatem przedmiotowo, jak i podmiotowo.

Rynek pracy jest strefą bądź obszarem działania, na którym swobodnie przemieszczający się ludzie oferują usługę pracy (Jarmołowicz i Knapińska, 2005, s. 13). Zasoby ludzkie reprezentują stronę podażową na rynku pracy, definiowane są jako suma osób zatrudnionych i bezrobotnych, uzależniona od czynników demograficznych (takich jak liczebność populacji osób w wieku produkcyjnym) i ekonomicznych (takich jak stopień aktywności zawodowej ludności) (Kryńska i in., 1998, s. 16). Tym samym uczestnikami rynku pracy są z jednej strony osoby pracujące oraz poszukujące zatrudnienia, z drugiej zaś pracodawcy (Plewka, 2017, s. 37) na przykład: przedsiębiorstwa, organizacje non-profit i instytucje (Jarmołowicz i Knapińska, 2005, s. 41-43), zgłaszający zapotrzebowanie na potencjał osób zdolnych do pracy (popyt) (Kryńska i in., 1998, s. 17). Cena za usługę pracy,

czyli wynagrodzenie, jest ustalana na owym rynku indywidualnie pomiędzy pracobiorcą a pracodawcą, jak również w trakcie negocjacji pomiędzy reprezentantami pracowników – związkami zawodowymi i zrzeszeniami przedsiębiorców (Wilczyński, 2000, s. 17). Sytuację na rynku pracy można analizować z perspektywy zasobowej, jak i strumieniowej. Zasobem jest wielkość określająca poziom zjawiska ekonomicznego w określonym punkcie czasu (Kwiatkowski, 2002, s. 26), a na rynku pracy wyróżnia się zasoby osób: zatrudnionych, bezrobotnych i biernych zawodowo. Perspektywa strumieniowa natomiast analizuje przepływy osób między zasobami, szczególnie napływy „do” i odpływ „z” bezrobocia (Kotlorz, 2012, s. 231). Rynek, na którym zachodzi „proces podaży pracy i popytu na pracę” (Francik i Poczowski, 1993, s. 33) wraz z elementami psychologicznymi i socjologicznymi (Rothschild, 1993, s. 5), może być analizowany w ujęciu terytorialnym (krajowym, regionalnym, lokalnym) (Mortimer-Szymczak, 1992, s. 223), sektorowym (produkcja, usługi) oraz branżowym (na przykład motoryzacja czy branża spożywcza) (Kryńska, 1995, s. 16-21).

W samej ekonomii istnieje wiele teorii i koncepcji obejmujących refleksje z zakresu rynku pracy i migracji zasobów siły roboczej. Punktem wyjścia do dalszych rozważań w niniejszej dysertacji jest wyjaśnienie definicji migracji. Pojęcie pochodzi od łacińskiego słowa *migratio* i oznacza wędrówkę, czyli przemieszczanie się ludzi (Tokarski, 1980), które może spowodować proces zmiany miejsca zamieszkania na stałe lub tylko na pewien okres. W szerokim ujęciu przyjmuje się, że warunkiem ruchów migracyjnych jest fizyczne przemieszczenie się, powiązane ze zmianą miejsca zamieszkania, terytorium lub jednostki administracyjnej, w tym przekroczenie granicy państwowej oraz zmiana otoczenia społecznego (Kaczmarczyk, 2002, s. 6). Czynniki determinujące ową zmianę mogą wynikać na przykład z warunków wykonywanej pracy, chęci podjęcia nauki, utrzymywania kontaktów rodzinnych oraz koniecznością ucieczki przed zagrożeniami (Torado, 1969, s. 138-148), a pobyt w nowym miejscu rozpatrywany jest jako relatywnie trwały (Kaczmarczyk, 2005, s. 19). Dzieje ludzkości od zawsze związane były z procesami migracyjnymi, a jedną z ich głównych przyczyn pozostawało dążenie do poprawy warunków bytu (Treibel, 2011, s. 21), które zapewnia wynagrodzenie za pracę.

Ruchliwość przestrzenna, szczególnie migracja (zawodowa), może powodować również przesunięcia w strukturze społecznej (Grabowska-Lusińska i Jaźwińska, 2012, s. 71) w przestrzeni oraz pozycji zawodowej. Migracja może przyjmować różną formę, na przykład zmiana zawodu, zmiana zakładu pracy, zmiana gałęzi, zmiana miejsca pracy w sensie

przestrzennym, zmiana statusu pracującego na bezrobotnego i odwrotnie oraz zmiana polegająca na wejściu bądź wyjściu z zasobów siły roboczej (Kryńska, 2000, s. 9). Mobilność pracownicza – zwana mobilnością zasobów lub ruchliwością – jest bardzo złożonym terminem i nie ma jednej definicji (tamże, s. 93). Swoim zakresem obejmuje zmiany jakościowe, jak i ilościowe, dotyczące treści pracy, stanowiska lub zakładu pracy przez pracownika. Podsumowując pojęcie ruchliwości zawodowej, można przyjąć, że oznacza ona również gotowość do zmiany miejsca pracy, jej charakteru, stanowiska lub funkcji, samego zawodu oraz miejsca zamieszkania w celu pozyskania zatrudnienia. Jak wynika z powyższego, migracje zawodowe możemy badać z różnych perspektyw, a w niniejszej pracy przyjęta została **optyka ekonomiczna**.

Pojęcia teorii ekonomii, modele, jak i narzędzia wypracowane przez ekonomistów stosowane do problematyki z zakresu zdrowia, są elementami **ekonomii zdrowia** (Philips, 2005, s. 4-5; Folland i in., 2011, s. 11). Zasadniczym obszarem jej zainteresowań są systemy ochrony zdrowia oraz opieki zdrowotnej, działania świadczeniodawców, płatników, instytucji legislacyjnych i regulujących oraz zachowania pacjentów. Przedmiotem tej ekonomii są zatem szeroko rozumiane uwarunkowania zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem systemu jego ochrony (Sobczak, 2007, s. 12) oraz alokacja zasobów w opiece medycznej. Do przeprowadzania analiz sposobu podejmowania decyzji przez jednostki, jak i przez rządy wykorzystuje teorie ekonomii, modele oraz techniki analizy empirycznej do analiz wyborów.

Zdrowie rozpatrywane jest jako problem ekonomiczny i dotyczy tym samym procesów produkcji, wymiany, konsumpcji dóbr i usług zdrowotnych. Zagadnienia ekonomii zdrowia podlegają ewolucji pod wpływem zmian w otoczeniu zewnętrznym i wewnętrznym systemu zdrowia oraz uwarunkowań zdrowotnych populacji (Suchecka, 2016, s. 9). Jest to nurt badań o solidnych fundamentach, łączący teorie z technikami analitycznymi stworzonymi w celu ułatwienia podejmowania decyzji, które dotyczą alokacji zasobów w opiece medycznej, a swoim zasięgiem obejmuje między innymi: epidemiologię, psychologię, socjologię, statystykę, matematykę czy badania operacyjne. Dzięki temu uznaje się ją za wysoko wyspecjalizowaną (Morris i in., 2012, s. 13-15). W Polsce zainteresowanie analizami w obszarze zdrowia nastąpiło dopiero w momencie dokonania transformacji systemu zdrowotnego (Folland i in., 2011, s. 11).

Sektor ochrony zdrowia jest bardzo szerokim pojęciem, a opieka zdrowotna jest główną jego częścią. Należą do niej diagnozowanie i leczenie chorób, działania prewencyjne oraz

zarządzanie systemem usług zdrowotnych (Golinowska, 2015, s. 34). Człowiek jest w pewnym sensie producentem własnego zdrowia, lecz nie może kupić go na żadnym rynku. Można jednak nabyć usługi medyczne świadczone przez lekarzy (tamże, s. 42). **Rynek świadczeń zdrowotnych** oceniany jest przez ekonomistów jako bardzo specyficzny i wymagający ostrożności w wyborze instrumentów mających wpływ na alokację oraz wykorzystanie ograniczonych zasobów (Sowada, 2015). Arrow (1979) wskazał, że rynek ten nie spełnia wymogów konkurencji doskonałej, ponieważ na przykład popyt na usługi zdrowotne nie ma swojego źródła w pożądaniu, lecz w konieczności, której się unika; świadczeniodawca i świadczeniobiorca nie posiadają pełnej informacji o usługach i nie występuje stabilność popytu i podaży. Popyt na usługi jest specyficzny i generowany przez podaż, nierównomierny i losowy. Występują trzy strony transakcji kupna-sprzedaży, a cena jest często nieznana kupującemu, który zazwyczaj nie postępuje racjonalnie (Getzen, 2000; Henderson, 2012; Rój i Sobiech, 2006; Bukowska-Piestrzyńska, 2010; Morris i in., 2012; Ciekankowski, 2013; Golinowska, 2015; Suchecka, 2016).

W dysertacji pojęcia „rynek świadczeń zdrowotnych” i „rynek usług medycznych” są traktowane przez autorkę jako synonimy.

Proces zaspokajania potrzeb zdrowotnych w postaci usług lekarskich ściśle związany jest z ponoszeniem nakładów finansowych, rzeczowych i osobowych. Z punktu widzenia ekonomii niezbędne jest racjonalne dysponowanie ograniczonymi zasobami (Suchecka, 2016, s. 110), w tym ludzkimi, które są niezbędne do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych. Od ponad 10 lat międzynarodowe organizacje zajmujące się zdrowiem zwracają coraz większą uwagę na problem pracowników medycznych. Wyniki badań Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) mówią, że problem ten dotyczy każdego kraju świata, lecz w różnym stopniu. Sytuację określa się jako „światowy kryzys zasobów kadr medycznych” i proponuje się zastosowanie strategii na rynku pracy zawierających między innymi polepszenie warunków zatrudnienia, ułatwienie pracownikom migracji z uwzględnieniem potrzeb krajowych, dostosowanie szkoleń do potrzeb rynku, dopasowanie polityki rekrutacyjnej (WHO, 2006). W celu koordynacji informacji na temat właściwego działania systemów zdrowotnych WHO podjęła inicjatywę gromadzenia globalnego atlasu wiedzy o pracownikach ochrony zdrowia (*Global Atlas of the Health Workforce*) (WHO, 2009). Inicjatywą podjętą na obszarze Unii Europejskiej (UE) jest opracowana „Zielona Księga w sprawie pracowników ochrony zdrowia w Europie” (*European Commission Paper on the European Workforce for Health*), przed

publikacją której poddano analizie zmiany demograficzne, możliwości systemu zdrowia, szkolenia, kierowanie mobilnością pracowników oraz globalną migracją (Traktat Wspólnoty Europejskiej, 2006; Buchan, 2008).

Definicje zasobów ludzkich systemu zdrowia (podaż na medycznym rynku pracy) zostały ujęte w dwojaki sposób. W ujęciu wąskim jest to personel medyczny zatrudniony we wszystkich jednostkach ochrony zdrowia (Zybała, 2009). W skład personelu *stricte* medycznego wchodzi lekarze, pielęgniarki i położne, stomatolodzy, technicy medyczni, fizjoterapeuci, personel medyczny niższego szczebla (Król, 2006). W szerokim ujęciu są to zasoby wszystkich pracowników instytucji systemu ochrony zdrowia, łącznie z pracownikami administracyjnymi szczebla centralnego, samorządowego, pracownikami Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), obsługi systemów informatycznych oraz pracownikami nauki i obsługi (Zybała, 2009). WHO od 2006 r. przyjęła definicję w ujęciu szerokim, definiując zasoby medyczne jako wszystkich ludzi zaangażowanych w organizowanie i działanie systemu, który ma na celu poprawę stanu zdrowia (WHO, 2006).

Pojęcia „personelu medycznego” zatem nie można utożsamiać z definicją „zawodu medycznego” zawartą w ustawie o działalności leczniczej (Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Lublinie z dnia 13 grudnia 2011 r., III SA/Lu 653/11). Zgodnie z ustawą (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654) „osobą wykonującą zawód medyczny jest osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny”. W Ministerstwie Zdrowia (MZ) natomiast za zawody medyczne uznawane są zawody lekarza i lekarza dentysty, pielęgniarki i położnej, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów, ratowników medycznych oraz od 2015 roku zawód fizjoterapeuty (Dz. U. z 2015 r., poz. 1994). Do „innych zawodów medycznych” podległych MZ zalicza się następujące zawody: asystentka stomatologiczna, higienistka stomatologiczna, opiekun medyczny, optometrysta, protetyk słuchu, technik dentystyczny, technik elektroniki i informatyki medycznej, technik elektroradiolog, technik farmaceutyczny, technik masażysta, technik ortopeda, technik sterylizacji medycznej oraz terapeuta zajęciowy. Każda z wyżej wymienionych profesji ma symbol cyfrowy zawodu ustalony w klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby analiz rynku pracy. W związku z rozwojem sektora medycznego, trwają prace w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych. Jest to następstwem

pojawienia się nowych zawodów, takich jak asystent zdrowia publicznego, inżynier biomedyczny, koder medyczny, edukator do spraw stomii, pełnomocnik ochrony informacji niejawnych i tym podobni.

Natomiast w literaturze ekonomii zdrowia wyszczególnia się zawody medyczne oraz paramedyczne, które wymagają pewnego zakresu wiedzy medycznej. Do zawodów takich zalicza się między innymi: profesjonalistę zdrowia publicznego, seksuologa, dietetyka, psychologa klinicznego, psychoterapeutę, inspektora sanitarnego i higienistę, opiekuna medycznego i fizjoterapeutę (Golinowska, 2015, s. 274).

Uznanie zawodu lekarza za zawód medyczny nie wywołuje żadnych wątpliwości. Natomiast to, kogo można uznać za lekarza, już nie jest takie oczywiste. Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) stosuje trzy różne definicje zawodu „lekarza/dentysty”. Pierwszą z nich jest „praktykujący lekarz (*practising physicians*)”, druga to „lekarze wykonujący zawód (*professionally active physicians*)” oraz „lekarze licencjonowani/dyplomowani (*licensed physicians*)”. W Polsce prawnie zdefiniowano, że „wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich oraz wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich” (Dz. U. z 2021 r. poz. 790 i 1559) Dodatkowo lekarz ma obowiązek udzielenia pomocy medycznej w każdym przypadku, gdy brak tej pomocy mógłby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia (Dz. U. z 2008r. Nr 136, poz. 857, art. 30), co oznacza również obowiązek świadczenia pracy zawodowej poza ustalonymi godzinami pracy.

Główny Urząd Statystyczny (GUS) oraz organy administracji publicznej wykazują, że lekarz powinien mieć wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza i wykonywać ten zawód poprzez udzielanie świadczeń medycznych (GUS, 2016, s. 35). Stosując powyższą definicję, GUS nie bierze pod uwagę warunku posiadania prawa wykonywania zawodu (PWZ) wydanego przez odpowiednią Okręgową Izbę Lekarską (OIL) i wpisu do rejestru tej izby (Baliński i Krajewski, 2018a, s. 5-6) oraz innych zajęć zawodowych poza udzieleniem świadczeń medycznych. Zgodnie z Ustawą z 2020 r. (Dz. U. z 2020 r. Poz. 1291) lekarze poza świadczeniami mogą pracować również przy pracach badawczych, promocji zdrowia, nauczaniu zawodu, kierować podmiotem leczniczym, być zatrudnionym w

podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń medycznych ze środków publicznych lub w urzędach te podmioty obsługujących.

Biorąc pod uwagę branżowy rynek pracy w ochronie zdrowia autorka nazywa go w dysertacji **medycznym rynkiem pracy**. Jest na nim szeroki wybór uczestników, ale ich mnogość nie tworzy konkurencji o pracę. Każdy z tych zawodów jest osobną profesją i zalecana jest wręcz współpraca przedstawicieli różnych zawodów, aby leczenie pacjenta mogło przebiegać sprawnie i efektywnie. Ze względu na duże różnice na rynkach pracy poszczególnych zawodów medycznych i paramedycznych, uwaga autorki skupiona jest tylko na jednym – **rynku pracy lekarzy**.

Ze względu na to, że lekarze mogą świadczyć pracę na podstawie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) lub bez niego, wyróżnić można dwa sektory: publiczny i prywatny. Poza tym istnieje możliwość przyjmowania pacjentów w tym samym gabinecie na podstawie kontraktu z NFZ oraz prywatnie, lecz po zakończeniu godzin pracy zadeklarowanych w kontrakcie (Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 25 czerwca 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poz. 1285). Miejsca takie nie wymagały od lekarza przemieszczania się oraz umożliwiały korzystanie z niektórych elementów infrastruktury, i w związku z tym zostały wyodrębnione i zaliczone do sektora publiczno-prywatnego. Tym samym lekarz może pracować w każdym z tych sektorów jednocześnie, jak i tylko w jednym lub w różnych ich wspólnych kombinacjach.

Analizując dane statystyczne dotyczące kadr medycznych, należy wziąć pod uwagę problemy w sposobie i rzetelności gromadzenia ich przez różne instytucje (na przykład: Urzędy Wojewódzkie, GUS, Naczelną Izbę Lekarską (NIL), Okręgowe Izby Lekarskie (OIL), Centralny Rejestr Lekarzy (CRL), stowarzyszenia, Eurostat, Światową Organizację Zdrowia (WHO), Komisję Europejską (KE), Unię Europejską (UE), Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD)). Informacje pochodzące z różnych źródeł mogą się różnić od siebie w istotny sposób. Przyczyn tego stanu rzeczy jest kilka: brak jednolitego klucza zbierania danych, brak właściwej współpracy pomiędzy instytucjami i organizacjami różnego szczebla, brak systemu weryfikacji, zróżnicowanie form prawnych świadczenia usług medycznych i wykonywania zawodu oraz zróżnicowanie systemów czasu pracy, w jakich pracują lekarze czy sama definicja zawodu lekarza rozważana wyżej. Dane prezentowane w zestawieniach OECD pochodzą z GUS, który prezentuje dane z Centrum Systemów

Informacyjnych Ochrony Zdrowia z podmiotów leczniczych (raportuje około 70% podmiotów) oraz z jednoosobowych i grupowych praktyk lekarskich (raportuje tylko około 13%) (Sosnowska i Słowik, 2020). Inną metodologię stosuje natomiast NIL zrzeszająca wszystkich lekarzy i nadająca im prawo wykonywania zawodu (PWZ). Różnice w definicjach mogą powodować rozbieżności w danych publikowanych w różnych źródłach i dlatego w niniejszej dysertacji autorka przyjęła do dalszych rozważań określenie stosowane przez NIL. Argumentem za tym przemawiającym jest również fakt podjętej współpracy autorki dysertacji z NIL przy rozdysponowaniu kwestionariusza badawczego. NIL na potrzeby zestawień statystycznych dotyczących liczby lekarzy stosuje określenie „lekarz aktywny zawodowo” i jest to lekarz¹, który posiada:

1. prawo wykonywania zawodu lekarza lub
2. prawo wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu lub
3. prawo wykonywania zawodu lekarza cudzoziemca lub
4. prawo wykonywania zawodu lekarza cudzoziemca – na czas określony lub
5. prawo wykonywania zawodu lekarza cudzoziemca z UE lub
6. prawo wykonywania zawodu lekarza – ograniczone uchwałą Okręgowej Rady Lekarskiej.

Jedną z najważniejszych kwestii dobrze funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej jest efektywne wykorzystanie kadr medycznych. Zapewnienie odpowiedniej dostępności do personelu medycznego, opartej na potrzebach mieszkańców, stanowi jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej polityki zdrowotnej i zależy od wielu czynników. Jednym z nich jest rozmieszczenie przestrzenne kadry pracującej bezpośrednio z pacjentem. Pod tym względem na terytorium Polski występowały znaczne różnice między województwami. Liczba lekarzy przypadająca na 10 tys. ludności wahała się od 15,3 (w województwie wielkopolskim) do 27,1 (w województwie mazowieckim). Liczba pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. mieszkańców w 2018 r. była najniższa w województwie wielkopolskim – 36,5 pielęgniarek (na 10 tys. mieszkańców), a najwyższa w świętokrzyskim – 60,4 (na 10 tys. mieszkańców) (GUS, 2018, s. 34). O poziomie dostępności

¹ NIL stosuje 10 rodzajów kodów PWZ: 10. lekarz nie wykonujący zawodu; 11. prawo wykonywania zawodu lekarza; 12. PWZ lekarza – na czas odbycia stażu (stażysta); 13. PWZ lekarza cudzoziemca; 14. PWZ lekarza cudzoziemca – na czas określony; 15. PWZ lekarza cudzoziemca z UE; 16. PWZ lekarza – ograniczone uchwałą ORL; 17. PWZ lekarza spoza UE – określony zakres czynności; 18. PWZ lekarza spoza UE-warunkowe; 19. PWZ – zawieszona.

do usług medycznych świadczy również liczba łóżek w szpitalach oraz miejsc w sanatoriach i uzdrowiskach, ponieważ nie same świadczenia lekarskie i pielęgniarskie są niezbędne do utrzymania dobrego poziomu zdrowia obywateli każdego kraju. Zasoby kadrowe sektora medycznego stanowią o skuteczności funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej (tamże, s. 30) i społeczeństwa, i dlatego tak istotne jest poznanie powodów ich migracji na rynku pracy.

Przesłanką zastosowania perspektywy ekonomicznej jest również fakt inwestycji w jednostkę w celu świadczenia usług publicznych niezbędnych do życia każdego obywatela i odroczeniu stopy zwrotu z tego nakładu w horyzoncie długoterminowym. Założeniem takim legitymizuje się **teoria kapitału ludzkiego (TKL)**. Przygotowanie teoretyczne oraz praktyczne do świadczenia usług medycznych jest bowiem procesem długoletnim i może być traktowane inwestycyjnie.

Z dokonanego przez autorkę przeglądu koncepcji migracji na rynku pracy, **teoria push-pull** dostarcza najszerszy katalog czynników przyciągających i wypychających z jednego miejsca do drugiego. Wprawdzie nie udało się dotrzeć autorce do szerszego opisu czynników obojętnych i są one często traktowane marginalnie, to i tak teoria ta została uznana za najbardziej odpowiednią. A zastosowanie jej na rynku medycznym jest tym bardziej zasadne ze względu na zjawisko migracji (Golinowska, 2015, s. 278).

Teorie te wspólnie stały się podstawą teoretyczną dysertacji.

Aby ustalić stan wiedzy na temat wyborów miejsc pracy przez lekarzy w Polsce, autorka dokonała przeglądu polskich badań w tym zakresie. Następnie badań światowych, które obejmowały artykuły znajdujące się w ośmiu bazach danych. Analizie poddano badania spełniające kryteria występowania czynników wyboru miejsca pracy oraz sektora pracy i wskazywaniem powodów odejścia z miejsca pracy i sektora, w którym znajdowało się miejsce pracy opuszczane przez lekarzy. Przy wyborze badań skupiono się nad tymi, których podmiotami byli lekarze, lekarze dentyści lub studenci medycyny (w przypadku wyboru pierwszego miejsca pracy). Nie brano pod uwagę badań lekarzy weterynarii i innych zawodów medycznych. Dodatkowo wykorzystano przegląd badań czynników wpływających na pozostanie lekarzy w sektorze publicznym, odejścia do sektora prywatnego oraz interwencje polityczne w celu rozwiązania problemu niedoboru kadr medycznych w państwowej służbie zdrowia (Koussa i in., 2016).

Analiza po słowach kluczowych objęła 245 pozycji, a po analizie wstępów pozostało 60 artykułów. Ostatecznie, po przestudiowaniu pełnego tekstu, wyłoniono 22 prace. Badania dotyczyły głównie lekarzy z krajów Afryki (RPA, Uganda, Republika Zielonego Przylądka, Gwinea Bissau, Mozambik, Gwinea), Europy (Wielka Brytania, Norwegia, Finlandia, Polska, Holandia), Azji (Pakistan, Malezja, Wietnam, Bangladesz, Izrael), Ameryki Północnej (Stany Zjednoczone, Kanada) oraz Australii i Oceanii (Nowa Zelandia). Na zakończenie wyodrębniono czynniki niewystępujące w Polsce, takie jak brak stałego dostępu do bieżącej wody lub prądu w placówce medycznej, konieczność zakupu własnego sprzętu do wykonywania złożonych procedur medycznych, pracy zależnej politycznie oraz zagrożenia atakiem zbrojnym i obecność wojska w miejscu pracy.

Ostatecznie zidentyfikowano 15 głównych czynników, które miały wpływ na wybór miejsca pracy przez lekarzy. Na tym etapie najistotniejszym elementem dla autorki było ustalenie czynników ważnych przy wyborze i opuszczeniu miejsca pracy oraz ustalenie, jaki one mają kierunek działania: przyciągający, wypychający czy obojętny. Zidentyfikowane badania zawierały natomiast zazwyczaj podział tylko na czynniki przyciągające i wypychające.

Wynagrodzenie zasadnicze oraz **dotatkowe składniki finansowe** (n=16, niemal 73%) były wskazywane najczęściej jako zasadniczy powód wyboru lub opuszczenia miejsca pracy (szczególnie z sektora publicznego) (Ashmore, 2013; Luboga i in., 2011; Malik i in., 2010).

Następnie **rozwój zawodowy** (59%, n=13) (obejmujący możliwość udziału w stażach, szkoleniach i pracy u boku autorytetu czy mentora) miał charakter przyciągający. W tych samych badaniach młodszy stażem lekarze wskazali możliwość bezpłatnego **prowadzenia badań naukowych** (n=4, 18%) jako czynnik zachęcający do wyboru.

Autonomia i możliwość stosowania własnych pomysłów w procedurach i procesie leczenia okazały się bardzo istotne w prawie 1/3 (n=7, 32%) analizowanych wyników badań. Jednoznacznie wskazywano ten czynnik jako zachęcający znacznie częściej w sektorze prywatnym niż publicznym. **Możliwość doboru asysty** zachęcała do wyboru nowego miejsca pracy w sektorze prywatnym, jak i zachęcała do odejścia z sektora publicznego. Praca na stanowisku **kierowniczym** została wskazana w trzech artykułach i tylko w jednym nie była powiązana z autonomią w leczeniu.

Ustalono też, że dla lekarzy ważny był oferowany **zakres obowiązków** i związane z nim **obciążenie pracą** (n=6, 28%). Cześć badanych wskazywała na przykład na zbyt duże

obciążenie pracą umysłową (Ashton i in., 2013), przeciążenie ogólne obowiązkami oraz monotonię zajęć zawodowych (Luboga i in., 2011; Malik i in., 2010).

Czas pracy zawsze był w badaniach poruszany w aspekcie możliwości łączenia życia zawodowego z osobistym tak zwany **work-life balance (WLB)** (n=5, 33%). Częściej zgłaszali to lekarze z krajów bogatych – takich jak Wielka Brytania czy USA - niż biednych.

W trzech badaniach (14%) lekarze wskazywali wpływ na **ustalenie własnych godzin pracy u pracodawcy** (Azizzadeh i in., 2003; Malik i in., 2010; Russo i in., 2013) jako czynnik zachęcający. Zazwyczaj placówki prywatne stanowiły dodatkowe miejsce zatrudnienia i godziły się na godziny pracy narzucane przez lekarzy. Ale znacznie częściej wskazywana była proponowana **tygodniowa liczba godzin pracy** (n=5, 23%), zarówno jako czynnik przyciągający jak i wypychający z miejsca pracy.

Czynnik **lokalizacji miejsca pracy** (n= 4, 18%) miał dwojakie znaczenie, ponieważ był wskazywany jako przyciągający dla lekarzy, którzy mogą połączyć pracę w kilku miejscach, na przykład w drodze do domu oraz jako wypychający dla lekarzy, którzy zmuszeni są długo lub daleko dojeżdżać do miejsca pracy.

Dwa kolejne czynniki wystąpiły w nieznaczej ilości badań (dla każdego czynnika n=2, 13%), lecz zawsze były wskazywane jako przyciągające i wskazywane były przez lekarzy podczas wywiadów i konsultacji przed zaprojektowaniem badania właściwego. Dlatego też autorka postanowiła je wyodrębnić i włączyć do kwestionariusza ankietowego. Są to **opinie innych lekarzy** oraz **prestż miejsca pracy**.

Kolejny zidentyfikowany czynnik bardziej zachęcał do opuszczenia niż wyboru nowego miejsca i początkowo nie był brany pod uwagę. Przyczyną tego były warunki panujące w Polsce, które były całkowicie inne niż w krajach, z których pochodzili badani. Pandemia COVID-19, która została ogłoszona w 2020 r., skłoniła autorkę do ponownego rozpatrzenia istotności **bezpiecznych i higienicznych warunków pracy** (n=5, 33%).

Na podstawie przeglądu badań światowych i wyłonieniu 15 czynników, autorka dokonała ponownie przeglądu różnych badań i opracowań dotyczących polskich lekarzy. W Polsce są to najczęściej badania Ośrodka Badań i Analiz NIL, które nie wykorzystują w swoich założeniach teorii ekonomii do zdefiniowania lub oceny stanu pewnych sytuacji i zjawisk.

Badania, do których dotarła autorka, nie posiadały podstaw teorii ekonomii, a ich autorami najczęściej byli lekarze, specjaliści zdrowia publicznego czy zarządzania zasobami ludzkimi. Badania ekonomistów najczęściej były bardzo ograniczone (na przykład

respondenci jednej płci i określonego stanu cywilnego, zatrudnieni tylko na określonym etacie lub obejmujące lekarzy jednego rodzaju miejsca pracy). Żadne z badań, do których dotarła autorka, nie obejmowało wszystkich lekarzy w danym kraju. Badanie przeprowadzone przez autorkę jest pierwszym takim w Polsce.

Podjęcie analizy z perspektywy ekonomii stanowi zatem próbę **wypełnienia istniejącej luki teoretycznej oraz empirycznej i jest pierwszą zasadniczą przesłanką podjęcia zagadnienia**. Badanie przyczyn wyboru miejsca pracy wśród lekarzy, motywowane jest przez autorkę ekonomicznym **wpływem tej grupy zawodowej na wskaźnik bogactwa narodu**, postrzeganego jako zdrowie obywateli. Poza tym **rosnąca tendencja potrzeb zdrowotnych, średnia długość życia i sama średnia wieku oraz liczba ludności** są kolejnymi przesłankami przemawiającymi za podjęciem rozpoznania istotnych powodów wyboru miejsca pracy przez lekarzy. W Polsce już niemal 20% lekarzy przekroczyło 65. rok życia (GUS, 2023), co wiąże się z faktem, że coraz więcej spośród wyspecjalizowanych lekarzy będzie przechodzić na emeryturę lub zmniejszać zaangażowanie w pracę zawodową. Nie należy również spodziewać się znaczącego wzrostu liczby lekarzy w najbliższych latach, ponieważ mimo zwiększonej liczby lekarzy w najmłodszym przedziale wiekowym, lekarzy w wieku emerytalnym jest znacznie więcej. Aby wskaźnik liczby lekarzy na 1 000 mieszkańców wyniósł co najmniej 3, na rynku pracy powinno pojawić się dodatkowo około 40 000 lekarzy (Friediger, 2021).

Następnie lekarze są podmiotami specyficznego rynku pracy, który od wielu lat jest **rynkiem pracownika**, a bezrobocie nie występuje w żadnej ze specjalizacji medycznych². Jednocześnie obserwując wzrost średniej wieku lekarzy oraz ich zaangażowanie czasowe w pracę zawodową, przygotowanie pakietu kompensacyjnego (O'Neal, 1998, s. 7) za wieloletnią inwestycję w edukację i zdobywanie doświadczenia jest niemal niezbędne, aby utrzymać pracownika. Poza tym zastosowanie założeń teorii push-pull w badaniu umożliwi poznanie powodów ważnych dla lekarzy przy wyborze jak i rezygnacji z miejsc pracy, co jest również istotną informacją dla pracodawców zmagających się z wysokim **wskaźnikiem fluktuacji**.

² Lekarze po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu (PWZ) rejestrują się w Urzędach Pracy, aby móc skorzystać z ubezpieczenia od choroby w Polsce i są w rejestrze tylko do momentu podjęcia rezydentury. Są to najczęściej 2-3 miesiące pod koniec roku kalendarzowego. Źródło: wywiad z lekarzem, z pracownikiem Urzędu Pracy oraz *Skąd się biorą ...*(2019). Specjalizacji lekarskich w Polsce jest 77 (załącznik nr 1).

Lepsze zrozumienie czynników istotnych przy wyborze miejsca pracy przez lekarzy może być również pomocne **we wspieraniu polityki zdrowotnej** oraz struktur, które kształtują miejsca pracy, praktyki pracy i relacje w zespołach opieki zdrowotnej. W ślad za rozpoznaniem potrzeb zdrowotnych ludności powinna podążać strategia dostosowująca zasoby ludzkie potrafiące zaspokoić te potrzeby.

Permanentna **globalizacja** prowadząca do migracji międzynarodowych personelu medycznego (Frączkiewicz-Wronka i Austen, 2008, s. 11-28) skłania do obserwacji przyczyn tych ruchów. Zatrzymanie kadr lekarskich w naszym kraju wydaje się konieczne ze względu na zwiększony odsetek liczby ludności przypadającej na jednego lekarza (2,38 na 1000 mieszkańców) na tle pozostałych krajów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD)(średnia 3,4)(OECD, 2017) oraz luki pokoleniowej (Domagała, 2013, s. 155). Wyjazd lekarza poza granice kraju, w którym zdobył wykształcenie, postrzegany jest jako utrata środków finansowych zainwestowanych w kształcenie oraz przygotowanie zawodowe. Studia medyczne są jednymi z najdroższych i w wielu państwach pozostają nieodpłatne, a zdobyta wiedza i doświadczenie pracowników wykorzystywane są w innych krajach (Janusauskas i Tumas, 2014, s. 47-58; Ribeiro i in., 2014, s. 97-108). Wyniki badań mogą dostarczyć odpowiedzi na pytanie dotyczące oczekiwań – przede wszystkim – wobec pracodawców krajowych.

Identyfikacja grupy czynników obojętnych jest zazwyczaj zaniechana w dostępnych badaniach powodów wyboru miejsc pracy przez lekarzy i często pomijana w innych badaniach powołujących się na zastosowanie teorii push-pull. Poznanie ich może być pomocne w optymalizacji nakładów na niektóre działania i procesy związane z przygotowaniem miejsca pracy dla lekarza. Jest to kolejny argument przemawiający za oryginalnością rozwiązania problemu badawczego przez autorkę.

Aby wypełnić zidentyfikowaną lukę badawczą, autorka postawiła **trzy pytania badawcze**. Po pierwsze, medyczny rynek pracy, szczególnie w Polsce, jest mało rozpoznany i w związku z tym postawiono główne pytanie badawcze **(P1):** *Jakie czynniki mają znaczenie przy wyborze miejsca pracy przez lekarzy w Polsce?*

Poznanie tych powodów i specyficzne cechy rynku medycznego wiązały się z postawieniem kolejnego pytania szczegółowego **(P2):** *Jak ważne są poszczególne czynniki i jakie istnieją różnice we wskazywanych czynnikach wpływających na wybór miejsca pracy przez lekarzy?*

Zawód lekarza znacznie częściej pełnią w Polsce kobiety (około 59%) niż mężczyźni (GUS, 2023). Świadczenie usług przez lekarza możliwe jest po ukończeniu studiów wyższych i uzyskaniu prawa wykonywania zawodu (PWZ), przez co lekarz zaczyna aktywność na rynku pracy znacznie później niż jego rówieśnicy pracujący w innych zawodach. Dodatkowo, aby zostać specjalistą, należy ukończyć szkolenie trwające kolejne kilka lat.

Lekarz może świadczyć pracę w każdym z trzech sektorów (publiczny, prywatny i publiczno-prywatny) jak i we wszystkich ich różnych kombinacjach jednocześnie. Poza tym duży wybór rodzajów miejsc pracy (szpitale, przychodnie, instytucje rynku finansowego, ratownictwo medyczne itd.), w których lekarz może podjąć zatrudnienie/współpracę, skłoniło autorkę do postawienia trzeciego pytania badawczego **(P3)** *W jaki sposób cechy lekarzy i miejsca pracy związane są z ważnością czynników wpływających na wybór miejsca pracy?*

W tym miejscu zostały sformułowane dwie hipotezy badawcze (rozdział 4), które odnosiły się jedynie do jednej cechy miejsca pracy. Dostępna literatura pozwoliła jedynie na postawienie hipotez dotyczących działania czynników w sektorze, w którym znajdowało się miejsce pracy (i tylko dla sektora publicznego i prywatnego, bez dalszego podziału na rodzaje miejsca pracy).

Celem głównym tej pracy doktorskiej jest **identyfikacja i analiza roli czynników branżowych pod uwagę przy wyborze miejsca pracy przez lekarzy w Polsce**. Charakter eksploracyjny pracy polega na poznaniu powodów wyboru miejsca pracy i ich ważności, które zostały zidentyfikowane w badaniach światowych oraz poznanie innych powodów wskazywanych przez polskich lekarzy. Wśród celów szczegółowych znajdują się:

- wyodrębnienie i dokonanie przeglądu teorii ekonomii i innych dyscyplin naukowych przydatnych w analizowaniu uwarunkowań wyboru miejsca pracy przez lekarzy (rozdział 1),
- wyróżnienie specyficznych elementów rynku pracy lekarzy, szczególnie w Polsce (rozdział 2),
- stworzenie katalogu czynników przyciągających i wypychających lekarzy do/z miejsca pracy (rozdział 3),
- identyfikacja charakterystycznych czynników, które wpływają na wybór i opuszczenie miejsca pracy przez polskich lekarzy (rozdział 4),

- stworzenie metodyki badań ilościowych służących do identyfikacji powodów wyboru miejsc pracy przez lekarzy (rozdział 4),
- analiza związków pomiędzy czynnikami wpływającymi na wybór i opuszczenie miejsca pracy a wskaźnikami demograficznymi dotyczącymi lekarzy (rozdział 5),
- analiza związków pomiędzy czynnikami wpływającymi na wybór i opuszczenie miejsca pracy a cechami miejsca pracy (rozdział 5),
- sformułowanie sugestii i wytycznych do podejmowanych działań w zakresie tworzenia polityki zdrowotnej w kraju (podsumowanie).

Badanie empiryczne przeprowadzono z wykorzystaniem elektronicznego kwestionariusza ankietowego, rozdysponowanego do lekarzy w formie linku przesłanego w mailu przez NIL.

Po części metrycznej wyłonieni zostali lekarze, którzy jeszcze nie podejmowali pracy i zostali oni od razu przekierowani do pytania o oczekiwania względem pierwszego miejsca pracy. Następnie, zgodnie z założeniami teorii kapitału ludzkiego (TKL), pozostali respondenci zostali podzieleni na trzy grupy (G1- specjaliści, G2- bez specjalizacji i G3- w trakcie kształcenia się). W następnym etapie respondenci oceniali ważność poszczególnych czynników podczas wyboru nowego miejsca pracy i przy jego opuszczaniu/ograniczaniu w nim godzin pracy. Na końcu mogli również wskazać dodatkowe czynniki, które mogą wpływać na wybór miejsca pracy i ocenić je.

Teoria push-pull w swoich pierwotnych założeniach miała za zadanie zidentyfikować czynniki przyciągające, wypychające oraz obojętne. Dlatego też autorka dokonała rozpoznania oceny powodów branych pod uwagę zarówno przy wyborze jak i przy opuszczaniu miejsca pracy/ograniczeniu zaangażowania godzinowego świadczenia pracy oraz zbadała czynniki obojętne.

Proces analizy wyników odpowiedzi na pytania badawcze w zakresie czynników przyciągających i wypychających był analogiczny.

Analiza wyników badań ma charakter eksploracyjny dzięki czemu udało się odpowiedzieć na postawione pytania badawcze oraz zweryfikować obie hipotezy badawcze. Ze względu na szereg procedur statystycznych oraz zastosowaną teorię push-pull, autorka interpretowała wyniki najpierw dla czynników przyciągających, następnie dla wypychających i na końcu dla obojętnych. A dzięki zastosowaniu teorii kapitału ludzkiego część uzyskanych wyników podana jest z podziałem dla lekarzy specjalistów (G1), bez specjalizacji (G2) i w trakcie kształcenia się (G3).

Wybór miejsca pracy przez lekarzy jest zbieżny z miejscem świadczenia przez niego usługi medycznej oraz z możliwością korzystania z niej przez pacjentów (wyjątek stanowi teleporada), którzy zgodnie z art. 68 Konstytucji RP mają zapewniony dostęp do opieki medycznej w takim samym zakresie (DZ. U. 1997. Nr 78, poz. 483). Potrzeby zdrowotne wciąż rosną i dlatego identyfikacja czynników istotnych przy ich wyborze jest tak ważna z punktu widzenia ekonomisty. Poza tym rynek medyczny jest bardzo specyficznym rodzajem rynku, a w szczególności medyczny rynek pracy. Nie ma on zdolności szybkiego dostosowywania wielkości zasobów do dynamicznych zmian gospodarczych (Kwiatkowski, 2003), chociażby ze względu na dłuższe kształcenie i przygotowanie zawodowe lekarzy. Jedną z charakterystycznych cech tego rynku jest świadczenie usług przez medyków w kilku miejscach pracy oraz ich ruchliwość międzyorganizacyjna (*Pracowity jak młody lekarz...*, 2020). Wybory tych miejsc natomiast są mało zbadanym obszarem, szczególnie w Polsce i z tego też powodu stały się głównym tematem dysertacji.

Rozdział 1. Uwarunkowania wyborów miejsca pracy w różnych teoriach i koncepcjach

Problematyka wyborów i zmiany miejsc pracy może być analizowana z perspektywy różnych dyscyplin między innymi: ekonomii, zarządzania, socjologii, jak i psychologii. Celem niniejszego przeglądu teorii jest przytoczenie wybranych koncepcji teoretycznych tłumaczących wybory nowych miejsc pracy, związaną z tym migrację oraz kontekst funkcjonowania na rynku pracy. Praca powstała w nurcie ekonomii dlatego też w poszczególnych podrozdziałach przedstawiono wybrane teorie tłumaczące wybory miejsc pracy. Wartością dodaną jest przegląd teorii innych dyscyplin niż ekonomia, który obrazuje możliwość szerokiego analizowania tego zjawiska oraz stanowi cenną wartość dla badaczy spojrzenia ekonomicznego. Heterogeniczność teorii nauk społecznych, w tym ekonomii, oraz ograniczenie związane z objętością dysertacji skłoniło autorkę do przedstawienia tylko wybranych perspektyw. Argumenty przemawiające za wyborem lub odrzuceniem omówionych teorii jako podstawy do badania empirycznego przedstawiono w konkluzji.

1.1. Wybory miejsca pracy w teorii ekonomii

Ekonomiczne teorie obejmują wycinek kompleksu dostępnych teorii, a głównym jej przedmiotem zainteresowań jest kreowanie, wymiana i wynagrodzenie za pracę (Smandek, 1993, s. 5-10). Podłożem do rozważań dla ekonomistów na poziomie makro jest sytuacja nierównowagi rynkowej (niedoskonałości rynku), a na poziomie mikro brany jest pod uwagę wybór dokonywany przez jednostkę (Murdoch, 2011). Istotną kwestię stanowi również alokacja indywidualnych zasobów jakimi dysponuje człowiek, takimi jak: czas, kapitał intelektualny, umiejętności oraz finanse (Kryńska, 1996, s. 5-6). Aby zaspokajać swoje potrzeby i optymalnie lokować zasoby, ludzie dokonują wyborów i migrują. Wybór najkorzystniejszej oferty pracy natomiast jest rozpatrywany w oparciu o bilans korzyści i kosztów, które otrzymuje i ponosi pracownik.

Ludzka praca, pomimo tego, że różni się od klasycznego przedmiotu wymiany, rozpatrywana jest jako towar. Siła robocza nie jest tworzona w celu jej sprzedaży oraz nie można jej magazynować, akumulować ani upłynniać (Smandek, 1993, s. 5-10). Rynek pracy definiowany jest jako obszar działania na którym dochodzi do swobodnego przemieszczania

się ludzi oferujących podaż usługi – swojej pracy oraz strefa dla przedsiębiorców zgłaszających popyt na nie (Jarmołowicz i Knapińska, 2005, s. 13, 41-43). Stronami „procesu podaży pracy i popytu na pracę” (Francik i Pocztowski, 1993, s. 33) są zatem osoby zatrudnione oraz bezrobotni (podaż pracy); natomiast po stronie popytowej w procesie uczestniczą: przedsiębiorstwa, organizacje non-profit i instytucje (Jarmołowicz i Knapińska, 2005, s. 41-43).

Zjawiska i mechanizmy działania na rynku pracy zostały przeanalizowane z punktu widzenia dwóch głównych nurtów ekonomii: neoklasycznego i keynesowskiego. Wybór jednego lub drugiego z podejść przesądza o sposobie interpretacji zjawisk zachodzących na rynku pracy i w konsekwencji o konieczności bądź zbędności ingerencji państwa w jego funkcjonowanie (Kotlorz, 1995, s. 8-9). Neoklasyczna szkoła ekonomii umożliwia identyfikację dwóch podstawowych problemów badawczych: funkcjonowanie rynku kupna/sprzedaży siły roboczej oraz naturę zachowań człowieka jako uczestnika tego rynku (Kryńska i in., 1998, s. 23). Rynek pracy istnieje jako jednorodna całość, w której alokacja zasobów siły roboczej jest regulowana mechanizmami rynkowymi i traktowany jest jako obszar wymiany (Kryńska, 2000, s. 15). Neoklasyczne teorie zatrudnienia opierają się na sformułowaniu modelu konkurencji doskonałej na rynku pracy i w zakresie mobilności przyjmowały założenie braku występujących trudności (Kryńska i in., 1998, s. 24). W tym nurcie nie uwzględnia się ingerencji władz oraz analizy kontekstu społecznego. Równowaga mogła zostać osiągnięta natomiast gdy każdy pracobiorca zaakceptuje oferowaną stawkę równowagi, a pracodawca godząc się na tę stawkę, będzie w stanie poszukać pracowników (Francik i Pocztowski, 1993, s. 9).

Keynes przyjął stanowisko, że w warunkach swobodnego działania mechanizmu rynkowego występuje tendencja do nadwyżki podaży siły roboczej nad popytem na pracę, co skutkuje powstaniem bezrobocia (Milewski i Kwiatkowski, 2000, s. 145). Teoria Keynesa jest początkiem interwencjonizmu państwowego mającego przeciwdziałać przyczynom nierównowagi na rynku pracy za pomocą polityki podatkowej i realizacji wydatków budżetowych. Zauważył jednak, że zbyt agresywna polityka podatkowa państwa może doprowadzić do inflacji i dalszych procesów pobudzających bezrobocie (Francik i Pocztowski, 1993, s. 18).

1.1.1. Teoria dualnego rynku pracy

W teorii **dualnego rynku pracy** zakłada się podział na dwie części w których pracownicy i pracodawcy funkcjonują na podstawie odmiennych zasad (Kryńska i in., 1998, s. 33) o całym różnym warunkach wynagrodzeń i polityce zatrudnienia, ograniczonymi możliwościami przejścia pomiędzy płaszczyznami (Dickens i Lang 1992), odmiennymi możliwościami awansu oraz różnym zwrotem z inwestycji w kapitał ludzki (Leontardini, 1998). Segment pierwotny obejmuje stabilne, stwarzające możliwości rozwoju pionowego miejsca pracy, dobrze opłacane stanowiska (Wąsowicz, 2007, s. 56) do których dostęp jest ograniczony przez ściśle zdefiniowane kryteria wyboru pracownika i dokonywaną selekcję w celu rekrutacji właściwego pracobiorcy (Kryńska, 2000). Wtórny obejmuje natomiast miejsca pracy gorzej opłacalne, o niższym prestiżu, których liczba uwarunkowana jest wahaniami koniunkturalnymi w gospodarce (Wąsowicz, 2007, s. 56). Ze względu na ich małą atrakcyjność, występuje w nim wysoka fluktuacja i łatwość zmiany miejsca świadczenia pracy (Kryńska, 2000, s. 22). Pracownicy znajdują się w danym segmencie ze względu na bariery instytucjonalne, takie jak struktura branży, uwarunkowania rynkowe (Leontardini, 1998; Kryńska, 1996) czy konieczność posiadania pewnych uprawnień na przykład wykształcenia, prawa wykonywania zawodu. W związku z tym, podział na segmenty jest względnie trwały a przemieszczanie się pomiędzy nimi jest ograniczone (Piasecki, 2018, s. 30). Szczegółowego i wyczerpującego porównania różnych typów segmentacji na rynku pracy w naukach ekonomicznych dokonał Piasecki (tamże, s. 19).

1.1.2. Teoria kapitału ludzkiego

Podwaliny **konceptji kapitału ludzkiego** budowali przedstawiciele różnych nurtów w ekonomii przez wieki, jednak całościowa teoria powstała dopiero w latach 60. XX wieku. Szacowanie kapitału ludzkiego (KL) datuje się od momentu potraktowania jednostki ludzkiej jako kapitału trwałego przez W. Petty'ego³ (Nicholson, 1891, s. 95). Twierdził on, że „tak na kapitał, jak i na człowieka ponosi się pewne wydatki, a z nich pochodzi zdolność świadczenia usług, którymi spłaca się te wydatki z zyskiem” (Walsh, 1935, s. 225). A. Smith twierdził

³ W. Petty – widział w zasobach ludności czynnik pracy, który mógłby kreować bogactwo kraju. Twierdził, że liczba ludności jest wyznacznikiem wartości gromadzonej w ludziach. Ze swoich badań wynioskował, że wiadome są straty doznawane przez epidemie, wojny i wysyłanie ludzi na służbę obcym krajom, ponieważ znana jest wartość jednostki oraz liczba straconych obywateli (Petty, 1699, s. 192).

natomiast, że nabyte umiejętności są częścią osobistego majątku człowieka, a zarazem częścią majątku społeczeństwa, do którego on sam należy. Wśród kapitałów wymienił również umiejętności ludzi, podkreślając podobieństwo między kwalifikacjami a właściwościami kapitału rzeczowego (Smith, 2013, s. 345-348). Dzielił on pracę na produkcyjną (efektem są dobra materialne) i nieprodukcyjną (praca artystów, wykładowców, prawników i lekarzy) (Smith, 2007, s. 37). F. List zakładał, że pracownicy umysłowi (w tym lekarze) nie powinni być traktowani jako nieprodukcyjni, tym samym nadając wiedzy i umiejętnościom ludzi główne miejsce wśród składników sił wytwórczych narodu. Takie podejście ustanowiło Lista jako jednego z prekursorów tworzenia teorii kapitału ludzkiego (TKL) (Miś, 2007, s. 28). J.B. Say w swoim Traktacie o ekonomii politycznej zawarł tezę, że „wykład, z którego korzysta student medycyny, jest produktem niematerialnym, ale konsumpcja tego produktu zwiększa zakres wiadomości studenta, a ta umiejętność indywidualna stanowi fundusz produkcyjny, rodzaj kapitału, z którego student będzie czerpał zyski (...) wartość wykładu została zakumulowana i przekształcona w kapitał” (Say, 1960, s. 855-856). Say tłumaczył wielkość kapitału ludzkiego poprzez wartość przyszłych dochodów i twierdził, że KL tworzony jest poprzez różne formy edukacji związanej z wychowaniem, pochodzeniem, kształceniem, nauką podczas pracy oraz zdobywaniem umiejętności. Zdobytą wiedzę uznawał zaś za nieprzekazywalny kapitał konkretnej osoby (Jarecki, 2007, s. 21-22). J.S. Mill wyróżnił dwa składniki kapitału ludzkiego: zasoby i umiejętności, które zaliczył do majątku narodowego oraz do indywidualnych zasobów człowieka (Miś, 2007, s. 24-25). Hasło Marshalla, że „najbardziej wartościowym ze wszystkich kapitałów jest ten zainwestowany w istoty ludzkie” stał się mottem Beckera, który został jednym z twórców TKL (Dobija, 2002, s. 28). Koncepcja ta opiera się na badaniach zajmujących się ideą, że ludzie wydają pieniądze „na siebie” mając na uwadze bieżące i przyszłe zyski pieniężne i niepieniężne (Blaug, 1976, s. 833). Zjawisko inwestycji w siebie powinno być interpretowane indywidualnie oraz w imieniu całego społeczeństwa (tamże, s. 304-307). Jednostki świadomie inwestując w siebie, dbają jednocześnie o wyniki ekonomiczne i dobrobyt własny oraz społeczny. T.W. Schulz twierdził, że każdy człowiek wyposażony jest w wiedzę, zdolności, kwalifikacje oraz motywację; wykazuje pewne specyficzne zachowania i posiada cechy fizyczne oraz zdrowie psychiczne, które są składowymi jego osobistego kapitału (Schulz, 1976, s. 30; Giegiel i Wildowicz, 2007, s. 60). G.S. Becker twierdził, że pracownicy inwestują w siebie po zakończeniu okresu kształcenia podstawowego i wybierają pracę, która umożliwi im wzięcie udziału w szkoleniu

ogólnym i pozyskanie doświadczenia, godząc się na wszystkie proponowane obowiązki. Koszty tego szkolenia mają natomiast ponosić pracownicy, godząc się na początku kariery na niższe zarobki i ich wzrost wraz ze zwiększającym się doświadczeniem (Blaug, 1995, s. 311) i coraz wyższym stanowiskiem.

TKL wprowadzając dychotomiczny podział kwalifikacji siły roboczej zakładała, że pracownicy posiadający kwalifikacje uniwersalne (ogólne, transferowalne) obejmowali stanowiska niewymagające długich szkoleń, tak zwane prace proste. Pracownicy posiadający kwalifikacje specyficzne (nietransferowalne) zatrudniani byli na prestiżowych i lepiej płatnych posadach (Wąsowicz, 2007, s. 55-56). Można zatem wyciągnąć wniosek, że kwalifikacje mają wpływ na mobilność zasobów pracy. Pracownicy z kwalifikacjami ogólnymi mogą dokonywać częściej zmiany miejsca pracy niż ci, którzy posiadają umiejętności specyficzne i dzięki którym raczej pozostaną w swoim miejscu zatrudnienia (Jarmołowicz i Knapieńska, 2011, s. 127). Poza tym wzrost poziomu wykształcenia, szkolenia i inwestowania w osoby pracujące ma wpływ na wzrost dochodu narodowego. Wzrost z tych inwestycji jest szybszy w porównaniu z nakładem ziemi, pracy i kapitału rzeczowego.

Analizując kapitał ludzki na poziomie indywidualnym warto zauważyć, że nie ma jednego wspólnego stanowiska i przykładowo M. Blaug (1976, s. 827-855) wymienia sześć komponentów: wykształcenie formalne, doświadczenie zawodowe, doświadczenia z czynności poszukiwania pracy, przetwarzanie informacji, mobilność/migracja oraz stan zdrowia. H. Król (2006) proponuje natomiast określenie KL jako ogół cech i właściwości w człowieku, takie jak wiedza, zdolności, umiejętności, motywacja, zdrowie, które mają wartość i mogą być źródłem przychodu pracownika w przyszłości. Jednostka może podejmować też trud inwestycji w zdobycie nowej wiedzy ze względu na perspektywę migracji i uzyskania wyższego zwrotu z inwestycji w kraju docelowym migracji. Stark (2004, s. 15-21) zauważył, że w krajach gospodarczo zamkniętych jednostki mają skłonność do niedoinwestowania swojego KL.

1.1.3. Teoria poszukiwań na rynku pracy

W skali makroekonomicznej wykazany został związek zmiany stopy płac nominalnych z poziomem nadwyżki popytu nad podażą na pracę (czyli bezrobociem) (Kwiatkowski, 2002, s. 140-141). Twórcami **teorii naturalnej stopy bezrobocia** (NRU) (zwanej również teorią

bezrobocia równowagi) są M. Friedman, E.S. Phelps i R.G. Lipsey. Według badaczy, NRU określa poziom stopy bezrobocia wynikający z układu równań równowagi ogólnej z uwzględnieniem rzeczywistych cech strukturalnych rynków pracy i towarów, niedoskonałości rynkowych, kosztów zbierania informacji o wolnych miejscach pracy i wolnej sile roboczej oraz kosztów jej mobilności. Naturalna stopa bezrobocia byłaby równa zero, gdyby rynek działał na zasadach konkurencji doskonałej (Friedman, 1975, s. 271). Twierdził również, że bezrobocie naturalne występuje głównie z braku informacji o wolnych miejscach i wolnych zasobach pracy; konkurencja pomiędzy poszukującymi kandydatów a potencjalnymi pracownikami jest ograniczona, a sama praca mało mobilna (Kryńska, 2000). Uzupełnieniem makroekonomicznych rozważań Phelps'a i Friedmana w ramach NRU – ale w skali mikroekonomicznej – **jest teoria poszukiwań na rynku pracy** (job search theory), która łączy mikroekonomiczną teorię zachowań podmiotów poszukujących pracy i pracodawców (z uwzględnieniem mobilności) z teorią makroekonomiczną dotyczącą relacji inflacji i bezrobocia (Kryńska, 1998, s. 44-47). Przedstawicielami tego nurtu i zarazem twórcami modelu poszukiwań na rynku pracy są między innymi P. A. Diamond, D. Mortensen i Ch. Pissarides, nagrodzeni za swoje dokonania Nagrodą Nobla w dziedzinie nauk ekonomicznych w 2010 r. Teoria ta została wpisana w nurt „nowej mikroekonomii” (Kryńska, 2000) (ekonomii psychologicznej, behawioralnej) wykluczającej dostępność pełnej informacji z modelu doskonałej konkurencji na rynku pracy. W efekcie sytuacja na tym rynku stała się mniej przejrzysta, ponieważ żadna ze stron nie zna warunków zatrudnienia w innych przedsiębiorstwach. Pracownicy do wyboru optymalnego dla swojej kariery miejsca pracy potrzebują możliwie najpełniejszej informacji szczególnie o płacach i warunkach zatrudnienia u możliwie jak największej liczbie pracodawców (Kryńska, 2000). Aby podjąć racjonalną decyzję analizują różne oferty płacowe oraz relacje pomiędzy wysokością wynagrodzenia a lokalizacją geograficzną pracodawcy (Kryńska, 1998). Analizując wnioski tej teorii można zauważyć, że wynikają z niej determinanty przepływów siły roboczej (Kucharski, 2001, s. 56-57) pomiędzy strefami aktywności zawodowej i bezrobocia. W zakresie ram tej teorii pojawia się również pojęcie bezrobocia przejściowego, wynikającego z faktu celowego pozostawiania bez zatrudnienia przez pracodawców. Oczekują oni bowiem na najlepszą ofertę i świadomie nie podejmują pracy za niższe uposażenie niż oszacowali za opłacalne (Kryńska, 1998).

Czynności związane z poszukiwaniem informacji w celu podjęcia racjonalnej decyzji wymagają czasu i w efekcie powstaje nierównowaga na rynku pracy. Wśród teorii

poszukiwań można wyodrębnić **teorię płacy progowej** i **teorię liczebności próbki**. W obu przypadkach poszukujący mają ograniczoną wiedzę o sytuacji na rynku pracy, lecz znają oferty płacowe w określonej grupie kwalifikacji na przykład specjalistów medycznych. Proces poszukiwań rozpoczyna się od ustalenia granicy opłacalności podjęcia danej pracy (Wojciechowska, 2005, s. 104-105). W myśl założeń pierwszej teorii poszukujący skupia się jedynie na wysokości płacy, a nie na liczbie ofert. Natomiast w drugiej wybiera ofertę, która najbardziej odpowiada jego preferencjom. Zakłada się, że oferty zróżnicowane są jedynie pod względem wysokości płac, a poszukujący znają ich rozkład, nie wiedząc jednak które firmy zgłaszają braki kadrowe. Poszukiwania mają na celu znalezienie grupy pracodawców, którzy poszukują pracowników na stanowiska o jednakowej opłacalności i spełniające oczekiwania bezrobotnych. Koszty poszukiwań zależą od wielkości próby (Wojciechowska, 2005, s. 110). W tym modelu zakłada się, że poszukujący sprawdza oferty n wybranych firm na rynku i aplikuje do tej, która oferuje najwyższe uposażenie (Bludnik, 2010, s. 37).

Najistotniejszym problemem badaczy teorii poszukiwań na rynku pracy była ocena zarówno efektywności poszukiwania miejsc pracy, jak i pracowników w warunkach niepełnej informacji.

1.1.4. Teoria płacy efektywnej

Teoria płacy efektywnej zwana teorią płacy motywującej, płacy skutecznej, płac kształtujących efektywność, płacy względem efektywności (Kryńska, 1998, s. 45), płac proefektywnościowych (Wojtyła, 2000, s. 225) zakłada wpływ sztywności płac na poziom bezrobocia. Dla twórców wywodzących się ze szkoły keynesowskiej ważnym stało się określenie bezrobocia przymusowego. Najwięcej jednak miejsca poświęcono analizie wyższego wynagrodzenia od rynkowego, ponieważ miało ono zapewnić efektywne funkcjonowanie przedsiębiorstwa oraz utrzymać odpowiedni poziom zatrudnienia ze względu na wysokie koszty pozyskania/wymiany siły roboczej. W myśl tej teorii, wydajność pracownika zależy od jego kwalifikacji, umiejętności, ale również od tego, ile zarabia za wykonaną pracę. Wysokie płace bowiem pomagają utrzymać dyscyplinę pracy oraz zmniejszają fluktuację i są świadomym działaniem pracodawców mającym na celu pozyskanie pracowników o ponadprzeciętnych umiejętnościach i kwalifikacjach zawodowych (Kryńska i in., 1998, s. 49). W tej grupie teorii pracobiorcom poświęcono mniej miejsca i

zakłada się jedynie, że zmiana poziomu płac może wpływać na wybór nowego miejsca pracy. Zauważa się również, że w grupach więcej zarabiających obserwuje się niższą skłonność do ruchliwości (Kryńska, 2000). W teorii płacy efektywnej proponuje się sztywną płacę, wyższą od rynkowej, aby podnieść wydajność pracy zatrudnionych (Woźniak, 2008, s. 35). Wśród koncepcji wyjaśniających działanie płac motywujących można wymienić: „objiania się” (bumelowania w pracy) (Shapiro i Stiglitz, 1984, s. 433-444), model rotacji załogi (Salop, 1979) czy model selekcji negatywnej (Weiss, 1990).

1.1.5. Teoria insider-outsider

Teoria **insiders-outsiders** (swoich-obcych) związana jest przede wszystkim z pracami Lindbecka i Snowera i wyjaśnia nierównowagę na rynku pracy przez zastosowanie sztywności płac (Wojtyna, 1994, s. 4). W ramach teorii badacze poszukiwali mikroekonomicznych przyczyn powstawania i utrzymywania bezrobocia przymusowego oraz odpowiedzi na pytanie dlaczego bezrobotnym nie udaje się pozyskać pracy, mimo iż są gotowi pracować za niższe wynagrodzenie niż już zatrudnieni (Wojtyna, 2000, s. 232-235). Zasadniczo przez to zbiorowość podzielona była na „swoich i obcych” (Kryńska, 1998 s. 56-57). Przez pojęcie „swoich” rozumieć można działaczy i osoby przynależące do związków zawodowych, pracowników zatrudnionych na umowy o pracę, szczególnie na czas nieokreślony, pracowników o znacznie wyższych kwalifikacjach, a przez „obcych” niezrzeszonych, zatrudnionych na umowy czasowe lub w szarej strefie, niewykwalifikowanych, jak i bezrobotnych. Nie jest to sztywny podział, ponieważ kryterium wyróżnienia jest siła wpływu na negocjacje wysokości płac dla danej grupy pracowników (Wojtyna, 1994, s. 4).

Głównym założeniem przemawiającym za brakiem pracy dla bezrobotnych jest przekonanie o znacznych kosztach zatrudnienia „nowych” pracowników i – co za tym idzie – zwolnienia „swoich” (Lindbeck i Snower, 1986, s. 235). „Nowozatrudnionych” wcześniej należało zrekrutować, wyselekcjonować, a następnie wdrożyć do pracy w firmie i na konkretnym stanowisku. Tym samym pojawia się trzecia grupa pracowników, a mianowicie „nowi”, którzy zostali pozyskani z outsiderów (Piasecki, 2018, s. 38). Insiderzy posiadają znaczny staż w firmie i tym samym większą siłę negocjacji podwyżki płac, a świadomość pracodawcy o wysokości kosztów zatrudnienia powoduje, iż rezygnują z „nowych” na rzecz wyższych wynagrodzeń. Sytuacja może się odmienić w przypadku zbyt dużych nacisków, strajków i

żądań „swoich”. Pracodawcy dokonując kalkulacji mogą podjąć ryzyko rozpoczęcia rekrutacji wśród outsiderów oraz zwolnień wśród „swoich”. Wówczas powinni wziąć też pod uwagę niepewność zachowań pozostałych pracujących i ich wpływu na nowozatrudnionych oraz na efektywność ich pracy (Lindbeck i Snower, 2001). Kucharski (2001, s. 61) podkreśla również, że w myśl teorii insider-outsider istnieje wyższe prawdopodobieństwo odpływu z zatrudnienia osób pracujących na niestabilnych warunkach zatrudnienia, takich jak umowy cywilno-prawne czy czasowe, osoby należące do mniejszości narodowych i z czasowym zezwoleniem na pracę, osoby o niskich kwalifikacjach czy osoby niepełnosprawne. Dla osób z tych grup określona została mniejsza szansa na znalezienie pracy i tym samym niższy odpływ z bezrobocia i wyższy bierność zawodowej. Przy wyborze nowego miejsca pracy pracownik staje się „nowym” i dopiero jak zostanie dostatecznie długo w organizacji ma status „swojego”. Wówczas też wzrasta jego siła negocjacji podwyżki wynagrodzenia. Do wyboru nowego miejsca pracy może skłaniać wyższa płaca początkowa albo inne, znacznie lepsze pozostałe warunki zatrudnienia niż dotychczas. Niezależnie od tego, którego rodzaju powód był bardziej istotny, na pewno rachunek korzyści i strat z wyboru nowego miejsca pracy powinien być dodatni.

1.1.6. Klasyczna teoria migracji

Ruchy pracowników były przedmiotem zainteresowań A. Lewisa, który uważany jest za twórcę **klasycznej teorii migracji** i zakładał istnienie dualnej gospodarki (sektora przemysłowego i rolniczego) w okresie jej rozwoju. Jego głównym przedmiotem zainteresowań była migracja na poziomie mikroekonomicznym dotycząca ruchów ludności pomiędzy tymi sektorami. Uważał, że gospodarka w okresie rozwoju dzieli się na sektor tradycyjny (rolniczy) i nowoczesny (przemysłowy), który przyciąga ludzi z pierwszego – rolniczego, dzięki czemu można na nim utrzymać niższe płace, które nadal są atrakcyjne dla migrantów (Lewis, 1954, s. 139). Dzięki napływowi migrantów sektor nowoczesny może rozwijać się szybciej, a tradycyjny unowocześnia się, gdy brakująca nieprodukcyjna siła robocza zostaje zastąpiona kapitałem. Proces migracji ulega samozatrzymaniu, gdy warunki opłacalności płacy się wyrównają. Klasyczna teoria migracji jest podstawą hipotez wielu badań ilościowych, w których próbuje się zbadać wpływ zatrudnienia migrantów na poziom płac w poszczególnych branżach i rejonach (Ghosh, 1996, s. 77-113). Według klasycznej teorii

migracji, przemieszczanie się ludzi jest wynikiem przepływu pracowników na rynku pracy i rozpatrywane jest jako środek równowagi ekonomicznej, gdzie migranta rozważa się jako czynnik równoważący rynki pracy (Olsson, 1965). W teorii zakłada się również, że osoba zmieniająca otoczenie dąży do maksymalizacji dochodów, ma pełną wiedzę o możliwościach osiągnięcia korzyści, pracownicy posiadają jednakowe kwalifikacje oraz potrzeby i nie występują bariery do migracji (Lewis, 1954, s. 139). Przykładem przemieszczania się osób aktywnych zawodowo pomiędzy mniej i bardziej bogatym sektorem może być migracja osób wysoko wykwalifikowanych pomiędzy krajami różniącymi się poziomem rozwoju gospodarczego. Ruchy te zostały poddane szczególnej uwadze i obserwacji, ponieważ niosą skutki ekonomiczne dla kraju docelowego migracji i pochodzenia.

Jednostronny ruch wykwalifikowanych osób do krajów zapewniających relatywnie wyższe wynagrodzenie i lepsze warunki życia zdefiniowane zostało przez Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ) jako **drenaż mózgow** (Dokumentacja z 39. sesji Komisji ONZ ds. Ludności i Rozwoju „Migracje międzynarodowe i rozwój” *Biuletyn Rządowej Rady Ludnościowej...*, 2007). Inni autorzy wskazują na ponoszenie strat w szeregach wysoko wykwalifikowanej i wykształconej elity w rozmiarach zagrażających nawet potrzebom krajowym w perspektywie długoterminowej. Zauważają zagrożenie większej utraty wyedukowanych obywateli niż pozyskania kształcących się (Tarasiewicz, 2013, s. 145-160). Mechanizm drenażu wspomaga przepływ ludzi szczególnie wysoko wykwalifikowanych i polega na ich przemieszczaniu się do miejsca, gdzie mają zapewnione lepsze warunki materialne i zawodowe. Proces ten zaobserwowano w latach 50. i 60. XX w. w Europie wśród naukowców migrujących do Ameryki Północnej (Cervantes i Guellec, 2002). W 2008 r. odsetek pochodzących z UE imigrantów posiadających stopień doktora w USA był dziesięciokrotnie wyższy od udziału amerykańskich doktorów całej populacji (Saint-Paul, 2008, s. 19-27). Według danych szacunkowych USA, Kanada, Wielka Brytania, Australia i Izrael zyskały dziesiątki miliardów dolarów zatrudniając specjalistów wykształconych poza swoim krajem (Golinowska, 2001, s. 20). W niemieckich debatach dotyczących swobody przepływu kapitału ludzkiego w UE zauważa się również dopływ pracowników o wyższych kwalifikacjach (Straubhaar i Wolburg, 1999). Zimmerman (2001) polecał krajom UE – od razu po decyzjach akcesyjnych – rozpoczęcie procesu zachęcania wykwalifikowanej ludności z krajów wschodnich i wschodnio-południowych do przyptywu, co miało zapewnić zatrzymanie najlepszych specjalistów na terenie Wspólnoty Europejskiej. Inne działanie grozi utratą tych

talentów do krajów z innych regionów świata. Od wielu dziesiątek lat kraje przyjmujące wysoko wykwalifikowany kapitał ludzki mają przewagę nad krajami kształcącymi (Hrynkiewicz i Jałowiecki, 1994). W.L. Biffi (1996, s. 551-565) natomiast zwraca uwagę na reakcję PKB per capita po dopuszczeniu imigrantów na rynek wówczas, gdy ich praca związana jest z restrukturyzacjami gospodarki (*new economy*) i nowymi technologiami oraz gdy pracują w sektorach o niskiej wydajności pracy. W pierwszym przypadku odnotował bezpośredni wzrost PKB per capita a w drugim jedynie wzrost gospodarczy dzięki zwiększonej konsumpcji (Golinowska, 2001, s. 21).

1.1.7. Neoklasyczna teoria migracji

Decyzje jednostki jako wyraz racjonalizacji dla poprawy poziomu życia w podejściu mikroekonomicznym interpretuje natomiast **neoklasyczna teoria migracji** (*neo-classical theory*). Maksymalizacja użyteczności i oczekiwana stopa zwrotu z wyboru innego pracodawcy są elementem zaczerpniętym z założeń ekonomii neoklasycznej (Arango, 2000, s. 284). Kalkulacja ta dotyczy zmiany warunków, dzięki na przykład zmianie miejsca pracy. Rachunek szans, jak i kosztów bezpośrednich oraz alternatywnych, tworzą rachunek indywidualnych korzyści netto dla migranta (Torado, 1976). Założeniem tej teorii jest pełne zatrudnienie oraz wyłączenie oddziaływania rynku pracy na proces migracji (Cabańska, 2013, s. 43 za: Massey i in., 1993). W ujęciu makroekonomicznym zakłada natomiast, że ruchy ludności związane z uzyskaniem wyższych płac wynikają z wielkości popytu i podaży pracy (Torado, 1976). W odróżnieniu od klasycznej teorii migracji, zakłada, że w pewnych okresach rozwoju gospodarczego oraz segmentach nie zawsze każdy jest na pozycji wygranej. Są tacy, którzy tracą, lecz jednocześnie końcowy rachunek korzyści nie jest znany (Golinowska, 2001, s. 17-31). Mimo, iż teoria ta była wielokrotnie ulepszana, uznawana jest za jednowymiarową; wykorzystującą głównie aspekt ekonomiczny. Nie bierze pod uwagę czynników politycznych oraz kulturowych i zalecana jest raczej do badania migracji wewnętrznych niż zewnętrznych (Arango, 2000, s. 283-296). Głównym elementem różniącym teorię neoklasyczną od klasycznej jest badanie migracji również z punktu widzenia jednostki a nie tylko w skali makroekonomicznej.

Początki badań nad migracjami sięgają lat 80. XIX w., kiedy E. Ravenstein (1885) zajmował się analizą czynników wpływających na osoby wyjeżdżające (Murdoch, 2011). Przedmiotem

badań była mobilność wewnętrzna (Górny i Kaczmarczyk, 2003, s. 14) i na podstawie wyników stworzył **zbiór praw migracji** (Murdoch, 2011), w których wykazał znaczącą rolę technologii oraz chęć poprawy bytu materialnego za powód najczęściej skłaniający ludzi do opuszczania swojego otoczenia (Górny i Kaczmarczyk, 2003, s. 14-15). W 1955 r. Rossi (s. 123-132), na podstawie wyników wcześniejszych badań w skali mikroekonomicznej, zaproponował w skali makro pogrupowanie czynników na działające w kraju ojczystym i docelowym. Następnie w 1962 r., warta uwagi w skali mikro, przedstawiona została koncepcja traktująca przyczyny migracji za decyzję inwestycyjną z uwzględnieniem poniesionych kosztów i zwrotu z inwestycji. Zwrot ten zawiera elementy płacowe na przykład wyższe wynagrodzenie oraz pozapłacowe, takie jak lepsze warunki rozwoju i edukacji. Koszty zawierają elementy finansowe na przykład wzrost wydatków na transport, noclegi jak i pozafinansowe, takie jak koszty nauki nowego zawodu, pozyskania nowych umiejętności, utratę dotychczasowej intensywności kontaktu ze środowiskiem czy koszty adaptacji w nowym miejscu (Sjaastad, 1962, s. 80-93). Na podstawie rachunku korzyści i kosztów pracownik dokonuje wyboru czy pozostać w dotychczasowym miejscu pracy czy podjąć decyzję o migracji.

1.1.8. Teoria push-pull

Badaczem ruchów ludności był również E.S. Lee, który zauważył, że przy podejmowaniu decyzji o migracji dokonywaniu wyboru miejsca znaczenie mają również predyspozycje osobiste, jak i trudności komunikacyjne (Lee, 1966, s. 47-57). Czerpiąc z „praw migracji” Ravensteina (1885), Lee uporządkował je i czynniki migracji podzielił na cztery grupy:

1. Czynniki związane z miejscem pochodzenia,
2. Czynniki związane z miejscem przeznaczenia,
3. Przeszkody pośrednie na przykład odległość czy granice państwowe,
4. Czynniki osobiste.

Czynniki związane z miejscem pochodzenia i przeznaczenia zawierają w sobie czynniki **push (wypychających) i pull (przyciągające)** oraz **obojętne**. Dokonywanie jednak oceny tych czynników nie jest jednoznaczne, ponieważ każdy z nich może być postrzegany i wartościowany inaczej przez poszczególne jednostki. Percepcja tych czynników jest często ważniejsza od rzeczywistego znaczenia, co utrudnia dokonanie obiektywnej oceny. Lee

zauważa, że decyzja o zmianie miejsca życia i pracy nigdy nie jest podjęta w sposób całkowicie racjonalny, chociażby z powodu braku możliwości posiadania pełnej informacji o miejscu docelowym. Znajomość jedynie czynników przyciągających uznaje się za niewystarczającą, ponieważ zazwyczaj osoba podejmująca wybór nowej pracy ma możliwość wyboru spośród kilku miejsc docelowych (z porównywalnym dostępem). Wówczas oczekiwania połączone z aspiracją do wysokiej jakości życia czy wykształcenie mogą wpływać na wybór (Lee, 1966). Czynniki wypychające to „sytuacje życiowe, które powodują brak satysfakcji z dotychczasowej lokalizacji przestrzennej”, a przyciągające dotyczą „tych atrybutów odległych miejsc, które zdają się przyciągać” punktu widzenia zmiany miejsca (Dorio i Tolber, 1983). Dodatkowo autor uważa, że potrzebny jest jeszcze jakiś bodziec, interakcja, pewnego rodzaju przełamanie hamulca przywiązania do obecnego miejsca. Dopiero po przekroczeniu tego punktu, następuje podjęcie decyzji oraz wybór miejsca migracji. Autor nie wyjaśnił znaczenia czynników osobistych, ale Kaczmarczyk i Górny (2003, s. 83) wskazują, że – podobnie jak w przypadku czynników przyciągających i wypychających, może to dotyczyć postrzegania czynników, a nie faktycznego ich działania. Decyzje migracyjne mogą być różne mimo identycznych okoliczności, ponieważ wpływają na nie indywidualne cechy jednostek (Massey i in, 1993, s. 431-467).

Przemieszczając się, człowiek ma do pokonania jeszcze przeszkody pośrednie, które są głównie związane z odległością lub aspektami politycznymi na przykład granice państwa. Przeszkody te mogą mieć różne znaczenie oraz wpływ na możliwość przemieszczenia się. Niekiedy przeszkody mogą być niewielkie a niekiedy uniemożliwiające mobilność (Górny i Kaczmarczyk, 2003, s. 40). Teoria push-pull ma charakter ogólny, a jej czynniki mogą być dobierane dowolnie pod kątem danego badania oraz adaptowane do skali makro, dzięki czemu może być zastosowana w badaniach różnych rodzajów migracji w wielu dyscyplinach naukowych (Lee, 1966). Koncepcja autora teorii jest często wykorzystywana w analizach migracji zarobkowych. Najczęściej wśród czynników przyciągających naukowcy wyróżniali: łatwość znalezienia pracy (na przykład na odpowiednim stanowisku), wyższe zarobki i lepsze warunki pracy (Orłowska, 2013, s. 38) (na przykład zakres obowiązków w pracy). Do wypychających zalicza się: wysokie bezrobocie, niższe wynagrodzenia, słabo rozwinięte zabezpieczenie w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, trudne warunki życia oraz brak możliwości gromadzenia nadwyżek inwestycyjnych i oszczędności. Czynniki w teorii push-pull zostały podzielone na 3 główne kategorie: ekonomiczno-demograficzne, polityczne i

społeczno-kulturowe. Do pierwszej grupy należą: bezrobocie, zagrożenie ubóstwem, wysokość płac, poziom przyrostu naturalnego, podstawowa opieka medyczna, poziom systemu edukacji, popyt na pracę, standardy życia, rozwój osobisty i zawodowy. Do czynników politycznych zaliczyć należy: stopień stabilizacji politycznej, poziom korupcji, zagrożenie konfliktami, bezpieczeństwo narodowe, przemoc, respektowanie praw człowieka. Społeczne i kulturowe obejmują natomiast: tolerancję etniczną i religijną, płciową, równouprawnienie, stan życia rodzinnego, możliwość migracji do miejsc przodków (Orłowska, 2013, s. 36). Coraz bardziej istotny staje się też wpływ mediów na kształtowanie wyborów migracji (Duszczyk, 2012, s. 12) oraz rozwój technologiczny, dzięki któremu potencjalni migranci mogą pozyskać informacje i rekomendacje miejsc do których warto migrować.

1.1.9. Ekonomia behawioralna

Próba połączenia ekonomii z innymi naukami, na przykład z psychologią (Warneryd, 2002), jest ekonomia behawioralna, dzięki której teorie ekonomii wzbogacone są o realizm psychologiczny. Realizm ten swoim zasięgiem obejmuje między innymi wpływ emocji, autorytetów, władzy, naśladownictwa, uczenia się, intuicji, statusu quo, identyfikacji społecznej, posiadanego doświadczenia, awersji, poczucia sprawiedliwości, etyki na postępowanie ludzi. Naukowcy tego nurtu zwracają uwagę, że nurt ten powraca do rozważań nad psychologicznymi podstawami ludzkich zachowań, o których pisał już Adam Smith w *Teorii uczuć moralnych* (o awersji do strat, ignorowaniu kosztów oraz poczuciu sprawiedliwości w postępowaniu w obszarze decyzji ekonomicznych). W toku rozwoju nauki ekonomii refleksja ta została porzucona (Solek, 2010, s. 25). W pracach polskich twórców z pogranicza ekonomii i psychologii w zakres zainteresowań ekonomii behawioralnej wchodzi między innymi: procesy oceniania i podejmowania decyzji przez konsumentów oraz inwestorów, oddziaływanie na nabywców, ryzyko i przedsiębiorczość, oszczędzanie i zadłużanie się, negocjacje, dobrobyt i dobrostan, socjalizacja ekonomiczna, społeczna odpowiedzialność biznesu (Zaleśkiewicz, 2012, s. 38).

Wśród głównych zainteresowań nie znalazły się wprost zachowania pracowników na rynku pracy, mimo to, można z tej perspektywy również podjąć próbę analizy uwarunkowań wyborów miejsc pracy przez pracowników włączając metody badawcze, takie jak

eksperymenty czy analizując procesy decyzyjne na rynku pracy z uwzględnieniem założeń ogólnych teorii. Rynek pracy stanie się zatem dla pracownika miejscem budowania kariery zawodowej, sukcesów oraz miejscem przeżywania porażek (Kowalczyk, 2011, s. 261). Cechy i umiejętności pracobiorców oraz ich postawy poznawczo-emocjonalno-behawioralne uwzględnia się w miejscu analizy popytu i podaży (Kowalczyk, 2012, s. 53-77). Analizie podlegają zatem zachowania na rynku pracy, w pracy oraz ich wpływ na jego pozostałe elementy (na przykład na pracodawców, instytucje państwowe, sądy pracy). Subiektywne mechanizmy ludzkiego działania decydują o postrzeganiu pracy i samego rynku, ponieważ człowiek nie odbiera rzeczywistości tylko ją tworzy (Falkowski, 2000, s. 46). Bodźce ekonomiczne natomiast interpretowane są w zależności od perspektywy oraz punktu odniesienia (Zaleśkiewicz, 2004). Zgodnie z założeniami teorii behawioralnej można założyć, że mobilność pracowników zależy również od ich profilu osobowościowego (Kowalczyk, 2011, s. 313–316). Z badań nad rolą wybranych cech osobowości w życiu zawodowym wynika, iż determinują one między innymi okres kontynuacji zatrudnienia u pracodawcy oraz średni czas zajmowania jednego stanowiska. Biorąc pod uwagę ugodowość, wykazano, że istnieje statystycznie istotny związek w grupie o stażu do 2,5 roku; ekstrawersja i otwartość na nowe doświadczenia wykazywały natomiast ujemną korelację z okresem zatrudnienia na danym stanowisku w grupie osób ze stażem powyżej 2,5 roku do 10 lat (Suchar, 2009).

Po dokonanych przeglądzie dorobku myśli ekonomicznej w kontekście wyboru miejsca pracy wnioskować można, że nie istnieje jedna uniwersalna teoria czy model opisujący każdy rynek i każdą gałąź gospodarki w jednakowy sposób. Nie istnieją uniwersalne środki czy narzędzia ekonomiczne, których zastosowanie dawałyby takie same rezultaty (Stokowska, 2006, s. 118), dlatego też wybór teorii musi być dopasowany do celu dysertacji. Autorka dokonuje wyjaśnienia owego dopasowania w dysertacji w rozdziale 1.3.

Ponadto należy pamiętać, że wyborami miejsc pracy zajmują się również inne dyscypliny. W dalszej części autorka dokonuje krótkiego przeglądu, którego celem jest uchwycenie złożoności zjawiska wyboru miejsca pracy jak i inspiracja do jego badań z wykorzystaniem innych dyscyplin. Przegląd ten stanowi wartość dodaną dysertacji i ze względu na ograniczenia objętości został skrócony.

1.2. Wybory miejsca pracy w teoriach innych dyscyplin naukowych

Omówienie wyborów miejsc pracy poruszane jest najczęściej w ekonomii, lecz złożoność tego zjawiska jest duże i warto przyrzeć się mu również z innych perspektyw. Coraz większą rangę zyskują badania nad zachowaniami pracowników w organizacji, a szczególnie szeroko promowaną i propagowaną mobilnością zawodową. Wpisywana jest ona często w model kompetencyjny pracownika (Bednarska-Wnuk, 2013 s. 43). Zainteresowaniem cieszy się również temat kariery zawodowej, która rozpatrywana jest bardzo szeroko (Arthur i Lawrence, 1998 s. 6). W ramach nauk o zarządzaniu mobilność pracowników umiejscowiona jest przede wszystkim w subdyscyplinie zarządzania zasobami ludzkimi (ZZL). Współcześnie z zasobów ZZL jako ram teoretycznych korzystają ekonomiści, etycy, prawnicy, socjologowie, pedagodzy oraz psychologowie, ponieważ w rezultacie ewaluacji swojego zasięgu stała się użyteczną wiedzą o planowaniu, rekrutacji i selekcji, ocenach, wynagradzaniu oraz rozwoju pracowników (Pogonowska, 2000, s. 138).

Socjologowie natomiast skupiają się na badaniach zachowań grupowych, dostarczając odpowiedzi na pytanie dotyczące roli, zachowań i funkcjonowania jednostki w grupie (Blythe, 2008, s. 14-21). Teorie socjologiczne ignorują zróżnicowanie ekonomiczne świata, a skupiają się na indywidualnych motywach podjęcia decyzji na przykład o migracji (Smandek, 1993 s. 8) i skoncentrowane są głównie na trwaniu procesu migracji (Massey i in., 1993, s. 448). Castles i Miller (2011, s. 39) rozróżniają teorie migracji, które analizują uwarunkowania, przebieg i typy migracji oraz te perspektywy, które opisują sposoby adaptowania się migrantów do społeczeństw przyjmujących. Podział ten jest również bliższy optyce badacza socjologii. W charakterystyce tej teorii spotkać można również stosowanie pojęcia mobilności zawodowej, która w literaturze socjologii najczęściej oznacza proces zmiany miejsca w przestrzeni lub w strukturze społeczno-zawodowej, obejmujący jednostkę lub grupę społeczną (Iwanowska, 2001, s. 83) oraz każde przemieszczenie się jednostki lub obiektu społecznego czy wartości społecznej – wszystkiego co stworzyła lub zmodyfikowała ludzka aktywność – „z jednej pozycji na inną” (Sorokin, 2009, s. 131).

Inną jeszcze perspektywą badawczą może być psychologia, która całkiem w odmienny sposób analizuje proces wyborów miejsc pracy lecz ze względu na ograniczenia objętościowe teorie tej dyscypliny nie zostały przedstawione.

1.2.1. Teoria zasobowa przedsiębiorstwa

W ramach nauk o zarządzaniu ruchliwość zawodową wyjaśnia teoria zasobowa przedsiębiorstwa. Wiedza na temat posiadanych zasobów, jest podstawą sprawowania funkcji personalnej i pozwala na uzyskanie przewagi nad konkurentami. Jest również niezbędna, aby realizować efektywnie cel i misję ustaloną w przedsiębiorstwie (Kozioł i in., 2000, s. 22). Teoria zasobowa nazywana jest również podejściem zasobowym (resource-based view) (Wernerfelt, 1984, s. 171-180) i w swoich założeniach zasoby traktuje bardzo szeroko. Obejmują one środki materialne i niematerialne. Na te drugie składają się pracownicy, a dokładnie to ich wiedza, kwalifikacje, motywacja do sukcesu (Gierszewska i Romanowska, 1999, s. 140), umiejętności (Romanowska, 2001, s. 28), zdrowie, postawy i system wartości pracowników (Pocztowski, 2007, s. 33-41) a także prestiż zakładu pracy, innowacje, procedury oraz kultura organizacyjna (Gierszewska i Romanowska, 1999, s. 140). Niematerialne wartości zostały przez M. Romanowską (2001, s. 28) podzielone na niewidzialne: stanowiące majątek firmy (na przykład zasoby informacyjne) oraz związane z ludźmi (tworzące łącznie kapitał intelektualny firmy). Inni autorzy wyszczególniają jeszcze umiejętności menadżerskie, technologię zaufanie klienta (Itami, 1987, s. 45), zasoby postrzegane jako zasilenia na przykład informacyjne, czy przekształcone w produkt końcowy oraz zdolności (Teece, 1994, s. 5). W tym kontekście ludzie nie są *sensu stricto* zasobem, a ich nośnikiem (Pocztowski, 2007, s. 33-41). Tak też ewoluowało określenie „zasoby” w „kapitał ludzki” (Boxall, 2013).

Teoria zasobowa wyjaśnia w jaki sposób przedsiębiorstwo osiąga przewagę konkurencyjną i tym samym zdobywa lepsze wyniki od innych ze szczególnym uwzględnieniem zasługi zasobów ludzkich (Ławrynowicz, 2004, s. 29). Firmy, dzięki wdrożeniu strategii tworzącej wartość, której nie ma konkurencja, mogą osiągnąć przewagę nad innymi podmiotami na rynku. Jest to jednak możliwe dzięki posiadaniu i efektywnemu wykorzystaniu kombinacji zasobu ludzkiego do produkcji swoich towarów i usług. Trwała przewaga oparta jest na rzadkich, wartościowych, trudnych do przeobrażenia i przetworzenia (imitowania) oraz zastąpienia (niesubstytucyjność) zasobów (Ławrynowicz, 2004, s. 29) rozpatrywanych w kontekście organizacyjnym (Barney, 1991, s. 99-120). Wartość ekonomiczna wytworzonych dóbr i usług zatem jest różnicą pomiędzy korzyściami konsumenta, a kosztami ekonomicznymi (Peteraf i Barney, 2003, s. 309-323).

Warto zaznaczyć, że zasoby te mają różną wartość ze względu na bariery w ich pozyskaniu, możliwości wykorzystania, wielkości czy ilości, trudności w naśladowaniu, zastępowalności oraz mobilności. Niematerialne są źródłem przewagi konkurencyjnej ze względu na swoją ograniczoną możliwość naśladownictwa i powielania oraz dużą mobilność (Hall, 1992, s. 135-144). Efektywność w podejściu zasobowym polega nie tylko na klasycznym wykorzystaniu posiadanych zasobów, aby maksymalizować zysk lub osiągać niższe koszty przy założonym zysku. Rozważana jest ona znacznie szerzej i koncentruje się na obniżaniu ponoszonych kosztów oraz jednoczesnym tworzeniu wartości i korzyści netto, tym samym dąży do zwiększania wartości każdej zainwestowanej jednostki pieniężnej.

Teoria zasobowa jest też gruntem dla koncepcji kapitału intelektualnego, która jest ściśle powiązana z wartością firmy oraz kierunkiem jej rozwoju (Ujwary-Gil, 2009, s. 24-27)⁴.

W świetle teorii zasobowej wartość zasobów ludzkich rozważa się z punktu widzenia przedsiębiorstwa i tym samym to organizacje zabiegają o pozyskanie talentów i utrzymanie zatrudnienia wyróżniających się pracowników. Zespół wybitnych specjalistów czy ekspertów w tym przypadku buduje trwałą przewagę konkurencyjną organizacji i w związku z tym mogą być oni pozyskiwani i zachęceni do podjęcia pracy w nowym miejscu przez agencje rekrutacyjne specjalizujące się w headhuntingu. Wybór miejsca pracy, z perspektywy tej teorii, jest prowokowany przez przedsiębiorstwo, które chce pozyskać wybitnego pracownika. Tempo wzrostu wartości przedsiębiorstwa jest determinowane zatem posiadanymi zasobami oraz możliwościami tworzenia im warunków do rozwoju.

1.2.2. Teorie karier

Praca jest środkiem osobistego rozwoju i osiągnięcia pozycji społecznej. W kontekście rewolucji przemysłowej i historii reform zaczęto przyglądać się również pojęciu kariery zawodowej. Wyrastała ona na jednostkowym zaangażowaniu w organizację swojej pracy,

⁴ Kapitał intelektualny jest różnie wyjaśniany: jego podstawą jest kapitał ludzki (wiedza, umiejętności, innowacyjność i zdolności załogi) oraz strukturalny (sprzęt komputerowy, bazy danych, patenty i znaki towarowe) (Edvinsson i Malone, 2001, s. 17), dodatkowo zbiorowe kompetencje, informacje zwrotne od klientów, pozycję i prestiż firmy oraz marki (Tiwana, 2003, s. 61). Skrzypek (1999, s. 5) wskazuje trzy kapitał rynkowy, strukturalny i pracowniczy. Osbert-Pociecha i Karaś uznają go za sumę aktywów nie ujętych w sprawozdaniach księgowych, lecz obejmujących zasoby intelektu pracowników w czasie ich zatrudnienia w organizacji oraz po ich odejściu (Osbert-Pociecha i Karaś, 1999, s. 18-21). OECD przyjęła, że kapitał intelektualny składa się z kapitału ludzkiego i strukturalnego (organizacja przedsiębiorstwa, filozofia zarządzania, prawa autorskie, kultura organizacyjna oraz nieprzejęte produkty i usługi) (Jarugowa i Fijałkowska, 2002, s. 60). Niezależnie od przyjętego katalogu zawsze dotycząc one zasobów wewnętrznych firmy.

gromadzeniu doświadczeń oraz przygotowaniu i specjalizacji w całościowym jej rozwoju (Alurmani i in., 2014, s. 1). Każdy człowiek zobligowany jest do aktywności na rynku pracy, co wiąże się z faktem realizacji kariery poprzez wykonywanie pracy dowolnego zawodu (Arthur i Lawrence, 1998, s. 6), poszukiwanie zatrudnienia czy pracę charytatywną (Arnold, 1997, s. 16). Kariera zawodowa stanowi pewnego rodzaju listę wydarzeń z których składa się życie; sekwencję zawodów i ról życiowych, które wspólnie obrazują stosunek osoby do pracy w procesie rozwojowym (Kargulowa, 2007, s. 21), a także wzorcowe zestawienie postaw i zachowań związanych z doświadczeniem jednostki w pracy. Według Pocztowskiego (2003, s. 335) karierą jest rozwój zawodowy w toku całego życia. Reasumując, pojęcie kariery można ująć jako proces rozwoju całościowego rozpoczynający się jeszcze przed wejściem na rynek pracy (Wiatrowski, 2009 s. 66).

W literaturze socjologii, nauk o zarządzaniu czy psychologii można spotkać wiele podziałów i teorii oraz modeli karier. Przyjmując kryterium tego, co obejmuje czy zawiera dana teoria, można wyróżnić: teorię treści, procesu oraz treści i procesu (Patton i McMahon, 2006, s. 112); natomiast biorąc pod uwagę czynnik kształtowania kariery wyróżnić można: teorie preskryptywne i teorie cyklu życia (Miś, 2006, s. 478-479). Klasyfikując pod kątem tego co i jak kształtuje karierę można wskazać grupę teorii indywidualistycznych oraz strukturalnych. W przypadku pierwszych, uwaga skupiona jest na rozwoju jednostki, a w drugim kariera i jej przebieg jest atrybutem struktury organizacyjnej oraz wewnętrznego rynku pracy (tamże, s. 478-479). Wielu autorów podkreśla psychologiczny rodowód teorii rozwoju karier i na dowód tego wskazują fakt, jak bardzo tradycyjne teorie osobowości (koncentrujące się na podobieństwach i różnicach indywidualnych) znajdowały zastosowanie w teoriach kariery (Bańka, 2007, s. 65). W następstwie tego powstał podział na psychologiczne i niepsychologiczne teorie kariery (Patton i McMahon, 2006, s. 10). Wielorakość perspektyw teoretycznych o odmiennych założeniach konceptualnych teorii kariery powodują trudności w jednoznacznym ich uporządkowaniu.

E. Kasprzak (2013, s. 134-148) charakteryzuje ścieżki rozwoju zawodowego w oparciu o trzy kryteria: mobilność, stabilność oraz ciągłość. Badaczka stworzyła dwie propozycje wzorów ścieżek kariery, z których pierwsza charakteryzuje karierę dynamiczną i tradycyjną, a druga dotyczy sześciu typów karier dychotomicznych. W przypadku drugiego wzoru zestawione zostały w przeciwstawnych parach typy karier: stabilnej i zmiennej, mobilnej i niemobilnej, ciągłej i przerywanej (tamże, s. 131). Badanie powyższych typów odbywa się

zgodnie ze wskaźnikami heksagonalnego modelu karier Hollanda. Wskaźnik stabilności określono poprzez liczbę miejsc pracy i ich zmian oraz analizę ilości zmian lub podobieństw wykonywanego zajęcia zawodowego przed podmiot badany. Mobilność lub niemobilność zostały wyrażone przez ruchliwość pionową, rozumianą jako liczbę awansów w karierze, i ruchliwość poziomą uważaną jako liczbę zmian stanowisk, na których niezbędne były wyższe lub inne kompetencje od posiadanych przez podmiot. Ciągłość natomiast, wyrażona została w czasie trwania przerw w karierze (w latach). Im więcej lat pozostawania bez zatrudniania, tym kariera uznawana była za mniej ciągłą. Za wzór kariery dynamicznej uznawana jest ścieżka rozwoju zawodowego, która wyróżnia się mobilnością, niestabilnością i nieciągłością. Wyniki badań wykazały, że wraz ze zmianami miejsca pracy lub środowiska pracy, mobilność pracowników wzrastała. Wykonywanie prac o odmiennym charakterze od poprzednich czy poszukiwanie zatrudnienia na stanowiskach o wyższym stopniu odpowiedzialności według badaczki może zapowiadać zwiększoną popularność kariery „bez granic” (*boundaryless careers*) (tamże, s. 149). W wynikach swoich badań dowodzi, że znaczna część respondentów (niemal 80%) realizowało model kariery tradycyjnej (posiadającej wysoki wskaźnik stabilności, ciągłości i niski mobilności).

M. Piorunek (2009) proponuje natomiast przyjąć kryterium cech charakterystycznych dla biografii zawodowych w poszczególnych okresach rozwoju kulturowego. Według badacza **nowoczesna** kariera realizowana w układzie linearnym, ma w sobie walor stabilności, który wyraża się w rzadkiej decyzji o zmianie miejsca pracy. Wyróżnia się natomiast względnie szybkim zorientowaniem na praktykowanie zawodowo jednego zajęcia, do którego przypisany może być awans pionowy, na który podmiot ma szansę, wraz ze wzrostem wprost proporcjonalnym do zdobywanego doświadczenia zawodowego. Charakterem sekwencyjnym charakteryzuje się natomiast kariera **późnej nowoczesności**, typowa dla osób permanentnie poszukujących swojego miejsca na rynku pracy. Głównym powodem dokonywanej zmiany miejsca pracy przez te jednostki jest poszukiwanie satysfakcji i zadowolenia zawodowego. Jednocześnie gotowość ta wyraża się w otwartości na rozwój, elastycznym stosunku do planów edukacyjnych i chęci inwestowania w swoje kompetencje. Kariery kolejnego okresu, czyli **ponowoczesne**, są najczęściej zdecentralizowane, mozaikowe i charakteryzuje je epizodyczność. Osoby preferujące ten typ są zdolne do partycypowania w świecie ciągłych zmian, są skoncentrowane na „tu i teraz”, szybko się adaptują do nowych warunków i otoczenia nawet w odmiennych środowiskach zawodowych, wybierają własną

tożsamość zawodową i kreują indywidualizm (Piorunek, 2009). D. Piotrowska (2006) odnosząc się do karier ponowoczesnych zauważa, że niezależnie od przyczyny impulsu do jakiegokolwiek zmiany zawodowej (miejsca pracy czy zawodu) to jednostka (a nie organizacja dla której świadczy pracę) powinna postrzegać się sprawczo w zakresie decyzji o sobie jako pracowniku.

Teoria zachowań zawodowych jako jedna z wielu teorii karier ukazuje karierę jako proces ciągłej transformacji i redefinicji w wyniku zmieniającego się środowiska i zachowania jednostki. Założeniem tej teorii jest również subiektywny charakter kariery każdego człowieka, który przypisuje znaczenie swoim doświadczeniom i bierze pod uwagę aspiracje zawodowe, które stają się czynnikiem konstruktywnym dla „tematu życia” (Minta, 2014, s. 124). Jednostka tym samym kreuje osobistą przyszłość zawodową dzięki refleksyjności i zdolnościom autokonceptyjnym (Savickas, 2002). W konsekwencji powstaje jednostkowy wzór kariery, będący integralnym elementem życia podmiotu i mający wpływ na kształtowanie własnego „Ja” (Myszka-Strychalska, 2017, s. 74). Jednostka dokonująca decyzji o podjęciu pracy w danym miejscu – w myśl zachowań zawodowych – bierze pod uwagę swoje ambicje oraz doświadczenie i tym samym kreuje wzór tylko swojej kariery.

Liczba teorii i konceptów powoduje, że literatura w tym zakresie jest bardzo bogata. Na przełomie ostatnich dekad dominowały badania karier z wykorzystaniem ram teorii dostosowania zawodowego Davisa i Lofquista (TWA), teoria wyboru zawodu Hollanda, teoria rozwoju zawodowego Supera, teoria konstrukcji kariery Savickasa, teoria ograniczeń i kompromisów Gottfredsona oraz społeczno-poznawcza teoria kariery Lenta (SCCT) (Leung, 2008). Teorie karier koncentrują się głównie na zmiennych osobowych z pominięciem natomiast kontekstowych. Stawiają samorealizację i satysfakcję z pracy za cel wyborów zawodowych, podnoszą rangę swobodnego wyboru i możliwości podejmowania decyzji oraz zakotwiczenia kulturowe, które są trudne do adaptacji w innych kontekstach (McMahon i in., 2014, s. 36). Wspomniane teorie krytykowane są również za wyraźną orientację na wartości klasy średniej (McMahon, 2014). Szczególny nacisk położony na cechy jednostki, takie jak osobowość, zainteresowania, wartości czy przekonania (ujęcie Hollanda, Patoona, McMahona) w oderwaniu od otaczającego środowiska społecznego, uwarunkowań terytorialnych, statusu społecznego i ekonomicznego powoduje, że narzędzia stworzone na bazie teorii karier mogą być nieefektywne (McMahon, 2014).

Analiza ścieżek karier jest bardzo szerokim pojęciem, posiada wiele optyk badawczych i jako proces całościowy okazuje się niezwykle ciekawa. W obliczu zmian i zróżnicowania we współczesnym świecie, obserwacja kreowania ścieżki zawodowej człowieka nie pozostaje bez znaczenia.

1.2.3. Teoria sposobności pośrednich

Występowanie bezpośredniej zależności pomiędzy odległością a wielkością migracji zakłada **teoria sposobności pośrednich** (intervening opportunities theory). Zgodnie z jej założeniami przyczyną owej zależności jest występowanie alternatywnych miejsc konkurujących ze sobą w przyciągnięciu migrujących (Stouffer, 1960, s. 96-124).

Migrant dokonuje analizy o charakterze socjologicznym (takich jak wybór danego miejsca również przez znajomych czy zapewnienie bliskości rodziny) zanim dokona ostatecznego wyboru miejsca docelowej migracji. Kwestia odległości jest dla niego mniej ważna i nie decyduje o końcowym wyniku decyzji (Catton i Berggen, 1964, s. 66-73). S.A. Stouffer tworząc teorię sposobności pośrednich analizował migrację w obrębie jednego miasta co spowodowało, że uznano ją za wewnątrzmijską (Fierla, 1976). Socjologiczne teorie mobilności stosowane są do obserwacji procesów migracji zawodowych i są podobne do neoklasycznych teorii ekonomicznych.

1.2.4. Teoria ruchliwości społecznej

W życiu społecznym spotkać można wiele rodzajów ruchliwości. Klasyczna definicja Pitirima Sorokina (1959, s. 133) przez ruchliwość rozumie każde przemieszczenie się jednostki lub obiektu społecznego z jednej pozycji na drugą. Wyróżnia się dwie podstawowe rodzaje ruchliwości: horyzontalna i wertykalna. Pierwsza z nich oznacza przejście jednostki z jednej grupy do innej, ale usytuowanej na tym samym poziomie. Przykładem w sferze zawodowej może być awans poziomy, zmiana miejsca pracy na takie samo stanowisko, a w życiu społecznym – zmiana religii czy stanu cywilnego. Drugi rodzaj ruchliwości (pionowa) polega na przemieszczeniu się jednostki z jednej pozycji do wyższej lub niższej, co może oznaczać awans pionowy lub degradację. Zazwyczaj wertykalna ruchliwość dzielona jest w socjologii na międzypokoleniową i wewnątrzpokoleniową a punktem odniesienia jest pozycja rodziców.

Zjawiska ruchliwości dokonują się głównie w ramach struktury społecznej, którą jest po prostu społeczeństwo, rozumiane jako „złożone i przecinające się nawzajem układy stosunków między jednostkami, instytucjami, grupami i kategoriami i jest ona układem symboli i znaków, występujących tylko w wyobraźni jednostek (...). W analizach z perspektywy socjologicznej struktura społeczna jest bytem empirycznym, utożsamianym z systemem nierówności” (Domański, 2004, s. 17). Społeczeństwo traktuje się jako układ stosunków między warstwami, klasami (na przykład klasa wyższa, burżuazja, klasa średnia, białe kołnierzyki), grupami zawodowymi i segmentami (inteligencja, właściciele firm, robotnicy, chłopci). Teoria ta skupia się głównie na ruchach jednostki w społeczeństwie w odniesieniu do pochodzenia rodzinnego.

1.2.5. Teoria sieci społecznych

Pojęcie sieci społecznych opisuje pewnego rodzaju strukturę, w której istnieją różne zależności i powiązania pomiędzy ludźmi, grupami czy kapitałem, które łączą się i krzyżują za pomocą „więzi” czyli relacji społecznych, kulturowych politycznych i ekonomicznych (Barney, 2004; Hannerz, 2006, s. 193–233). Natomiast przy omawianiu ruchów pracowniczych z punktu socjologicznego, podstawowe znaczenie ma założenie, że wybory migrantów motywowane i wspierane są istnieniem sieci kontaktów (*networks*). Sieć kontaktów tworzy kapitał społeczny, dzięki której jednostka czuje się bezpieczniej w grupie; pozyskuje informacje i oparcie (Massey i in., 1998) oraz uruchamia efekt naśladownictwa poprzedników i chęć odniesienia podobnych korzyści (Golinowska, 2001, s. 24). Niektórzy badacze uważają nawet, że sieci kontaktów istnieją całkiem niezależnie od innych przyczyn migracji (Arango, 2000). Samą teorię sieci społecznych (*social network analysis*) rozpoczęto stosować w latach 50. XX w. i towarzyszy jej dynamiczny rozwój i wzrost rozproszenia teoretycznego przez co stosowana jest częściej jako perspektywa badawcza niż zwarta teoria (Sozański, 2002, s. 33). Aby zastosować perspektywę sieci społecznych, składnikiem rzeczywistości społecznej powinny być powiązania między podmiotami występujące w badanym obszarze. Konsekwencją tego jest twierdzenie, że charakter i struktura powiązań, mogą trafnie wyjaśniać zbiorowe i jednostkowe działania oraz ich efekty. Na pierwszym planie jest istniejące powiązanie pomiędzy jednostkami, a dopiero później ich cechy, jeśli w ogóle są brane pod uwagę (Sozański, 2002, s. 28; Borgatti i Halgin, 2011, s. 1169-1181).

Przedmiotem badań natomiast są relacje, a podmiotami mogą być osoby, grupy społeczne, społeczności oraz złożone struktury. Dzięki temu można rozpatrywać różne formy uspołecznienia tradycyjnie rozumianych w skali mikrospołecznej (na przykład relacje w grupie zawodowej), jak i w rozmiarze makrospołecznym (relacje pomiędzy zatrudnionymi w sektorze medycznym). Same połączenia mogą być znajomościami, pokrewieństwem, zależnością, spotkaniami, transferami pieniężnymi czy kadrowymi (Wichłacz, 2011, s. 106).

Sieci jakie mogą powstawać w miejscach pracy mogą w konsekwencji wpływać na zjawisko fluktuacji. Na gruncie teorii sieci migracyjnych bada się również konsekwencje istnienia sieci dla wymiany rynkowej i na jej podstawie stworzono modele uczenia się w sieciach społecznych (Bala i Goyal, 1998; Golub i Jackson, 2010), podstawy teorii gier w sieciach (Goyal, 2007, s. 25–61), a także modele usieciowionych rynków, w tym zwłaszcza sieci społecznych na rynku pracy (Jackson, 2008, s. 334–353). Wagę funkcjonowania sieci na rynku pracy opisał Granovetter (1973) wskazując szczególnie istotną rolę tak zwanych słabych relacji w poszukiwaniu pracy. Kolejne badania potwierdzały znaczenie budowania i utrzymania sieci społecznych dla poszukiwania informacji o wakatach. Według wyników badań Bentolili, Michelacciego i Suareza z 2010 roku, wśród przebadanych niemal 50% Amerykanów i ponad 30% Europejczyków zadeklarowało znalezienie pracy zawodowej lub podjęcie jej w nowym miejscu, dzięki sieciom społecznym. W wynikach badań Calvo-Armengol i Jackson'a (2004) udowodnili, że pozyskiwanie informacji o wolnych wakatach z wykorzystaniem więzi w sieciach może skutkować podtrzymaniem zróżnicowania międzygrupowego w poziomach zatrudnienia w różnych grupach etnicznych i rasowych.

Teoria rozpowszechniona została w badaniach migracji za sprawą wzrostu znaczenia globalizacji w życiu migrantów. Stosowana początkowo była koncepcja migracji łańcuchowej, która została zastąpiona z czasem pojęciem sieci migracyjnej (Massey i in., 1993, s. 448).

1.2.6. Teoria sieci migracyjnych

Głównym zamierzeniem teorii sieci migracyjnych (*migration networks theory*) jest odpowiedź na pytania dotyczące trwania zjawiska mobilności. Głównym założeniem tej optyki badawczej jest przede wszystkim fakt, że sieci te są zestawem wzajemnych więzi łączących migrantów na przykład nowoprzybyłych z doświadczonymi (Massey i in., 1993, s. 448; De Haas, 2008, s. 19), że największy wpływ na decyzję o zmianie miejsca pracy ma

związek interpersonalny między byłymi a przyszłymi migrantami (którzy są najlepszym źródłem informacji o korzyściach i ewentualnych przeszkodach) oraz zakłada pomoc ekonomiczną, społeczną i psychologiczną nowym decydom w miejscu docelowym (Arango, 2000) a swoim zakresem obejmuje kraj przyjmujący i wysyłający. W tej perspektywie bardzo ważną rolę odgrywają relacje pokrewieństwa, przyjaźni oraz przynależność wspólnotowa (Massey i in., 1993, s. 448; De Haas, 2008, s. 19). Podstawą badań socjologów są właśnie więzy tworzące całe sieci migracyjne i w wyniku badań dowiedziono, że wyjaśniają one transfery zasobów oraz środków finansowych z kraju migracji do kraju pochodzenia migranta. Teoria sieci migracyjnych stoi w opozycji do ekonomicznej teorii neoklasycznych (podkreślających indywidualizm i jednostkowość migranta) ze względu na uwagę badaczy skierowaną zasadniczo na kontekst przynależności i życia we wspólnocie, które to właśnie są rezultatem więzi rodzinnych czy przyjacielskich, czyli ogólnie ujmując – społecznych (De Haas, 2008, s. 19–20). Istnienie społeczności w nowym miejscu może być podstawą wysunięcia prognoz dotyczących kierunków przyszłych przepływów ludności. Migracje zatem należy rozpatrywać jako łańcuch zdarzeń i sprzężeń zwrotnych, a nie tylko jako zbiór wzajemnie niezależnych przepływów (Hägerstrand, 1957). Trwanie migracji często jest niezamierzonym rezultatem funkcjonowania sieci migracyjnej, w której wzrastająca liczba powiązań sieciowych powoduje powstanie struktury społecznej podtrzymującej proces migracyjny (De Haas, 2008, s. 20). Można zatem stwierdzić, że sieci migracyjne mają formę kapitału społecznego, który jest niezwykle istotnym „zasobem” migrantów (obok kapitału ekonomicznego i ludzkiego, takie jak wykształcenie, wiedza czy umiejętności). Tym samym przynależności do sieci zwiększa szanse migrantów na znalezienie zatrudnienia w kraju przyjmującym, jak również przewyciężenie przeszkód prawnych, politycznych i finansowych migracji. Jednym ze słabszych punktów teorii sieci migracyjnych jest brak wglądu w mechanizmy powodujące osłabienie lub zanikanie więzi i całych sieci (tamże, s. 20). Migracje nie trwają w nieskończoność – istnieją liczne czynniki wewnętrzne i zewnętrzne mające wpływ na ograniczenie przepływów ludzi. Na przykład w przypadku migracji ekonomicznej, wraz z zanikiem jej początkowych przyczyn, często diametralnie zmniejsza się liczba samych migrujących.

1.3. Wybór teorii wykorzystywanych w pracy

Wybór teorii będących podstawą dysertacji związany jest ściśle ze specyfiką zawodu lekarza i związanych z tym wyborów miejsc pracy. Pierwsza z nich wyjaśnia inwestycje w jednostkę w celu świadczenia usług publicznych niezbędnych do życia każdego obywatela i odroczeniu stopy zwrotu z tego nakładu w horyzoncie długoterminowym. Założeniem takim legitymizuje się **teoria kapitału ludzkiego**. Przygotowanie teoretyczne oraz praktyczne do świadczenia usług medycznych jest bowiem procesem długoletnim i może być traktowane inwestycyjnie. Lekarz w momencie rozpoczęcia swojej praktyki zawodowej, zazwyczaj po 30. roku życia, zaczyna osiągać zarobki i tym samym rozpoczyna proces spłaty inwestycji poświęconego czasu na naukę. Lekarz decydując się na dalszą edukację na przykład na wybór specjalizacji, prowadzenie badań naukowych czy kolejnych szkoleń powiększa swój kapitał oczekując jednocześnie coraz wyższej stopy zwrotu z inwestycji edukacyjnej. Wiedza i praktyka uzyskana na kursach może okazać się również czynnikiem zachęcającym do zmiany miejsca pracy, podjęcia pracy w kolejnym miejscu pracy lub zwiększenia opłaty za wizytę. Warto też wspomnieć o badaniach Grossmana, który rozwinął ujęcie zdrowia jako elementu kapitału ludzkiego. Stworzył on model popytu na „dobre zdrowie”, który traktował je jako zasób kapitałowy, którego efektem wytwórczym był „zdrowy czas”. Zasób ten ulega deprecjacji w czasie, lecz odpowiednie nakłady mogą go odnawiać i powiększać (Grossman, 1972, s. 224).

Lekarze podejmując wybór zawodu zgadzają się na wieloletnią naukę, a nawet całożyciowe doksztalcanie, dzięki czemu posiadają też znacznie większą wiedzę na temat utrzymania najwyższego poziomu zdrowia niż przeciętny obywatel. Jego zasoby „zdrowego czasu” znacznie wolniej się deprecjonują i mogą mieć szybszą zdolność odnawiania. Tym samym potwierdza się kolejna przesłanka do zastosowania TKL w badaniach grupy zawodowej medyków. Tutaj warto też podkreślić, iż wiedza i umiejętności zazwyczaj podlegają procesowi deprecjacji, ponieważ pewne umiejętności zanikają wraz z wiekiem, a wiedza ulega zapomnieniu, gdy nie jest używana. Medycy zobowiązani są do ciągłego powiększania swojej wiedzy i uzupełniania jej o nowości w diagnozowaniu i sposobach leczenia. Wymagania dotyczące indywidualnych predyspozycji intelektualnych, wykształcenia lekarzy, w tym zaangażowanie wielu lat nauki teoretycznej oraz stażów praktycznych, jak i szkoleń specjalistycznych, są przesłankami do skorzystania z teorii kapitału ludzkiego jako podstawy teoretycznej w badaniu wyborów miejsca pracy przez lekarzy.

Osoby z wyższym poziomem wykształcenia wykazują się wyższą skłonnością do migracji (Kupiszewski i Rees, 1998), w związku z czym dokonany przegląd literatury z tego zakresu pozwolił autorce dokonać wyboru drugiej teorii do podstawy teoretycznej pracy. Zakładając, że za teorię uznaje się spójny system praw nauki skonstruowany według jednolitej zasady pozwalający wyjaśniać i przewidywać określone zjawisko (Nowak, 1985), to obecny stan wiedzy dotyczący ruchów ludności nie pozwala na sformułowanie jednej teorii migracji. Znane podejścia – z wyjątkiem prac Ravensteina – nie formułowały ogólnych i uniwersalnych praw, a analizy migracji odbywają się niemal zawsze na marginesie rozważań różnych dziedzin nauki. Fakt ten powoduje, że nie ma wyczerpującego kompleksowego modelu wyjaśniającego proces migracji, a badacze odwołują się do dorobku ekonomii, socjologii, demografii, nauk politycznych, historii (Kaczmarczyk i Górny, 2002, s. 76), geografii, kulturoznawstwa, prawa a nawet psychologii (Brettell i Hollifield, 2007, s. 2). Jak podaje Kupiszewski (2022, za: Willekens, 1995) teorie międzynarodowe i wewnętrzne nie różnią się znacząco od siebie i można wnioskować, że mogłaby łączyć je jedna teoria uwzględniająca również zmienną polityczną, którą dotychczas pomijano. Poszczególne teorie natomiast często wskazują tylko na jeden czynnik migracji i uznają go za najważniejszy w swojej ocenie na przykład **ekonomia neoklasyczna** wskazuje czynnik ekonomiczny, **nowa ekonomia** ceni czynnik bezpieczeństwa gospodarstwa domowego, a nowsze teorie nieczęsto sięgają do osiągnięć wcześniejszych, co powoduje wielość rozłącznych analiz (Smandek, 1993, s. 8). Należy mieć na uwadze, że stworzenie uniwersalnej teorii migracji ludności zarówno w mikro, jak i makro warunkach jest ograniczone ze względu na złożoność procesu. Dotychczasowe teorie powstają niemal w izolacji od pozostałych, a tylko niektóre są sekwencją badań poprzedników (Arango, 2000; Massey, i in., 1993). Jedni badacze sygnalizują potrzebę ujednoczenia teorii, a inni wątpią w praktyczną przydatność teorii o wysokim stopniu ogólności (Pryor, 1985, s. 110-129). Warto wziąć pod uwagę, że gdyby udało się połączyć różne typy migracji uwzględniając złożoność całego procesu, osiągnięty poziom uogólnienia mógłby nie pozwolić na weryfikację empiryczną (Janicki, 2007, s. 301). W efekcie większość badań dotyczących migracji i ruchów zawodowych koncentruje się na wybranych wycinkach rzeczywistości, dzięki czemu można sformułować prawidłowości i właściwe wnioski (Arango, 2000; Woods, 1982).

Rozważania na temat migracji z perspektywy ekonomii dotyczą postępowanie podmiotów na rynku pracy. Powracając do źródeł teorii, czyli do „zbioru praw migracji”

(stworzonych przez Ravensteina i uporządkowanych przez Lee w modelu push-pull), można powiedzieć że została uznana za przełomową oraz jedną z najbardziej wpływowych (Kaczmarczyk i Górny, 2003, s. 40). W tej założeniach jednostka dokonuje kalkulacji korzyści i kosztów związanych bezpośrednio ze zmianą miejsca pracy. Uważa się ją za jednowymiarową, ponieważ pod uwagę brany jest głównie aspekt ekonomiczny (Arango, 2000, s. 283-296; Cabańska, 2011, s. 75-80). Sytuacja ekonomiczna jest jednak najczęstszym impulsem do rozpoczęcia procesu analizy kosztów i korzyści ze zmian miejsca życia czy pracy (Cabańska, 2015, s. 47). Szansą jest wyższy poziom życia i dobrobyt, a do poświęceń zaliczono koszty podróży, koszt rozłąki, utrzymania się w nowym mieście, stres związany z przebywaniem w nowym otoczeniu, a także koszty psychologiczne, które mogły występować przy zmianach na znaczną odległość (takie jak zerwanie więzi i utrata znajomych) (Massey i in., 1993).

Warto podkreślić, że teoria ta uznaje decyzję o migracji za inwestycję, z uwzględnieniem poniesionych kosztów i zwrotu z tej inwestycji. Zwrot natomiast zawiera elementy płacowe takie jak wyższe wynagrodzenie, jak i pozapłacowe takie jak lepsze warunki łączenia życia zawodowego z prywatnym, rozwoju czy edukacji. Koszty natomiast zawierają elementy finansowe na przykład wzrost wydatków na transport, noclegi, jak i pozafinansowe, takie jak koszty nauki zawodu, pozyskania nowych umiejętności, utratę dotychczasowej intensywności kontaktu ze środowiskiem czy koszty adaptacji w nowym miejscu (Sjaastad, 1962, s. 80-93). Myślenie ekonomiczne jednostek i dokonywana kalkulacja nakładów i efektów oraz element inwestycyjny i oczekiwana stopa zwrotu są spójne z teorią kapitału ludzkiego, co przemawia za zastosowaniem tych teorii wspólnie. Warto jednak pamiętać, że autorka wykorzystuje model push pull ze względu na szeroki wachlarz czynników ekonomicznych mających wpływ na zawodowe decyzje mobilne, bez konieczności zmiany miejsca zamieszkania. Z dokonanego przeglądu koncepcji migracji – według autorki – push-pull dostarcza najszerzy katalog czynników przyciągających i wypychających z jednego miejsca do drugiego. Na rynku medycznym również dochodzi do migracji i zjawisko to wyjaśnia teoria czynników wypychających i przyciągających (Golinowska, 2015, s. 278).

Wybory miejsc pracy w przedstawionych pozostałych teoriach nie spełniały założeń do badań sformułowanych przez autorkę (teoria drenażu mózgow, poszukiwań na rynku pracy, ścieżek karier, zasobowa), założeń specyfiki medycznego rynku pracy (teoria dualnego rynku pracy, naturalnej stopy bezrobocia) i dlatego nie znalazły zastosowania jako podstawa

teoretyczna dysertacji. Teoria **drenażu mózgów** analizuje przemieszczania się pracowników wysoko wykwalifikowanych w skali międzynarodowej, a badanie dotyczy polskich lekarzy na wewnętrznym rynku pracy, w związku z tym nie ma zastosowania w pracy. Niemniej jednak warto pamiętać, że medycy są grupą zawodową poddaną procesowi drenażu z Polski do innych krajów, co również może wpływać na wybory miejsc w ojczyźnie.

Z punktu widzenia ekonomisty, medycy stanowią jednolitą grupę zawodową i na rynku pracy funkcjonują tylko w segmencie pierwotnym (wymagane PWZ). Pozostały personel medyczny (pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, farmaceuci, felczerzy, laboranci, technicy radiologii i inni) funkcjonują na rynku wtórnym (Golinowska, 2015, s. 275). Zgodnie z założeniami **teorii dualnego rynku pracy** analizie podlega mobilność pomiędzy segmentami a w przypadku lekarzy wszyscy oni należą do tego samego segmentu. Z tego też powodu teoria ta nie znalazła zastosowania w dysertacji.

Teorie odnoszące się natomiast do nierównowagi skutkującej bezrobociem (**naturalnej stopy bezrobocia**) nie mają zastosowania ze względu na występowanie nadwyżki podaży nad popytem na medycznym rynku pracy zarówno w Polsce, jak i na świecie. W grupie zawodowej lekarzy przejścia pomiędzy tymi segmentami (aktywni zawodowo i bezrobotni) zdarzają się rzadko, lecz coraz częściej zauważa się odejścia od zawodu lub podejmowanie pracy poza usługami medycznymi (na przykład w firmach farmaceutycznych). **Teoria płacy efektywnej** natomiast rozpatruje tylko i wyłącznie czynnik płacowy jako motyw do wyboru miejsca pracy. Wykonywanie zawodu lekarza jest bardzo specyficzne (wymaga pewnego rodzaju powołania) i związane jest ze świadczeniem pracy w różnych warunkach (na przykład podczas wojny czy misji medycznych, z osobami o różnym statusie społecznym, w gabinecie, w karetce pogotowia, na sali operacyjnej, podczas pandemii, w szkołach itd.). Wynagrodzenie jest tylko jednym elementem, który może mieć wpływ na wybór miejsca pracy w przypadku lekarza i właśnie jednowymiarowość tej teorii eliminuje ją z wyboru na podstawę badań empirycznych.

Trudno wśród lekarzy wskazać jednoznacznie grupę „swoich” i „obcych”, ponieważ form zatrudnienia ich na tym samym stanowisku i u tego samego pracodawcy jest wiele (o tym w rozdziale 2) a wpływ na negocjacje wysokości płac mają podobny. Poza tym lekarze zatrudnieni na podstawie umów o pracę mają gwarantowaną ustawowo płacę zasadniczą, która nie podlega negocjacji bezpośrednio z pracodawcą. Poza tym lekarze niszowych specjalizacji (takie jak geriatrycja, kardiologia dziecięca) mogą sami wyznaczać warunki

podjęcia współpracy na które musi zgodzić się pracodawca. Dlatego też według autorki, teoria **insider-outsider** nie ma zastosowania w dysertacji.

Wybór perspektywy ekonomicznej skutkuje pominięciem kosztów pozamonetarnych, takich jak kosztów psychologicznych (Woods, 1982), oraz emocjonalnych z czego autorka zdaje sobie sprawę i świadomie nie dokonuje badania cech osobowościowych czy stanów emocjonalnych ankietowanych. Badanie bowiem nie jest skierowane na ocenę wpływu tych cech na dokonywane wybory, czy poziom satysfakcji z pracy i tym samym założenia ekonomii **behawioralnej** nie zostały wykorzystane. **Obserwacja ścieżek karier** jest znacznie szerszym pojęciem niż sam wybór miejsca pracy chociażby z konieczności wzięcia pod uwagę retrospekcji czasowej sytuacji z różnych momentów życia zawodowego, która jest niezbędna do zrekonstruowania ścieżki kariery poszczególnych lekarzy. Poza tym, badanie ścieżek karier odbywa się zazwyczaj indywidualnie, a grupa zawodowa lekarzy w Polsce liczy ponad 150 tysięcy osób i tym samym wskazane są badania ilościowe.

W gospodarce rynkowej jedną z ważniejszych kwestii jest skupienie się na wynikach wykorzystania zasobów niż na kontroli i procedurach personalnych (Ławrynowicz, 2004, s. 30). W sektorze usług medycznych postępowanie zgodnie z wszelkimi procedurami jest jednak najważniejsze. Podmioty lecznicze w Polsce w znacznej części finansowane są z budżetu państwa (GUS, 2016, s. 69-120) i tym samym zdobywanie przewagi konkurencyjnej nie jest ich głównym motorem działania. W teorii zasobowej rozważa się pozyskiwanie przewagi z punktu widzenia organizacji oraz ich menadżerów a nie pracownika jako jednostki na rynku pracy. Przedmiotem dysertacji nie jest też próba wyceny wartości zasobów intelektualnych w sektorze medycznym, jak i wartości kapitału ludzkiego czy intelektualnego poszczególnych medyków i dlatego też **teoria zasobowa** nie znalazła swojego zastosowania jako rama teoretyczna.

Rozważanie **teorii ruchliwości społecznej** dla potrzeb dysertacji jest ważne, ze względu na dziedziczność zawodu lekarza. Wykorzystanie jej przez autorkę było by możliwe w przypadku przeprowadzania badania empirycznego tylko wśród lekarzy pochodzących z rodzin lekarskich. Jednak autorka zdecydowała się przeprowadzić badanie obejmujące wszystkich lekarzy posiadających PZW i tym samym teoria ta nie została wykorzystana.

Sieci migracyjne istnieją również w grupie zawodowej lekarzy i wykorzystywane są w przypadku zmiany miejsca pracy zarówno na terenie kraju jak i poza granicami. Wymiana informacji dotyczących wolnych miejsc pracy pomiędzy lekarzami jak i na tablicy ogłoszeń o

zatrudnieniu na stronach internetowych OIL i NIL może być również podstawą powstania sieci społecznych (Wichłacz, 2011, s. 106) w skali krajowej i międzynarodowej. Analiza związków w **sieciach społecznych i migracyjnych** jako podstawowe obiekty analizy w teoriach socjologicznych, mogą być również źródłem decyzji o wyborze miejsca pracy. Dysertacja przedstawia szczególnie perspektywę ekonomiczną, gdzie wybory na rynku pracy rozpatrywane są w kategoriach korzyści i kosztów. Wprawdzie posiadanie sieci kontaktów/relacji (lub bycie ich częścią) możemy uznać w ekonomii jako korzyść, a jej utratę jako koszt, jednakże uwaga badacza nie skupia się na analizie samej relacji, tym samym teorie sieciowania nie znalazły zastosowania w dysertacji.

Z perspektywy **teorii wymiany społecznej** lekarz oferując swoje usługi a tym samym wiedzę, doświadczenie, czas poświęcony na obsługę pacjentów zgodnie z procedurami, możliwość legitymowania się jego nazwiskiem w celach marketingowych otrzymuje w zamian pakiet kompensacyjny. W skład którego może wchodzić udział w obrocie, polisa ubezpieczeniowa placówki, obsługa rejestracyjna i administracyjna, bezpieczeństwo prawne i sanitarne (na przykład RODO, prowadzenie dokumentacji medycznej, kontrole sanepidu), zapewnione niezbędne środki do pracy, dostęp do nowoczesnego sprzętu medycznego i nowych technologii. Wśród nagród niematerialnych uzyskuje uległość obsługi administracyjnej, uznanie i szacunek. W przypadku podnajmu powierzchni medyk oferuje prestiż miejscu, przystosowuje je do świadczenia usług medycznych oraz gwarantuje długotrwały przychód wynajmującemu, ze względu na brak możliwości wyczerpania się popytu na usługi medyczne oraz konieczność korzystania z nich przez każdego człowieka (Getzen, 2000, s. 433). Teoria ta wymaga analizy wymian pracodawca-pracownik w dłuższej perspektywie czasowej jako „serii wymian”. Wymiany kształtują relacje o charakterze ekonomicznym i społecznym i odnoszą się głównie do stanu we wnętrzu firmy. W teorii tej decyzja o wyborze miejsca pracy jest efektem wcześniejszych relacji wymian. Zazwyczaj zatem będzie ona podejmowana w momencie rozważania pomiędzy pozostaniem w danym miejscu pracy a odejściem. Nie powala ona zatem na wyjaśnienie powodu wyboru nowego i pierwszego miejsca, ponieważ pełen pakiet kompensacyjny i efekt przyszłych wymian nie jest znany potencjalnemu pracownikowi. Argumenty te przekonały autorkę do zaniechania wyboru tej teorii.

Podsumowując, metody i narzędzia mające bezpośredni wpływ na efekty działalności firmy, czy funkcjonowania grup społecznych oraz rozważania z perspektywy menadżerów

w organizacjach nie spełniają założeń dysertacji. Badanie empiryczne kierowane jest do jednostek i dotyczą powodów ich wyborów na rynku pracy, dlatego też perspektywa innych dyscyplin niż ekonomia nie znalazły swojego zastosowania.

Przedstawione teorie i koncepcje rozpatrują wybory miejsc pracy jedynie fragmentarycznie. Teoria kapitału ludzkiego i push-pull natomiast dostarczają powodów, które mają wpływ na wybór, zmianę i opuszczenie miejsca pracy, stwarzają możliwość uchwycenia znaczenia ich powodów w danym momencie oraz stanowią ważny przyczynek do wzięcia ich pod uwagę łącznie. Wspólne ich zastosowanie dopasowane jest również do celu głównego pracy.

Ugruntowanie podejścia ekonomicznego, obejmującego dokonywanie wyborów dotyczących miejsca pracy i alokację rzadkich oraz ograniczonych zasobów (alokacja czasu pracy lekarzy w różnych miejscach oraz samych lekarzy jako jednostek wyposażonych w rzadkie kompetencje na terenie kraju), uzasadnione jest zastosowaniem teorii wywodzących się z ekonomii (teorie rynku pracy i migracji) oraz połączeniem perspektyw mikro i makroekonomicznej (uwarunkowania wyborów jednostki oraz, dzięki badaniu całościowemu, możliwość wskazania wytycznych w skali całego kraju). Zaznajomienie się z teoriami innych dyscyplin zainspirowało do poszukiwań uwarunkowań wyborów miejsc pracy w badaniach realizowanych na gruncie różnych dyscyplin i w perspektywie różnych teorii. Pozwoliło to autorce na świadome dokonanie wyboru teorii najbardziej właściwych zaplanowanemu badaniu. Szeroki przegląd różnych dyscyplin naukowych pozwala zweryfikować wartość dodaną dysertacji oraz skłoniło autorkę do szerokiej analizy badań naukowych przeprowadzonych na medycznym rynku pracy w Polsce i na świecie. W dalszej części pracy, autorka przybliży cechy charakterystyczne medycznego rynku pracy (rozdział 2) oraz dokonuje wspomnianego wyżej przeglądu badań (rozdział 3), wyłaniających uwarunkowania wyborów miejsc pracy przez lekarzy z punktu widzenia różnych dyscyplin.

Rozdział 2. Charakterystyka rynku medycznego

Pojęcie rynku w ekonomii jest znakomicie zbadane, a jego niezwykłość przejawia się w funkcjonalnej zmienności oraz wielopłaszczyznowej formule (Holecki i Syrkiewicz-Światała, 2007, s. 33). Kluczowymi elementami rynku są: popyt, podaż i cena w danym momencie (Czarny i Rapacki, 2002, s. 111). Po stronie popytu na rynku medycznym występują nabywcy (najczęściej pacjenci) zgłaszający swoje potrzeby zdrowotne, a po stronie podaży każda jednostka posiadająca zdolność zaspokojenia ich. Ceną natomiast jest wartość przedmiotu czy usługi, które stają się przedmiotem wymiany pomiędzy reprezentantami popytu i podaży. Na rynku usług medycznych dochodzi do zaspokojenia większości potrzeb zdrowotnych ludności, a świadczenie tych usług odbywa się głównie przez lekarzy (Dz.U.2021, poz.711). Konstrukcja tego rozdziału oparta jest na zasadzie „od ogółu do szczegółu”, dlatego autorka najpierw przedstawi ewaluację pojęcia zdrowia, zmiany w systemie zdrowotnym oraz miejsca, które zajmuje w nim lekarz. Następnie omówione zostaną cechy charakterystyczne rynku medycznego oraz przedstawione zostaną możliwości świadczenia pracy na nim ze szczególnym odniesieniem do zawodu lekarza. Celem tego rozdziału jest przybliżenie środowiska w którym znajduje się lekarz, dokonując wyboru miejsca pracy. Zaznajomienie się z tą specyfiką konieczne jest z punktu widzenia realizacji celu głównego pracy, czyli poznania uwarunkowań wyboru miejsc pracy przez lekarzy w Polsce.

2.1. Rys historyczny rozwoju polskiej opieki zdrowotnej i rynku usług medycznych

Pierwsze próby definiowania zdrowia podejmowano już w V w. p.n.e. w starożytnych Grecji i Rzymie (Brzeziński, 1995), a Hipokrates – ojciec medycyny europejskiej, twierdził, że zdrowie to dobre samopoczucie, zaś choroba – złe samopoczucie. Kartezjusz w połowie XVII w. n.e. porównał organizm człowieka do doskonałej i precyzyjnie działającej maszyny (Ślusarska i in., 2013, s. 668), a upowszechnienie jego teorii doprowadziło do rozwoju nauk ścisłych, rozwoju postępu technicznego w medycynie oraz do stworzenia podstaw naukowych, biomedycznych i medycznych, a także do sformułowania definicji zdrowia. Definicja ta wyraźnie podkreślała podział na ujęcie społeczne i biologiczno-medyczne (Suchecka, 2016, s. 79). W latach 80. XX w. uznawano zdrowie za miernik poziomu funkcjonowania w społeczeństwie, biorąc pod uwagę stan pełnej równowagi i dobrostanu w

wymiarach: fizycznym, psychicznym i społecznym (Kulik i Latolski, 2002). Pierwsza definicja zdrowia przedstawiona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1948 sformułowana została w ujęciu biologiczno-funkcjonalnym i uznawała zdrowie jako kompletny, fizyczny, społeczny i psychiczny dobrostan, a nie tylko brak kalectwa czy choroby. Następnie, w 1984 r., WHO przyjęła definicję zdrowia jako obszaru, w którym człowiek lub grupa ludzi jest zdolna realizować i zaspokoić swoje aspiracje i potrzeby oraz radzić sobie z otaczającym środowiskiem (Rutkowska, 2006, s. 14).

Obecna definicja WHO zdrowie ukazuje w pozytywnym świetle i określa je jako stan „pełnego/całkowitego dobrego samopoczucia/dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego” (Woynarowska, 2013). Zdrowie za dobro publiczne zostało uznane w drugiej połowie XX wieku i od tego czasu postrzegane jest jako dobro podstawowe oraz przysługujące każdemu obywatelowi (Suchecka, 2016, s. 82). W 1946 r. Wielka Brytania jako pierwszy kraj wprowadziła ustawę o służbie zdrowia i tym samym przyznała prawo do zdrowia swoim obywatelom (Leowski, 2004, s. 111-112).

Zdrowie samo w sobie jest niewidzialne (Suchecka, 2016, s. 81), ale należy je traktować jako pewnego rodzaju zasób kapitałowy, ponieważ niedogodności wynikające z jego braku odczuwa sam chory, jak i jego otoczenie, rodzina, organizacja, w której pracuje i współpracuje oraz środowisko, z którym chory się spotyka (Laskowska, 2000, s. 15). Ewolucja definicji zdrowia niesie za sobą zmiany zakresu i zasad funkcjonowania rynku medycznego, w tym medycznego rynku pracy. Definicja staje się coraz szersza i głębsza w swoim zakresie i obejmuje coraz szerszy obszar życia człowieka, co wiąże się ze zwiększaniem się jego zakresu oddziaływania. Obecnie funkcjonujące definicje wskazują na wielowymiarowość zdrowia i rozważa się jego dynamiczne ujęcie, ponieważ zaleca się traktowanie zdrowia jako procesu przystosowawczego organizmu do konkretnych warunków społeczno-bytowych i biogeograficznych, pozwalających na funkcjonowanie przez maksymalnie długi okres (Zdankiewicz, 1983, s. 10).

Na początku formowania się rynku medycznego występowało znacznie mniej podmiotów niż dziś i nie było w nim udziału państwa, a lekarze świadczyli usługi wedle uznania, zazwyczaj w miejscu wezwania do pacjenta.

W II Rzeczypospolitej kształtował się system ubezpieczeń zdrowotnych, z czym wiąże się powołanie instytucji Kas Chorych, które stworzyły pierwszy ogólnopolski system ubezpieczeń społecznych i zapoczątkowały rozwój polityki socjalnej. Ich rola polegała na zapewnieniu

finansowania opieki lekarskiej wszystkim członkom Kas Chorych opłacającym składkę ubezpieczeniową (Jastrzębowski, 1925, s. 1-2). W okresie międzywojennym przymusowe masowe ubezpieczenia miały pomóc w podniesieniu poziomu zdrowotności społeczeństwa, który ostatecznie miał wpłynąć pozytywnie na rozwój gospodarczy oraz kulturalno-moralny w Polsce (Goldberg, 1925, s. 224-225). Działania powszechności obowiązkowego ubezpieczenia wspierała Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz.U. 1920. Nr 44/20, poz. 272). W roku 1933 (Dz. U. 1933. Nr 51, poz. 396) wprowadzono modyfikację systemu ubezpieczeń społecznych, a przesłankami tej unifikacji była próba wyeliminowania różnic w zakresie i jakości świadczeń leczniczych (wynikających z rozdrobnienia terytorialnego Kas Chorych) (Sadowska, 2002, s. 131-132). Drugim kluczowym powodem reformy ubezpieczeniowej były względy natury ekonomicznej (Topolski, 1978) i gospodarczej, a dokładnie wydolność finansowa instytucji ubezpieczeniowych i dążenie do utrzymania stałego poziomu płynności wypłaty świadczeń. Wielki kryzys gospodarczy przyczynił się do znacznego ubytku wartości aktywów majątkowych Kas, a także trudniejszej sytuacji w wyniku bezrobocia i znacznego pogorszenia się ściągальności składek ubezpieczeniowych; ukazał również defekt organizacyjny i słabość finansową Kas Chorych (Malaka, 2013, s. 15). Ustawa jednak wyłączyła z ubezpieczenia obowiązkowego pracowników rolniczych, co spowodowało spadek leczących się rolników do 5% z czasów istnienia Kas Chorych, a stan zdrowia robotników rolnych i pozostałych mieszkańców wsi uległ znacznemu pogorszeniu (Stański, 1968, s. 77). W latach 30. XX wieku kontynuowano rozbudowę sieci szpitali przez Ubezpieczalnie Społeczne, co dawało szansę na rozwój specjalistycznych usług medycznych. Dalszy ich rozwój został niestety zahamowany przez wybuch II wojny światowej (Jach-Męczekalska, 2016, s. 93).

Po II wojnie światowej zmiany polityczne i ustrojowe wprowadzały modyfikacje zaspokajania elementarnych potrzeb ludności (Fijałek i Indulski, 1996, s. 58). W myśl art. 60 Konstytucji Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z 22 lipca 1952 r. (Dz. U. 1952. Nr 33, poz. 232), ustanowiono powszechność świadczeń zdrowotnych, która oznaczała, że wszyscy obywatele mają prawo do bezpłatnej ochrony zdrowia (Wdowiak, 1981, s. 23) oraz do pomocy w razie choroby lub niezdolności do pracy (Dz. U. 1952. Nr 33, poz. 232). System ochrony zdrowia stał się państwowy i to państwo przejęło odpowiedzialność za stan zdrowia ludności oraz opiekę profilaktyczno-leczniczą. Zadania służby zdrowia włączone były do planów rozwoju

społecznego i gospodarczo-ekonomicznego kraju (Wdowiak, 1981, s. 23). Zdrowie publiczne obejmowało zdrowie jednostki oraz zdrowie wszystkich ludzi (Indulski i Leowski, 1971, s. 32).

Kolejną cechą opieki zdrowotnej w okresie PRL była jednolitość i kompleksowość, która miała polegać na unifikacji instytucji systemu opieki zdrowotnej – funkcjonalnie i organizacyjnie. Głównym założeniem było podporządkowanie wszystkich struktur lecznictwa kierowniczym organom państwa, które mogły wydawać wytyczne dotyczące funkcjonowania placówek i instytucji służby zdrowia. Scalenie to odpowiadało idei lecznictwa społecznego również pod kątem centralnego planowania i finansowania. Do roku 1948 system ochrony zdrowia działał w oparciu o przepisy II Rzeczypospolitej, następnie rozpoczęto budowanie systemu socjalistycznego w oparciu o gospodarkę planową (Prętki, 2007, s. 55-56). Ministerstwo Zdrowia natomiast otrzymało rangę samodzielnej instytucji sprawującej nadzór nad lecznictwem w kraju w 1945 r. Celem jego działania było przejęcie czynności medycznych Ubezpieczalni Społecznych przez państwowe ośrodki zdrowia, co w efekcie miało stworzyć scentralizowany i zharmonizowany system ochrony zdrowia. Środki finansowe zapewnione były przez budżet państwa, a jednostki opieki zdrowotne stały się w pełni państwowe (Wdowiak, 1981, s. 23). W społeczne zakłady zostały przekształcone również apteki i zakłady dotychczas utrzymywane przez fundacje.

Ze zmianami ustrojowymi w opiece zdrowotnej związana była również sytuacja pracujących w niej lekarzy, ponieważ ustawa z 1948 roku (Dz.U. 1948. Nr 55 poz. 434) zakładała planowanie rozmieszczenia lekarzy, a tym samym zapewnienie na odpowiednim poziomie obsady personalnej społecznym zakładom służby zdrowia. Minister Zdrowia wyznaczał ilościowe normy lekarzy, którzy mogli zostać dopuszczeni do wykonywania zawodu, ze wskazaniem poszczególnych miejscowości lub okręgów. W celu dokończenia lub z innych ważnych przyczyn publicznych, limity mogły być zwiększane (Krotkiewska, 1968, s. 69). Od roku 1950 czynności w sprawach medycznych były w gestii państwa, w konsekwencji czego zniesiono izby lekarskie i lekarsko-dentystyczne jako organy samorządu zawodowego (Łuczak, 1974, s. 28). W 1951 r. likwidacji uległy: Naczelna Izba Aptekarska oraz okręgowe izby lekarskie, a ich majątki przeszły na własność państwa (Leoński, 1998, s. 30).

W 1950 roku powołano Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) wraz z oddziałami wojewódzkimi i obwodowymi, który zastąpił dotychczasowe instytucje ubezpieczeniowe. Oddziały terenowe przejęły funkcje związane ze świadczeniami pieniężnymi poza czynnościami Zakładu Lecznictwa Pracowniczego (ZLP). Zarówno ówczesny ZUS, jak i ZLP były

instytucjami krótkotrwałymi oraz przejściowymi, ponieważ już w 1955 zostały zlikwidowane. Nadzór nad działalnością ZUS sprawował Minister Pracy i Opieki Społecznej (Dz. U. 1950 nr 36 poz. 333). W 1973 r. powołano natomiast Zespoły Opieki Zdrowotnej (ZOZ), które miały swoje siedziby w miastach powiatowych, a ich nadrzędną funkcją było zapewnienie ludności podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Zintegrowano w jedną instytucję szpital powiatowy, przychodnię obwodową i powiatową stację pogotowia ratunkowego (Dz. U. 1973 nr 7 poz. 52). Model centralnego planowania, na którym opierała się wówczas cała gospodarka narodowa, był również stosowany w sferze ochrony zdrowia (Sadowska, 1993, s. 120; Prętki, 2007, s. 58 i 64).

Kolejna reforma służby zdrowia – już po zmianie ustroju w 1989 roku - polegała na wprowadzeniu systemu ubezpieczeń zdrowotnych, który miał na celu rozgraniczenie organizatora świadczeń (administrację rządową i samorządową) od Kas Chorych (podmiotu finansującego świadczenia) i od dostawcy usług medycznych (na przykład od szpitali) (Prętki, 2007, s. 136). Od 1997 roku w Polsce zaczął obowiązywać system ubezpieczeniowy, który polegał na odejściu od bezpośredniego finansowania opieki zdrowotnej przez budżet państwa z wyjątkiem świadczeń wysokospecjalistycznych. Zakłady Opieki Zdrowotnej zostały przekształcone w samodzielne jednostki pod względem finansowania. Reforma została oparta o zasady konstrukcji rynku wewnętrznego (pacjent sam wybierał podmiot w którym się leczył a składka zdrowotna podążała za nim), dlatego stosunek płatnik-świadczeniodawca (lekarz) stanowił jego kluczowy składnik. Zgodnie z regułami rynkowymi, celem reformy było zapewnienie dostępu do opieki medycznej wszystkim obywatelom, udoskonalanie oraz monitorowanie jakości świadczeń medycznych. Konkurencja o środki publiczne, była głównym założeniem idei rynku wewnętrznego (Włodarczyk, 1998). Koncepcja oparta na założeniach gospodarki rynkowej wiązała się ze zmianą organizacji i finansowania opieki medycznej (Golinowska i in., 2002, s. 80).

W Konstytucji z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483) wprowadzono obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego. Uprawnionymi do świadczeń medycznych stały się wówczas osoby podlegające obowiązkowi ubezpieczenia oraz osoby ubezpieczające się dobrowolnie wraz z członkami swoich rodzin (Prętki, 2007, s. 165). Powszechność polegała na tym, że każdy obywatel miał zapewnione prawo do ochrony zdrowia niezależnie od sytuacji materialnej, a opieka ta finansowana była ze środków publicznych. Szczególną opieką zdrowotną objęte zostały dzieci, kobiety w ciąży, osoby niepełnosprawne oraz w

podeszłym wieku. Obowiązkiem państwa stała się walka z chorobami zakaźnymi i epidemiami oraz zapobieganie negatywnym skutkom niszczenia środowiska (Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997 nr 78, poz. 483 oraz Surówka, 2012, s. 94). W latach 1999-2003 jedynymi podmiotami kontraktującymi usługi zdrowotne były Regionalne i Branżowe Kasy Ubezpieczenia Zdrowotnego. Wprowadzony w 2003 roku system monokasy zastąpił to rozwiązanie i rozpoczął działalność Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Od tego momentu finansowanie systemu ochrony zdrowia oparte było na zawieranych kontraktach z NFZ (Rudawska, 2007, s. 59).

Upowszechnienie świadczeń medycznych zachęcało lekarzy do świadczenia pracy w ramach umów, których płatnikiem było państwo, ponieważ zapewniało to stały dochód, lecz stopniowo wydłużające się terminy oczekiwania na realizację świadczeń spowodowały znaczny rozwój sektora prywatnego.

Warto zauważyć, że w latach 80. XX wieku liczba lekarzy dochodziła w Polsce do 2,5 lekarza/1000 mieszkańców. W roku 1987 uległ znacznemu zmniejszeniu nabór na kierunek lekarski - z 6000 studentów do około 2000 (w latach 1994-2000). Dopiero w 2014 roku zwiększył się limit przyjęć na studia - do ponad 3000 osób, a krzywa przyjęć zaczęła stale rosnąć (Friediger, 2021).

Historia rozwoju zmian w systemie zdrowotnym jest bardzo ważna z punktu widzenia rynku pracy lekarzy, choćby ze względu na nierozzerwalny związek lekarzy ze świadczonymi usługami medycznymi, które odgrywają bardzo ważną rolę w zdolności zawodowej każdego obywatela. Tym samym każda zmiana ustrojowa dotyczyła przemian na medycznym rynku pracy w zakresie: limitów przyjęć na kierunki medyczne, ilości miejsc rezydenckich oraz struktury zatrudnienia i organizacji miejsca pracy dla lekarzy. Na dostępność do usług lekarskich miała również wpływ migracja międzynarodowa, która występowała już przed przyjęciem Polski do Unii Europejskiej, a która po 2004 r. znacznie się zwiększyła, osiągając swój szczyt w 2006 r. (od tego momentu zaczęto odnotowywać spadek) (Kautch i Czabanowska, 2011, s. 11–12; Kaczmarczyk i inni 2012).

2.2. Cechy charakterystyczne rynku medycznego

Jak wspomniano w poprzednim podrozdziale, zdrowiu przypisywane są atrybuty dobra prywatnego, jak i publicznego (Callahan, 1990, s. 495-498; Golinowska, 1994, s. 3). Usługi i produkty zdrowotne są publiczne, a zarazem wykazują cechy dóbr prywatnych (Golinowska,

2015). Przemawia za tym fakt, że większość z nich stanowią usługi, których identyfikacja konsumenta i wielkości konsumpcji nie stanowią problemu, tym samym możliwe jest wykorzystanie mechanizmu cenowego jako instrumentu selekcji. Jednocześnie większości świadczeń zdrowotnych towarzyszy konkurencja o korzyści. Natomiast wyłączna ich alokacja za pośrednictwem mechanizmów rynkowych jest możliwa jedynie technicznie. W sensie optimum Pareto nie jest to efektywne, ponieważ oddaliłoby społeczeństwo od możliwości realizacji zasadniczych wartości społecznych, takich jak równość, sprawiedliwość czy zachowanie godności obywatela. Przede wszystkim z tego powodu większość krajów, w tym wszystkie wysokorozwinięte państwa, gwarantują swoim obywatelom przynajmniej podstawowe świadczenia ratujące życie i zdrowie. Dzięki temu część świadczeń zdrowotnych wykazująca cechy dóbr prywatnych przekształciła się w normatywne dobra społeczne (Sowada, 2015).

Dodatkowo zindywidualizowany charakter usług medycznych powoduje, że mechanizm rynkowy jest zróżnicowany i zależy od pozycji producenta (na przykład od lekarza) oraz konsumenta (na przykład od pacjenta). Na przykład w przypadku usług lekarza rodzinnego, z którego korzysta dość często większość konsumentów, i które oferowane są przez typowego producenta usług medycznych, można zauważyć klasyczne mechanizmy rynkowe. Natomiast w przypadku usług, z których pacjent korzysta rzadko, a oferowane są przez typowego producenta (na przykład przyjęcie porodu, zabieg usunięcia wyrostka robaczkowego), mechanizmy rynkowe są znacznie ograniczone. W trzeciej grupie usług – takich, z których świadczeniobiorca rzadko korzysta i które rzadko są oferowane przez typowego producenta (takie jak badania specjalistyczne na przykład scyntygrafia) – mechanizmy te nie występują wcale (Rój i Sobiech, 2006, s. 25). Podsumowując, wśród rozważań przedstawicieli ekonomii i ekonomiki zdrowia można wyróżnić główne cechy charakteryzujące rynek medyczny (Getzen, 2000; Henderson, 2012; Rój i Sobiech, 2006; Bukowska-Piestrzyńska, 2010; Morris i in., 2012; Ciekankowski, 2013; Golinowska, 2015; Suchecka, 2016):

- popyt na usługi jest specyficzny i jest generowany przez podaż,
- popyt jest nierównomierny, a charakter jego jest losowy,
- na rynku nie ma stabilności popytu na opiekę medyczną,
- cena często jest nieznana konsumentowi, a w przypadku komercyjnych usług medycznych dowolnie ustalana,
- konsumenci postępują nieracjonalnie,

- pacjenci jako konsumenci charakteryzują się specyficznymi preferencjami w poszczególnych segmentach, a często są postrzegani jako zbiór homogeniczny,
- występowanie trzech stron transakcji kupna-sprzedaży: świadczeniodawcy, świadczeniobiorcy oraz płatnika (państwo, ubezpieczyciel lub pracodawca),
- dostęp społeczeństwa do świadczeń zdrowotnych dzięki subwencjom publicznym,
- brak możliwości osadzenia sektora ochrony zdrowia na nieregulowanych rynkach prywatnych i osiągnięcia optymalnych rezultatów dla społeczeństwa,
- ograniczone jest działanie czystych mechanizmów rynkowych,
- wysoka asymetria informacji,
- niepewność zapotrzebowania na usługi opieki zdrowotnej,
- niepewność skuteczności leczenia,
- wielorakość podmiotów po stronie sprzedawców,
- brak imperatywu maksymalizacji zysku w przypadku niektórych przedsiębiorstw działających po stronie podaży,
- występuje silne zróżnicowanie wewnętrzne asortymentu usługowego,
- w strukturze całego sektora ochrony zdrowia obowiązują zasady i mechanizmy rynku regulowanego, dotyczące między innymi dostępu do zawodu lekarza, zakładania i prowadzenia działalności lekarskiej czy rozliczeń z NFZ.

Zrozumienie funkcjonowania rynku usług medycznych jest niezbędne, aby przybliżyć zasady funkcjonowania rynku pracy lekarzy, dlatego w dalszej części pokrótce omówione zostaną cechy odróżniające rynek świadczeń medycznych od klasycznego modelu rynku w ekonomii. Autorka dokonała omówienia wybranych cech ze względu na ograniczenia dysertacji oraz oczywistość niektórych z nich.

2.2.1. Popyt, podaż i cena

W związku z tym, że zdrowie jest dobrem, które nie podlega podziałowi, konsumpcji i nie można go wymienić, popyt na nie i jego podaż podlegają innym zasadom niż w klasycznym modelu rynku w ekonomii (Golinowska, 2015, s. 110). Działalność podmiotów świadczących usługi medyczne to pewnego rodzaju „produkcja” świadczeń medycznych (podaż), która umożliwia zaspokojenie potrzeb zdrowotnych ludzi i tym samym ich konsumpcję. Jeśli świadczeniobiorca wyrazi gotowość poniesienia opłaty za tę usługę, to zapotrzebowanie pacjenta przerodzi się w popyt (Golinowska, 2015, s. 105) (popyt na usługi, popyt medyczny).

Rozmiary i struktura popytu wyznaczone są przez zakres i rozmiary działalności usługowej podmiotów (Suchecka, 2016, s. 118). Zgodnie z modelem Grossmana (omówionym w rozdziale 1 przy okazji teorii kapitału ludzkiego) popyt na świadczenia zdrowotne to popyt na dobre zdrowie (Grossman, 1972). Bardzo duża przewaga profesjonalnej wiedzy na temat udzielanych świadczeń przez lekarzy umożliwia świadczeniodawcom „manipulowanie popytem” pacjenta (Golinowska, 2015, s. 96). Chory uprawnienia decyzyjne deleguje na lekarza (szczególnie co do wyboru sposobów diagnozowania i leczenia), do którego ma, a przynajmniej powinien mieć, zaufanie (Bickerdyke i in., 2002), tym samym pozwala na działanie lekarza w charakterze agenta (Getzen, 2000). Świadczeniodawca określa bowiem zakres zalecanych usług, czym formuje faktyczną potrzebę zdrowotną i działania niezbędne do jej zaspokojenia.

W tym przypadku sprzedający (lekarz) decyduje o kształcie popytu na świadczoną usługę. Korzystając z posiadanej przewagi nad kupującym (pacjentem) może wpływać na decyzje o popycie na swoje usługi ponad ekonomiczną efektywność to znaczy ponad poziom równości krańcowych kosztów produkcji z krańcowymi korzyściami konsumentów (Getzen, 2000, s. 89). Przykładem może być skierowanie pacjenta na badania, których wynik nie dostarczy lekarzowi większej wiedzy o stanie pacjenta niż już posiadana, na przykład wykonywanie badania USG przez lekarza specjalistę ortopedii i traumatologii ruchu po dostarczeniu wyników badania rezonansem lub wyniku badania USG wykonanego przez lekarza specjalistę radiologa. Medycy mogą proponować poddawanie się niepotrzebnym świadczeniom oraz zawyżać ceny jako wyraz wyższej jakości. Mówi się wówczas o zjawisku popytu indukowanego przez podaż (*supplier-induced demand, SID*) (Bickerdyke i in., 2002), czyli o odwróceniu prawa popytu, które prowadzi do nieefektywnej alokacji ograniczonych zasobów na rynku (Golinowska, 2015, s. 96). Popyt wywoływany przez podaż wynika również z faktu budowy systemów wynagradzania lekarzy, które często opierają się na założeniu, że dochód rośnie wraz z liczbą usług świadczonych każdemu pacjentowi (Dranove i Wehner, 1994; Evans, 1974, s. 162-201).

Popyt zazwyczaj zgłaszany jest przez konsumenta w zależności od skłonności do płacenia i siły nabywczej. W przypadku świadczeń lekarskich, pacjent - mimo iż sam zgłasza się do świadczeniodawcy - często komunikuje problem zdrowotny w sposób bardzo ogólny, w związku z czym lekarz decyduje o rodzaju potrzeby zdrowotnej i sposobie leczenia. Najczęściej to świadczenie w Polsce finansuje strona trzecia, czyli państwo (Piekut, 2014, s.

79-96; Skrzypczak, 2011, s. 166-175). Wpływ na wielkość popytu mają również uwarunkowania psychospołeczne, pozamedyczne determinanty zdrowia oraz zachowania prozdrowotne ludności, indywidualnie odczuwalne potrzeby, relacja lekarz-pacjent i wcześniejsze doświadczenia związane z leczeniem oraz występujące bariery (rysunek 1). Dostęp do wizyty u lekarza może być ograniczony ze względu na: cenę usługi, czas przyjęć, konieczność posiadania skierowania, obawy psychologiczne (Rudawska, 2007) (na przykład w przypadku konieczności skorzystania z usługi psychiatry, wenerologa), brak możliwości dojechania do miejsca pracy lekarza (szczególnie w krajach biednych), bariery kulturowe i religijne (korzystanie z usług ginekologa przy porodzie przez wyznawczynie islamu po dokonanych obrzezaniu) czy legislacyjne (korzystanie z usługi usunięcia ciąży zagrażającej życiu matki w niektórych krajach). Popyt zależy od wielu czynników takich jak występowanie popytu subiektywnego (na przykład hipochondrycy), sezonowości na usługi medyczne poszczególnych specjalizacji (na przykład alergolodzy) oraz konieczności ograniczeń dostępności w korzystaniu ze względu na konieczność niedopuszczania do nadmiernej konsumpcji przez pacjentów (Bukowska-Pietrzyńska, 2010, s. 14).

Podaż świadczeń zdrowotnych wykazuje również specyficzne i niespotykane na innych rynkach cechy (Sowada, 2015). Świadczenie usług zdrowotnych wiąże się z koniecznością spotkania się i współdziałania świadczeniodawcy ze świadczeniobiorcą w tym samym czasie, jednakże konieczność (na przykład w przypadku pandemii), jak i powszechność (dzięki rozwojowi cyfryzacji) telemedycyny powoduje, że wizyta lekarska nie zawsze musi odbywać się w określonym fizycznie miejscu. Pacjent i lekarz mogą być w dwóch różnych lokalizacjach. Jak już wcześniej wspomniano, jednoczesna produkcja i konsumpcja (zasada *uno actu*) w znaczny sposób ułatwia lekarzom wywieranie wpływu na rodzaj i ilość zalecanych pacjentom świadczeń i tym samym na koszty i korzyści wynikające z korzystania z całego systemu opieki zdrowotnej (Bickerdyke i in., 2002). Warto przy tym również zaznaczyć, że istnieje dylemat etyczny z punktu widzenia lekarza, mianowicie czy uzasadnione jest dokonywanie oceny i wyboru, który z chorych powinien jako pierwszy otrzymać pomoc. W pracy lekarza niekiedy pojawia się konieczność podjęcia tak dramatycznej decyzji (Topór-Mądry i in., 2002, s. 38).

Rozpoczęcie procesu leczenia wymaga udzielenia zazwyczaj więcej niż jednego świadczenia specjalistycznego. Zasadniczo dostarczanie usług zdrowotnych rozpoczyna się od prewencji pierwotnej, której celem jest zmniejszenie prawdopodobieństwa pojawienia się choroby lub wystąpienia innych zaburzeń zdrowotnych poprzez ograniczanie i

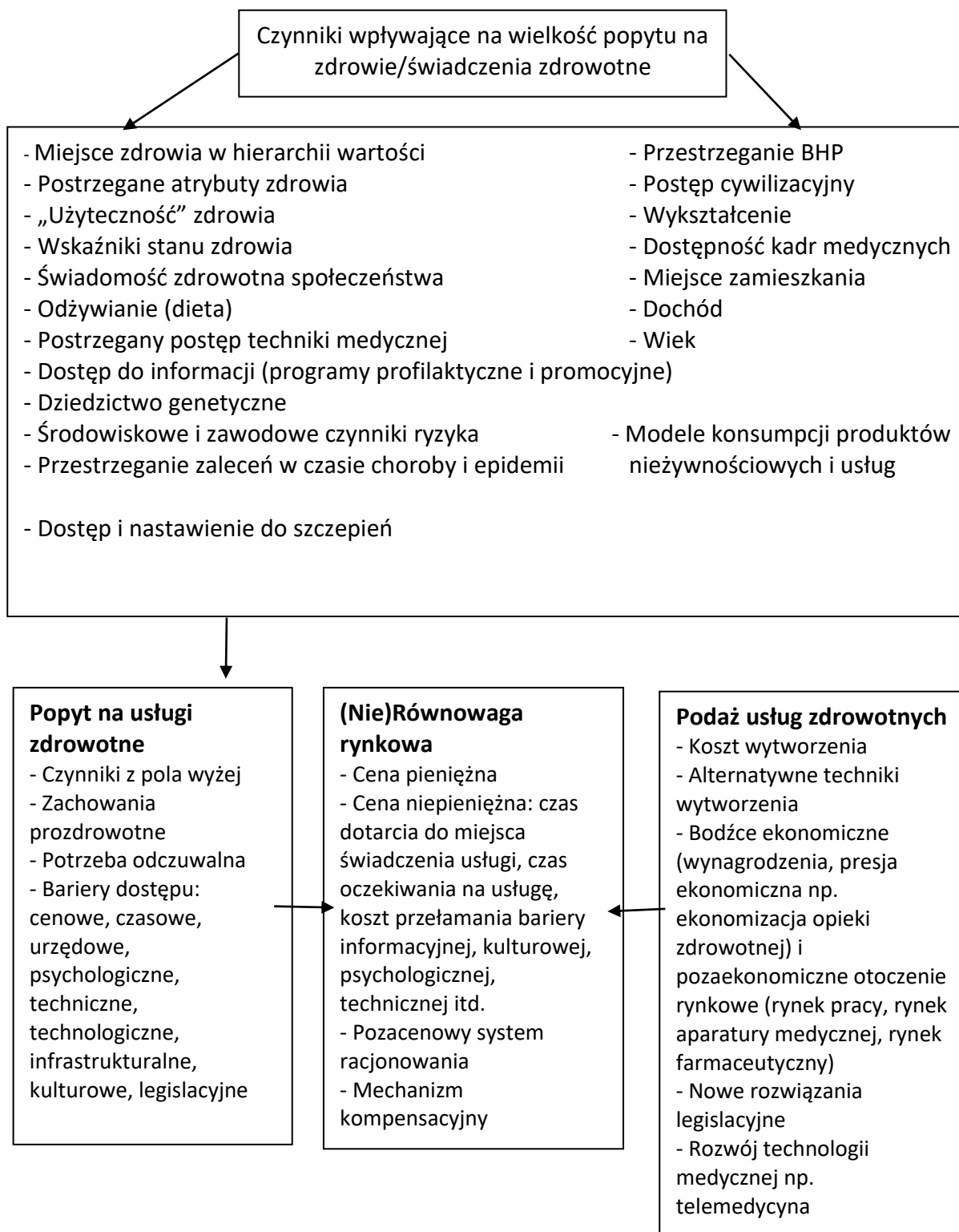
eliminowanie szkodliwych uwarunkowań wpływających na zdrowie i życie ludzi. Działania lecznicze rozpoczynają się natomiast dopiero po wystąpieniu problemu ze zdrowiem. W pierwszym etapie zbierany jest wywiad. Na jego podstawie może zostać postawiona diagnoza, a następnie wybrana terapia optymalna medycznie i ekonomicznie. Wraz z terapią podejmowane są działania prewencji wtórnej, których celem jest powstrzymanie rozwoju choroby, jak i czasu jej trwania. Po zakończeniu tego etapu pacjent może wymagać dalszej opieki lub zabiegów rehabilitacyjnych, zaliczanych do prewencji trzeciego stopnia. Ich głównym celem jest zapobieganie skutkom choroby, ograniczanie przyczyn jej nawrotu i minimalizacja komplikacji oraz ograniczeń wtórnych.

Z uwagi na opisaną powyżej specyfikę w proces leczenia zaangażowanych może być wielu specjalistów medycznych, na przykład: lekarze, pielęgniarki, laboranci, fizjoterapeuci, dietetycy i tym podobni. Ciągłość i kompleksowość działań w przypadku choroby wymagają współpracy pomiędzy różnymi medykami oraz precyzyjnego planowania, aby ograniczone zasoby medyczne mogły być najefektywniej wykorzystane (Sowada, 2015).

Świadczenie usług przez lekarzy często związane jest z presją czasu, wynikającą ze specyfiki zawodu (na przykład praca na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR)) czy liczba oczekujących chorych (na przykład praca lekarza rodzinnego) w okresie zwiększonej ilości zachorowań. Stawianie diagnozy, podejmowanie decyzji o wyborze terapii i prowadzenie leczenia odbywa się nierzadko w stresie i obarczone jest ryzykiem popełnienia błędu. Na wielkość podaży usług medycznych (rysunek 1) wpływają koszty jej wytworzenia (ponoszone głównie przez budżet państwa), alternatywne techniki jej wytworzenia, bodźce ekonomiczne (takie jak wynagrodzenia) i pozaekonomiczne otoczenie (takie jak sytuacja na rynku pracy, aparatury i leków). Ze względu na znaczny udział państwa w tworzeniu podaży, znaczenie mają rozwiązania legislacyjne ułatwiające podejmowanie nauki i pracy w zawodzie lekarza oraz poszerzające uprawnienia innych specjalistów medycznych – na przykład wypisywanie recept przez pielęgniarki i położne. Liczba personelu lekarskiego jest ograniczona i z tego powodu, aby efektywnie wykorzystać jej zasoby, dokonuje się znaczny rozwój technologii medycznej zwanej telemedycyną. Efektywność pracy lekarza może być wyższa ze względu na możliwość pracy w dowolnym miejscu bez konieczności poświęcania czasu na dojazd do miejsca pracy, jak i – w niektórych przypadkach – możliwość pracy w dowolnych godzinach (na przykład lekarz specjalista radiologii dokonujący opisu wyniku badania rezonansem, na dostarczenie którego ma zazwyczaj kilka dni).

Na rynku usług lekarskich często cechą charakterystyczną jest też fakt, że cena nie jest znana konsumentowi (Suchecka, 2016, s. 118), ponieważ płaci ją strona trzecia (Sowada, 2015, s. 106). Jak wcześniej wspomniano, może to być państwo (Piekut, 2014, s. 79-96; Skrzypczak, 2011, s. 166-175) w przypadku posiadania ubezpieczenia zdrowotnego, firma ubezpieczeniowa (Morris i in., 2012, s. 110, Getzen, 2000) w przypadku, gdy wystąpienie choroby jest objęte zakresem posiadanej polisy przez pacjenta leczącego się na przykład w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jak i pracodawca (Ciekanowski, 2013, s. 177-185) w przypadku posiadania takiego benefitu w postaci dostępu do prywatnych świadczeń w placówkach, takich jak Medcover czy LuxMed. Firmy ubezpieczeniowe coraz częściej w swojej ofercie posiadają również wizyty lekarskie i inne usługi medyczne, z których mogą korzystać pracownicy firm objętych ubezpieczeniami grupowymi, jak i prywatni pacjenci. Usługi nie dotyczą wówczas tylko następstw nieszczęśliwych wypadków, lecz związane są z naturalnym procesem chorowania i powrotu do zdrowia, a także organizują akcje profilaktyczne, takie jak szczepienia oraz rehabilitacje (na przykład PZU Zdrowie).

Na cenę równowagi obok ceny pieniężnej obowiązującej przy rozliczeniach, (za którą przyjmuje się cenę, jaką jest gotowy zapłacić pacjent lub inny płatnik, jak i cenę za którą lekarz jest gotowy świadczyć usługi w ramach kontraktu z NFZ) wpływa również cena niepieniężna (czas oczekiwania na poradę, jakość usług, jak i odległość miejsca zamieszkania od miejsca świadczenia usługi oraz czas niezbędny do pokonania drogi, aby skorzystać z usługi) (rysunek 1). Powyższe czynniki są najczęściej wymieniane w ekonomii zdrowia jako decydujące o równowadze całego systemu lub poszczególnych jego rynków. Obecność trzeciej strony transakcji na tym rynku powoduje zakłócenia w funkcjonowaniu mechanizmów rynkowych (Rudawska, 2007). Na rynku prywatnych usług medycznych sposób ustalania ceny usługi medycznej jest dowolny i nie ma żadnej regulacji prawnej dotyczącej minimalnej, średniej czy maksymalnej ceny. Oferenci sami decydują o jej wysokości i nie muszą również odnosić się do cennika NFZ.



Rysunek 1. Model relacji popytowo – podażowej w opiece zdrowotnej

Źródło: Model relacji popytowo-podażowej – Opracowanie własne na podstawie Rudawska (2007 i 2011).

Osiągnięcie równowagi rynkowej jest możliwe dzięki wsparciu funkcjonowania pozacenowego systemu racjonowania i mechanizmom kompensującym. Zdrowie jest

wartościowane społecznie i każdy obywatel powinien mieć równy dostęp do usług sektora ochrony zdrowia i dlatego też usługi te wpisywane są do zadań państwa. Aby równość dostępu mogła mieć miejsce można zastosować racjonowanie. Zróznicowanie pacjentów wymaga wprowadzenia również mechanizmów kompensujących. Zadaniem ich jest wyrównywanie potencjalnych nierówności w dostępie do ochrony zdrowia. Nierówności te mogą wynikać z sytuacji materialnej, wieku, różnym ryzykiem zachorowania, czasem niezbędnym na powrót do zdrowia itd. (Rudawska, 2007).

Osiągnięcie równowagi rynkowej możliwe jest w przypadku usług prywatnych o ile sprzedający i kupujący godzą się na określoną kwotę za wizytę i jest ona możliwa do zrealizowania w pasującym obu stronom terminie. W przypadku świadczeń finansowanych przez NFZ wartość pieniężna nie jest znana kupującemu a sprzedawca otrzyma ją dopiero po jakimś czasie. Kontraktowana jest ona też ze znacznym wyprzedzeniem co powoduje że cena nie rekompensuje na przykład zmian inflacji. Sytuacja ta jest w znacznym stopniu oderwana od zasad działania mechanizmów rynkowych. Wybór prywatnej praktyki przez lekarza powoduje zmniejszenie zasobów pracy (podaży) w sektorze publicznym co dalej wpływa na wydłużający się czas oczekiwania pacjenta na wizytę. Zachęca to pacjenta do skorzystania z wizyty prywatnej i tym samym kolejni lekarze są skłonni przyjmować prywatnie. Występowanie równowagi popytu i podaży na usługi zdrowotne lub też nie, wpływa zatem na wybory miejsc pracy przez lekarzy.

Podsumowując, można uznać, że mechanizmy popytu i podaży na rynku świadczeń zdrowotnych są odmienne od klasycznego ich działania w ekonomii. W warunkach rynkowych obniżka ceny świadczenia redukuje gotowość pacjenta do kontrolowania zgłaszanego popytu, a dzięki występującej asymetrii informacji może to skutkować kreowaniem przez personel medyczny popytu, który nie jest uzasadniony potrzebami pacjentów (Sowada, 2015, s. 106). Podaż natomiast, ze względu na swoje ograniczone zasoby, wymaga efektywnego działania przedstawicieli wielu zawodów medycznych. Przy czym nie należy zapominać o występującym dylemacie etycznym dotyczącym selekcji pacjentów oraz częstej pracy pod presją czasu i w stresie. Osiągnięcie równowagi na tym rynku zależy również od cen usług lekarskich (która pacjentowi korzystającemu z usług w ramach NFZ nie jest nawet znana, a w sektorze prywatnym ustalana dowolnie), jak i od ceny niepieniężnej (na przykład czas oczekiwania na wizytę).

2.2.2. Asymetria informacji

Kreacja popytu przez podaż na rynku świadczeń lekarskich wynika również z występującej na tym rynku asymetrii informacji. Na rynku świadczeń medycznych podmioty, wchodząc w transakcję rynkową, wykazują się różnym poziomem wiedzy na temat przedmiotu transakcji i warunków realizacji. Jednocześnie informacje te są istotne właśnie dla tej drugiej, gorzej poinformowanej strony (Mankiw i Taylor, 2009, s. 607). Konsumenci nie mają ani wiedzy, ani kompetencji, aby określić, jakich świadczeń potrzebują przy swoim stanie zdrowia lub aby ocenić jakość otrzymanych usług czy produktów (Sowada, 2015, s. 96). Z uwagi na relatywnie małą wiedzę, samodzielne decyzje pacjenta w zakresie leczenia mogą nie przynieść mu korzyści zdrowotnych. Lekarz mający specjalistyczną wiedzę działa w imieniu pacjenta (Walley, i in., 2004, s. 27). Dysponuje on dwoma bardzo istotnymi kategoriami informacji dla pacjenta: diagnostyczną i terapeutyczną. Zakłada się, że wolą pacjenta jest, aby lekarz w tej relacji działał jako jego agent doskonały, mający na uwadze jego zdrowie. Pacjent, korzystając ze świadczenia medycznego, uzyskuje tylko użyteczność, bez informacji o wpływie na nią (Dolan i Olsen, 2008, s. 83–85). Ani lekarz ani pacjent nie mają możliwości oceny jak wizyta czy zalecone leki wpłyną na zdrowie chorego. Przez wspomnianą asymetrię ograniczona zostaje swoboda wyboru przez konsumenta technologii świadczenia, ponieważ to lekarz ma autonomię w tym zakresie (na przykład w celu postawienia diagnozy). Ograniczenie suwerenności pacjenta jest widoczne zwłaszcza w stanach nagłych czy w wypadkach, gdzie decyzje co do procedur medycznych są podejmowane w imieniu chorego (Łoś i Puciato, 2011, s. 20).

Asymetria informacji może wpływać destrukcyjnie na efektywne działanie sektora medycznego, dlatego też bardzo istotną rolę pełnią akcje edukacyjne dla obywateli, na przykład kampanie przygotowane przez specjalistów zdrowia dotyczące zdrowego stylu życia, przyczyn chorób czy naturalnych sposobów leczenia. Do negatywnych skutków występowania asymetrii na rynkach zalicza się również manipulacje popytu przez podaż, pozacenowe procesy selekcyjne, w tym selekcję negatywną (*adverse selection*), tak zwane spijanie śmietanki (*cream skimming*) oraz tak zwana pokusa nadużycia (*moral hazard*).

Selekcja negatywna skutkuje wyparciem z rynku usług o najwyższej jakości, ponieważ znany jest nabywcy tylko poziom przeciętny oferowanych usług i tym samym nie ma możliwości ich porównania. Dla lekarzy pracujących w sektorze prywatnym może to skutkować wyborem miejsc pracy o podobnym poziomie cen. Świadczenie usług tylko w

jednym – prestiżowym – miejscu, może skutkować brakiem wizyt, ponieważ pacjent porówna ceny rynkowe w innych placówkach. Spijanie śmietanki prowadzi natomiast do niezaspokojenia potrzeby pacjenta z jakiegoś powodu ocenionego negatywnie przez lekarza. Sytuacja taka może mieć miejsce w przypadku zgłoszenia się pacjenta z chorobą, której leczenie ma wysokie ryzyko zakończenia się niepowodzeniem i lekarz rezygnuje z dalszego prowadzenia terapii, ponieważ mogłoby to negatywnie wpłynąć na jego reputację. Taka selekcja może się również dokonywać na zlecenie lekarza już na etapie rejestracji pacjenta poprzez zawężenie katalogu dolegliwości, które konsultuje lekarz w trakcie wizyt. Możliwość podejmowania decyzji o przyjmowaniu pacjentów tylko z wybranymi jednostkami chorobowymi może mieć również znaczenie dla lekarza przy wyborze miejsca pracy. *Moral hazard* dotyczy głównie braku wiedzy płatników o skłonnościach do zachowań nonszalanckich i nadużyć przez lekarzy (Sowada, 2015, s. 90) i ma pośredni wpływ na wybór miejsca pracy przez lekarza. Może on bowiem zlecać badania dodatkowe zgodnie z oczekiwaniem pacjenta, lecz bez uzasadnienia diagnostycznego tylko po to, aby zwiększyć kwotę rozliczenia z ubezpieczycielem/płatnikiem, jeśli placówka współpracuje na takich zasadach.

2.2.3. Niepewność

Dokładny pomiar stanu zdrowia jest niemal niemożliwy i z tego powodu świadczenia medyczne nie mogą wiązać się z żadnymi gwarancjami (Getzen, 2000). Niepewność w opiece zdrowotnej jest związana z faktem, że pacjent nie wie i nie jest w stanie określić na przyszłość, kiedy i jakich będzie potrzebował świadczeń zdrowotnych oraz jakie mogą być zarówno koszty leczenia, jak i utracone korzyści (przede wszystkim zarobki) w wyniku choroby (Łoś i Puciato, 2011, s. 20). Ta niepewność stworzyła miejsce do rozwoju na rynku ubezpieczeniowym produktów ubezpieczeń na wypadek choroby czy wypadku oferowanych przez komercyjne ubezpieczalnie (Adamczyk-Kloczkowska, 2008, s. 79). Firmy ubezpieczeniowe stały się również miejscem, gdzie lekarz może podejmować współpracę przy konsultacji dokumentacji medycznej dostarczanej przez poszkodowanych, wydawaniu opinii oraz realizacji świadczeń.

Proces leczenia może być uzależniony od posiadanych środków finansowych, lecz te nie wystarczają do zagwarantowania sukcesu leczenia (Holecki i Syrkiewicz-Światała, 2007, s. 44). Natomiast towarzysząca mu niepewność wynika z faktu, że każdy lekarz podejmuje decyzje

dotyczące leczenia pacjenta na podstawie swojego zasobu wiedzy i doświadczenia. Nowe jednostki chorobowe, metody i sposoby ich diagnozowania oraz leczenia cały czas ewoluują, co utrudnia posiadanie zawsze aktualnej wiedzy przez medyków. Należy również pamiętać o unikalności każdego pacjenta, którego choroby współistniejące, uwarunkowania genetyczne oraz styl życia mogą nie dawać gwarancji poprawy zdrowia, pomimo podjętego leczenia (Johannes, 1995, s. B1).

Przy typowej usłudze nabywca uzyskuje gwarancję lub, z mocy prawa, rękojmię. W przypadku usług medycznych nabywca (pacjent) ma prawo tylko do zadośćuczynienia w przypadku popełnienia błędu w sztuce lekarskiej⁵. Takie roszczenie dotyczy jakości otrzymanej opieki i postępowania zgodnie ze sztuką medyczną, lecz nadal nie jest gwarancją odzyskania zdrowia czy braku nawrotu choroby (Holecki i Syrkiewicz-Światała, 2007, s. 45). Niepewność efektów leczenia wiąże się z niepewnością co do ustalenia popytu na wiele świadczeń ochrony zdrowia (Morris i in., 2012, s. 177).

W obliczu egzystencjonalnych zagrożeń pacjenci są gotowi nabyć niezbędne świadczenia za każdą cenę, bez rozpoznania cen na rynku. Stan zagrożenia życia osłabia pozycję rynkową pacjentów oraz naraża na nadużycia nieuczciwych świadczeniodawców oddalając rzeczywistą alokację od optymalnej Pareto. Nawet jeśli nie występuje sytuacja bezpośredniego zagrożenia życia, pozycja pacjenta i tak jest osłabiona, co jest związane z regułą *uno actu* (jednoczesnej produkcji i konsumpcji), która sprawia, że pacjent nie ma możliwości porównania cen i jakości oferowanych usług na rynku. Tym samym pojawia się niepewność co do jakości oferowanych świadczeń medycznych. W przypadku usług medycznych pacjent musiałby „próbować” różnych świadczeń u poszczególnych lekarzy tej samej specjalizacji w tym samym czasie, aby móc porównać jakość. Subiektywna opinia osób trzecich nie do końca spełnia przesłanki do zmniejszenia niepewności, ponieważ stan zdrowia jest uwarunkowany i oceniany indywidualnie. W procesach terapeutycznych ważną rolę odgrywa również osobista i niemożliwa do przeniesienia na inne osoby relacja lekarz-pacjent. Porównanie jakości wizyt może być również zachwiane ze względu na subiektywną ocenę samopoczucia po wizycie oraz ze względu na zachodzące w organizmie naturalne procesy biologiczne, takie jak samoleczenie (Golinowska, 2015, s. 96).

⁵ Lekarze prowadzący praktykę indywidualną podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych (Dz.U. 2019r. NR 866). Dobrowolne ubezpieczenie dedykowane jest zatrudnionym na umowę o pracę, zlecenie lub o dzieło.

Niepełność jest również przyczyną większości problemów z informacją w opiece medycznej. Można ograniczyć niepewność finansową związaną z losowym występowaniem chorób poprzez system ubezpieczeń, lecz nie można zastosować tego rozwiązania w sprawie jakości i efektów leczenia. W tym przypadku etyka pracy środowiska lekarskiego może wyłącznie częściowo pomóc, ale konieczne są również regulacje rządowe oraz działania organizacji typu non-profit (Getzen, 2000).

2.2.4. Wielorakość podmiotów

W dysertacji przyjęto, że konsumentem jest pacjent a producentem lekarz, lecz na całym rynku ochrony zdrowia występuje wielorakość podmiotów po stronie popytu jak i podaży. W zależności od analizowanej sytuacji nabywcami mogą być gospodarstwa domowe oraz sami świadczeniodawcy (lekarze), a sprzedawcami szpitale, producenci sprzętu medycznego i koncerny farmaceutyczne. Z punktu widzenia przemysłu, przedsiębiorstwa produkują dobra lub usługi podobne i sprzedają bezpośrednio ludziom lub innym przedsiębiorstwom, i w związku z tym występuje przemysł szpitalny czy farmaceutyczny (Morris i in., 2012, s. 110). Szpital, zatrudniając lekarzy pełni funkcję świadczeniodawcy, a gdy kupuje usługę wywozu odpadów medycznych, leki i sprzęt medyczny - staje się nabywcą. Przemysł ochrony zdrowia jest duży i obejmuje wiele różnych jednostek gospodarczych, które można pogrupować w sektory w zależności od specjalizacji (tabela 1).

W tabeli 1 zaprezentowano podstawowe składowe elementy przemysłu ochrony zdrowia. Sektor finansowy reprezentowany jest przez płatników, takie jak firmy ubezpieczeniowe i NFZ, a sektor nakładów dostarcza niezbędnych środków do produkcji usług medycznych – na przykład producenci sprzętu diagnostycznego czy leków. Sektor opieki podstawowej, specjalistycznej, szpitalny i uzdrowiskowy świadczy usługi bezpośrednio dla pacjentów. Uzyskanie usług z poszczególnych sektorów rozróżnia dostęp powszechny lub konieczność posiadania skierowania lub recepty. Rozpatrując bardziej szczegółowo składowe opieki zdrowotnej, nie należy zapomnieć o opiece paliatywnej i hospicyjnej, opiece długoterminowej czy leczeniu uzależnień oraz transporcie medycznym i ratownictwie medycznym. Zaprezentowanie wielorakości podmiotów ma na celu między innymi ukazanie możliwości miejsc pracy dla lekarzy, ponieważ w każdym z przykładów przedsiębiorstw lekarz może z większym lub mniejszym zaangażowaniem czasowym świadczyć swoje usługi.

Tabela 1. Podstawowe elementy składowe sektora ochrony zdrowia

Sektor	Najważniejsze cechy	Przykład przedsiębiorstwa
Sektor finansowy	Jednostki gospodarcze zaangażowane w przepływ funduszy od gospodarstw domowych i konsumentów	Towarzystwa ubezpieczeniowe, organizacje koordynowanej opieki zdrowotnej
Sektor nakładów	Dostarczanie nakładów na świadczenie opieki podstawowej i szpitalnej	Firmy farmaceutyczne, producenci sprzętu medycznego
Sektor opieki podstawowej	Pierwszy stopień kontaktu z usługami ochrony zdrowia	Lekarze pierwszego kontaktu, lekarze rodzinni, pediatry, specjaliści realizujący świadczenia bez skierowań np. ginekolog i położnik, optycy, farmaceuci, lekarze dentyści, fizjoterapeuci, położne
Sektor ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	Usługi ambulatoryjne świadczone przez lekarzy specjalistów na podstawie skierowań od lekarzy opieki podstawowej oraz świadczone prywatnie	Lekarze specjaliści, np. torakochirurg, kardiochirurg, dermatolog, okulista. Dystrybutorzy sprzętu medycznego i leków
Sektor szpitalny i uzdrowiskowy	Usługi ambulatoryjne i szpitalne, w tym uzyskiwane na podstawie skierowań od lekarzy podstawowej opieki oraz w razie zagrożenia życia. Prywatne usługi ambulatoryjne i szpitalne. Usługi uzdrowiskowe finansowane z budżetu państwa i prywatne	Usługi specjalistyczne realizowane na podstawie skierowań np. chirurgiczne. Usługi szpitali prywatnych realizujących świadczenia bez skierowania. Uzdrowiska
Rehabilitacja	Przywracanie zdrowia i zatrzymanie jego utraty	Zakłady Opiekuńczo-Rehabilitacyjne, Zakłady Rehabilitacyjne, Oddziały rehabilitacyjne w szpitalach.
Opieka długoterminowa	Instytucjonalna opieka nad osobami niesamodzielnymi osobami starszymi.	Zakłady opiekuńczo-lecznicze ZOL, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze ZPO oraz Domy pomocy społecznej DPS
Opieka paliatywna	Opieka nad chorym śmiertelnie i umierającym	Hospicja

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Golinowska, 2015, s. 44-52; Morris i in., 2012, s. 111-112; Leczenie uzdrowiskowe (2021).

Najczęściej jednak lekarze świadczą swoje usługi w podmiotach leczniczych sektorów podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej i w szpitalach, którymi zostały określone wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z ustawą (Dz.U.2020. Nr 295, Art. 4) podmioty lecznicze mogą być prowadzone oraz tworzone przez Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego oraz uczelnie. Wszystkie podmioty mają obowiązek wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Do grupy praktyk zawodowych należy natomiast działalność lecznicza wykonywana przez lekarzy, pielęgniarki i fizjoterapeutów w formie jednoosobowej działalności gospodarczej, spółki cywilnej, partnerskiej lub jawnej. Wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest

natomiast prowadzeniem podmiotu leczniczego (Dz. U. 2018, poz. 2190 z późniejszymi zmianami).

W dysertacji szczególnym obserwacjom zostaje poddany rynek pracy lekarzy, dlatego też prezentacja wielości podmiotów na rynku medycznym jest konieczna, bowiem mogą być to potencjalne miejsca pracy dla lekarzy. Lekarz bowiem może wybrać miejsce pracy w sektorze publicznym jak i prywatnym, w różnych sektorach przemysłu medycznego oraz w różnych rodzajach form prawnych. Dla uniknięcia konfliktu interesów zakazane jest prowadzenie przez lekarzy ich prywatnych praktyk w czasie godzin zakontraktowanych z NFZ. Motywuje to lekarzy do świadczenia usług w sektorze prywatnym w innych miejscach i tym samym posiadania kilku miejsc pracy. Powyższy przegląd pomocny jest również w stworzeniu listy potencjalnych miejsc pracy lekarzy objętych badaniem właściwym. Omówienie cech rynku medycznego odróżniających go od klasycznego modelu rynku pozwala na lepsze zrozumienie funkcjonowania rynku pracy lekarzy, który zostanie omówiony w kolejnym podrozdziale.

2.3. Zasoby pracy na rynku medycznym

Praca w ochronie zdrowia pełni podwójną funkcję, gdyż jest zarówno produktem jak i czynnikiem produkcji. Wynika to z faktu, że usługa medyczna nie funkcjonuje odrębnie od usługodawcy. Na podstawie definicji rynku można stwierdzić, że lekarz jest jednym z podmiotów w „procesie podaży pracy i popytu na pracę” (Francik i Poczowski, 1993, s. 33).

Z perspektywy celu pracy konieczne jest omówienie wspomnianych wcześniej elementów (popyt, podaż, cena) w odniesieniu do rynku pracy lekarzy.

2.3.1. Cechy medycznego rynku pracy

W ekonomii rynek pracy w ochronie zdrowia nazywany jest medycznym rynkiem pracy, wyróżniającym się następującymi cechami (Golinowska, 2015, s. 272):

1. Rynek pracy w ochronie zdrowia jest rynkiem pojedynczej gałęzi nazywanej sektorem zdrowia, do którego ograniczone jest wejście, jak i wyjście do innych sektorów. Wejście na ten rynek związane jest wymaganymi wysokimi kwalifikacjami, których zdobycie wiąże się z długim i intensywnym czasem kształcenia oraz zdobywania praktyki. Wykonywanie zawodów medycznych jest ściśle regulowane prawnie i uzależnione od posiadania uprawnień (PWZ),

2. Medyczny rynek pracy wykazuje cechy monopolistyczne ze względu na niewielką liczbę uczelni i ograniczoną liczbę miejsc dla studentów medycyny oraz miejsc dla rezydentów czy stażystów w klinikach. W sektorze publicznym – jako nabywca (szczególnie przy wejściu na rynek pracy) – wykazuje cechy monopsonu, ponieważ NFZ jako jedyny kontrahent i płatnik w publicznej opiece medycznej, reguluje wielkość zatrudnienia do realizacji zakontraktowanych świadczeń. Ograniczenia budżetowe w sektorze publicznej opieki medycznej są powodem dążenia do utrzymania zatrudnienia jak i płac na pewnym poziomie,
3. W krótkim okresie ograniczone są dostosowania rynkowe ze względu na nieznaczne przepływy zatrudnienia oraz stosowaną technologię zastępującą pracę pracowników medycznych,
4. W długim okresie dostosowania rynkowe zależą od relacji cenowych pracy i kapitału w ramach określonej elastyczności popytu na opiekę medyczną (przy czym elastyczność ta jest niska i wzrost cen czynnika produkcji nie spowoduje zmniejszenia wielkości produkcji),
5. Związki zawodowe działające w publicznym sektorze zdrowia wpływają na wzrost płac, wielkość zatrudnienia oraz zwiększenie ceny usługi zdrowotnej i w wyniku tego w punkcie równowagi łączna produkcja w sektorze będzie niższa niż w sektorze prywatnym.

Dodatkowo autorzy licznych opracowań (Golinowska, 2015; Dobska i Rogoziński 2008; Begg i in., 2014, rozdział X) twierdzą, że:

6. Jest to rynek szczególnie wysokiej regulacji prawnej i tym samym występują ograniczone możliwości działania mechanizmów rynkowych,
7. Okres kształcenia podstawowego i specjalistycznego jest dłuższy niż w przypadku zawodów niemedyceńskich oraz obowiązkowe jest uzupełnianie wiedzy przez cały okres pracy zawodowej,
8. Istnieje obowiązek szkolenia uzupełniającego w przypadku przerwy w wykonywaniu zawodu dłużej niż 5 lat,
9. Lekarze składają przyrzeczenie lekarskie, z czym związane jest wymaganie wysokiej etyki pracy,
10. Wiele osób wykonuje pracę w systemie pracy nocnej, świątecznej, dyżurowej,
11. Występuje dualność rynku pracy – podział na zawody medyczne i okołomedyczne,

Do tych cech należałoby dodać fakt występowania nadwyżki popytu nad podażą na pracę skutkującą niedoborem personelu na rynku pracy, szczególnie lekarzy i pielęgniarek. Tym samym możemy mówić o rynku pracownika⁶.

W kolejnych podrozdziałach zostanie omówiony wpływ wyżej omówionych cech na elementy medycznego rynku pracy ze szczególnym zwróceniem uwagi na lekarzy, ponieważ są oni podmiotami zainteresowania autorki dysertacji. Ze względu na krótką historię ekonomiki zdrowia oraz literatury z tego zakresu, niektóre cechy dotyczą tylko i wyłącznie niektórych krajów.

2.3.2. Popyt i podaż na medycznym rynku pracy

Na liczbę podmiotów uczestniczących na rynku pracy w opiece medycznej mają wpływ z jednej strony zasoby zasilające rynek, a z drugiej opuszczające go (rysunek 2). Wśród grup wchodzących znajdują się lekarze i lekarze specjaliści, personel pomocniczy i okołomedyczny, a także imigranci, podejmujący pracę na tym rynku, felczerzy⁷ oraz lekarze emeryci, powracający na rynek pracy, mimo wieku poprodukcyjnego (pewnego rodzaju repracownicy⁸).

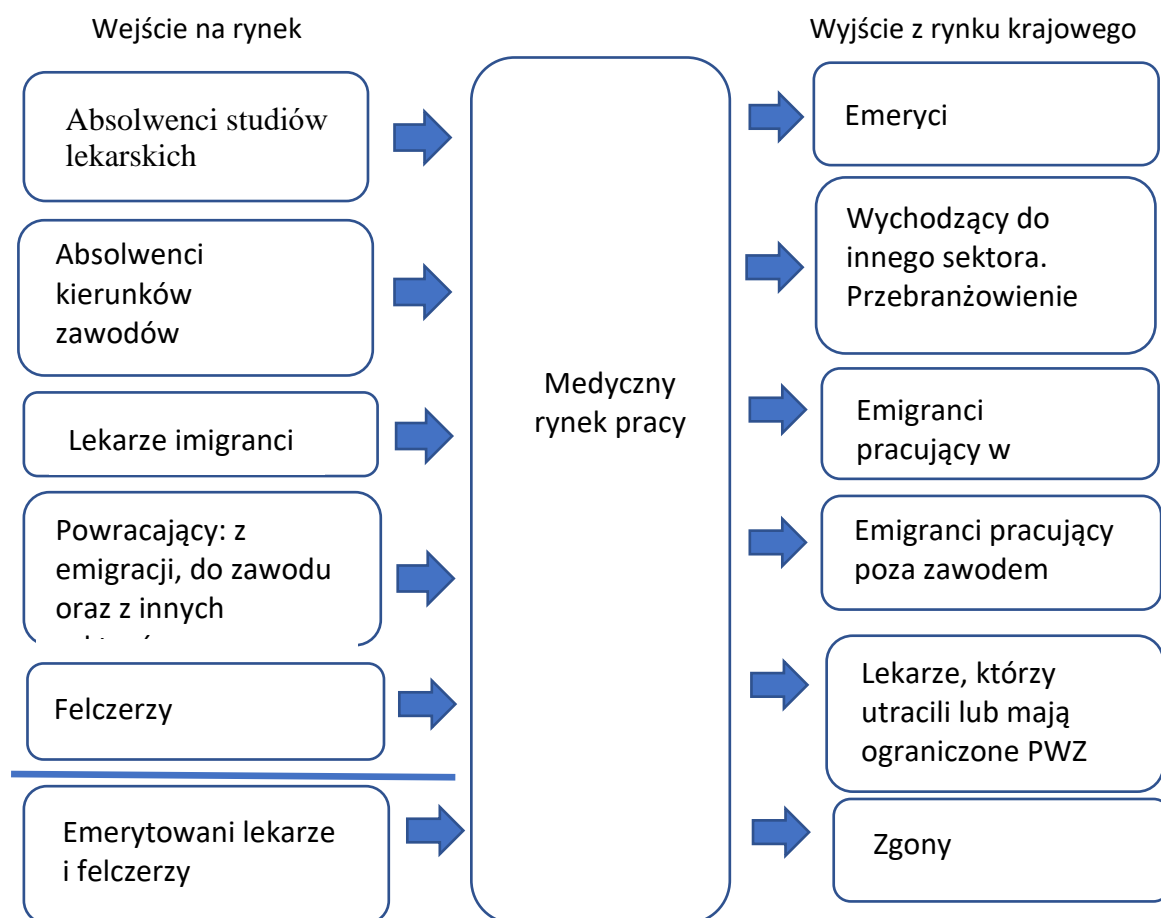
Po drugiej stronie natomiast (opuszczający rynek), znajdują się emerytowani lekarze, którzy zaprzestają praktyki zawodowej, personel okołomedyczny i pracownicy, którzy opuścili sektor w wieku produkcyjnym i podjęli pracę w innym sektorze gospodarki, a także ci, którzy postanowili wyjechać z kraju; lekarze, którzy utracili PWZ i którzy zmarli. Podstawowym czynnikiem produkcji w ochronie zdrowia są jednak specjalistycznie wykształceni zasoby

⁶ Z punktu widzenia zaspokojenia potrzeb wyodrębnić można rynek konsumenta i producenta (Holecki, Syrkiewicz-Świtała, 2010, s. 35) i stosując analogię, autorka przyjęła nazewnictwo rynku pracownika i pracodawcy.

⁷Felczer to osoba, która nie ukończyła studiów medycznych, lecz zdobyła kwalifikacje i wiedzę na poziomie średnim. W Polsce nie kształci się już nowych felczerów, lecz osoby, które w przeszłości zdobyły takie wykształcenie i zawód, mogą go dalej wykonywać. W Polsce na dzień 30 kwietnia 2018 r. było 211 felczerów czynnych zawodowo i 532 nie wykonujących zawodu (<https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-felczerow>).

⁸ Autorka zastosowała przedrostek re- do słowa pracownik zgodnie z zasadami internetowego słownika poprawnej polszczyzny, ponieważ przedrostek re- oznacza początkową część wyrazów, często książkowych (zwykle czasowników i rzeczowników), wskazującą na powtórzenie czynności, procesu lub przywrócenie stanu nazywanych przez drugą część wyrazu (dobryslownik.pl) na przykład repatriacja, która oznacza przemieszanie się ludzi z powrotem do miejsca, z którego przybyli. Stosując analogię, można powiedzieć, że pracownik jest podmiotem na rynku pracy, a emeryt na emeryturze, wracając skąd przybył, staje się repracownikiem. Ma wówczas zapewnione świadczenie emerytalne i wynagrodzenie za pracę. W Polsce lekarzy repracowników odnotowano około 24% (https://www.google.com/amp/s/serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1495432_lekarze-emerytury-statystyki-2020.html.amp).

pracy. Bez wiedzy i udziału personelu medycznego szybko rozwijające się rynki leków czy technologii medycznych mają ograniczone możliwości (Golinowska, 2015, s. 271) (rysunek 2).



Rysunek 2. Wejście i wyjście z medycznego rynku pracy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Golinowska, 2015, s. 275.

Efektom ponadprzeciętnej aktywności zawodowej lekarzy (przeciętnie jeden absolwent studiów lekarskich pracuje w 1,8 miejscach pracy z uwzględnieniem samozatrudnienia (*Pracowity jak młody lekarz...*, 2020) jest niskie ryzyko bezrobocia, a także wysokie zarobki. Informacje na temat zatrudnienia w ochronie zdrowia sygnalizują braki kadrowe. Według danych największe braki dotyczą następujących specjalności lekarskich: pediatria (23% szpitali zgłosiło zapotrzebowanie), choroby wewnętrzne (23%), anestezjologia (21%), chirurgia (15%), medycyna ratunkowa (13%), neonatologia (13%), urologia (11%), ginekologia (10%), neurologia (8%), choroby płuc (7%). Dużym zainteresowaniem polskich szpitali cieszyli się również: ortopedzi i traumatolodzy ruchu, okuliści, otorynolaryngolodzy,

psychiatrzy, radiolodzy, chirurdzy naczyniowi oraz lekarze medycyny pracy (10 specjalizacji lekarskich...2019)⁹.

Lekarzy uznaje się za grupę wolną od ryzyka bezrobocia, z wyjątkiem młodych lekarzy, którzy rejestrują się w urzędach pracy między stażem a podjęciem kolejnej pracy. Sytuacja ta dotyczy głównie rezydentów i ma charakter masowy oraz „incydentalny”, i wynika z konieczności posiadania ciągłości prawa do ubezpieczenia zdrowotnego (*Skąd się biorą...*, 2019). W Polsce procent medyków zatrudnionych w służbie zdrowia sięga 93% (według kodów PKD) (*Pracowity jak młody lekarz...*, 2020)¹⁰. Tym samym możemy mówić o występowaniu zjawiska rynku pracownika wśród medyków. Na przykładzie lekarzy można to zjawisko wyjaśnić występowaniem większego zapotrzebowania na osoby mogące pracować w zawodzie lekarza (popyt pracy) niż osób poszukujących pracy (podaży na pracę). W publicznej służbie zdrowia może to skutkować niedoborem personelu, szczególnie jeśli nie są spełniane postulaty związków zawodowych lub w sytuacjach nadzwyczajnych, takich jak pandemia, oraz wysokimi wymaganiami stawianymi przez lekarzy przed pracodawcami w sektorze prywatnym.

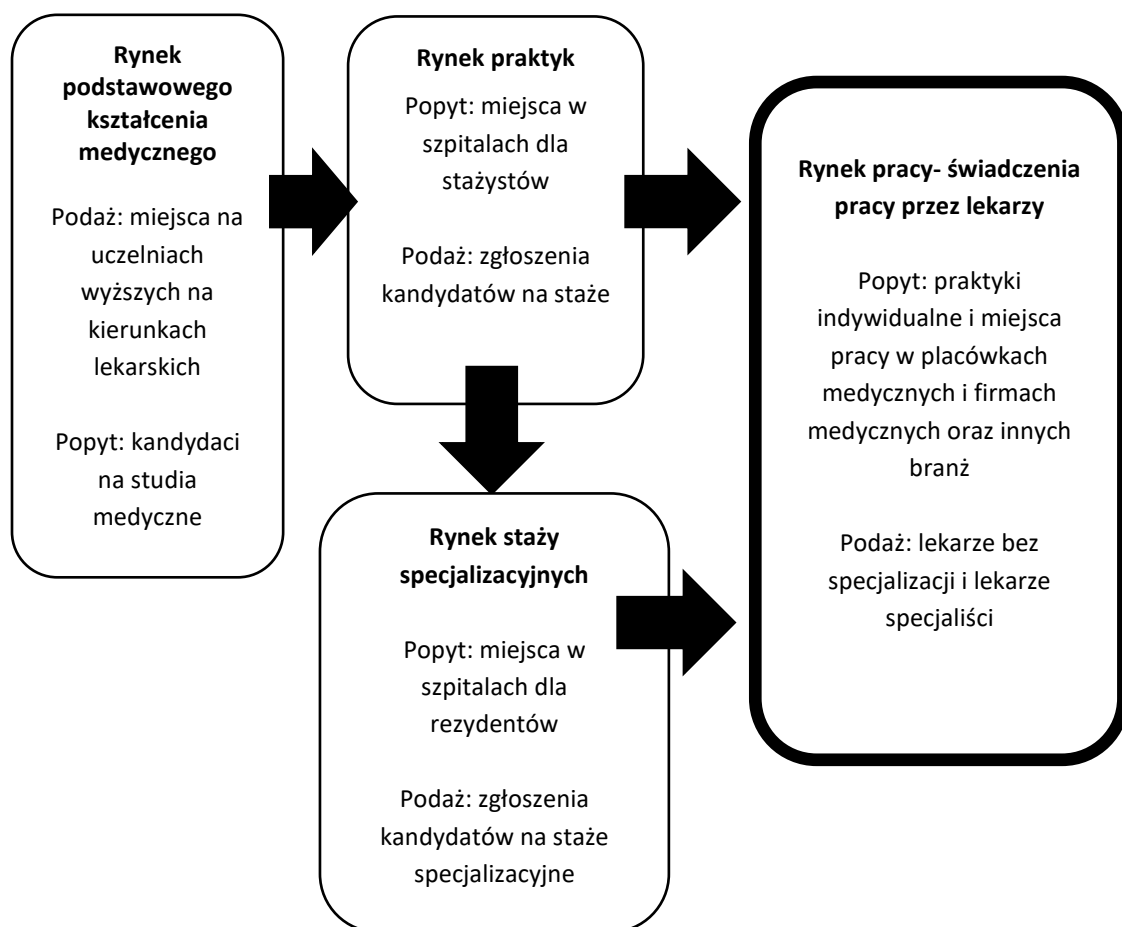
O znikomym poziomie bezrobocia świadczyć może czas poszukiwania pracy po zakończeniu studiów deklarowany przez absolwentów kierunków lekarskich poszczególnych uczelni. Średni czas dla wszystkich absolwentów wynosił około trzech dni. Najdłużej poszukiwali pracy absolwenci wydziału lekarskiego z Lublina (8,6 dnia), a najkrócej z Krakowa (0 dni) (*Ranking: Czas poszukiwania...* (2020)¹¹.

Na medycznym rynku pracy można dokonać wewnętrznego podziału według kryterium zawodu i wyróżnić rynek pracy: lekarzy, pielęgniarek i położnych, fizjoterapeutów, laborantów, farmaceutów, ratowników medycznych i tym podobnych (Holecki i Syrkiewicz-Świtła, 2007, s. 36). W dysertacji autorka skupiła się na wyborach miejsc pracy przez lekarzy i w związku z tym dalszej analizie poddany zostanie proces tworzenia podaży tylko na rynku pracy kadry lekarskiej (rysunek 3).

⁹ Badanie obejmowało 71 szpitali zrzeszonych w Polskiej Federacji Szpitali i trwało od 31.01.2019 do 26.02.2019, przeprowadzono je metodą jakościową z wykorzystaniem ankiety (10 specjalizacji lekarskich...2019).

¹⁰Rzeczywisty procent zatrudnionych w zawodzie lekarza jest większy i wynika z faktu metodologii obliczeń, która polega na wzięciu do ustalenia zatrudnienia tylko i wyłącznie kodów PKD. Należy pamiętać, aby uwzględnić fakt, iż część absolwentów wykonuje pracę w innych sektorach na przykład lekarze zakładowi (*Pracowity jak młody lekarz...*, 2020) lub koncernach farmaceutycznych (na przykład jako konsultanci) i wówczas łączny udział aktywnych zawodowo jest wyższy.

¹¹ Procent czasu, w którym przeciętny absolwent był bezrobotny w pierwszym roku po dyplomie. 100% oznacza 1 rok.



Rysunek 3. Rynki w procesie tworzenia podaży kadry lekarskiej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Golinowska, 2015, s. 274.

Tworzenie zasobów pracy rozpoczyna się na rynku kształcenia, gdzie następuje wytwarzanie zdolności do podjęcia zatrudnienia. W przypadku lekarzy okres przygotowania do świadczenia pracy składa się z nauki na uczelni oraz okresu odbycia stażu. Liczba miejsc na uczelniach jest regulowana przez państwo i wynika z planów i prognoz potrzeb zdrowotnych ludności. Kolejnym etapem doskonalenia umiejętności jest udział w rynku praktyk i stażów specjalizacyjnych. Uczestniczą w nim rezydenci i jest on również regulowany co do okresu trwania, wynagrodzenia i specjalizacji medycznej.

Podaż miejsc jest limitowana zazwyczaj ze względu na ograniczenia budżetowe państwa. Wejście na rynek zatrudnienia odbywa się dopiero po uzyskaniu odpowiedniego uprawnienia (PWZ) oraz po zdobyciu dyplomu specjalisty w przypadku lekarzy specjalistów (Golinowska, 2015, s. 273). Część absolwentów po uzyskaniu PWZ nie decyduje się na szkolenie specjalizacyjne lub nie otrzymuje miejsca rezydenckiego do odbycia szkolenia, i może

wówczas – po stażu – podjąć zatrudnienie. Lekarze na rynku zatrudnienia mogą podjąć pracę w podmiocie leczniczym, farmaceutycznym, jak i z innej branży lub też otworzyć Indywidualną praktykę lekarską. Po stronie podaży znajdują się również podmioty, które zostały omówione w rozdziale 2.2.4 przy okazji prezentacji szerokiego wyboru miejsc zatrudnienia dla lekarzy.

2.3.3. Kształcenie i praca zawodowa lekarzy

Omówienie procesu kształcenia jest bardzo ważne z punktu widzenia wybranej przez autorkę podstawy teoretycznej, ponieważ w myśl TKL ludzie inwestują czas i finanse w edukację oraz szkolenia, aby uzyskać z tego korzyści w przyszłości. Lekarze są jedną z lepiej zarabiających grup zawodowych, ale też jedną z najbardziej wykształconych i w dodatku zobowiązanych do ciągłego kształcenia się. Ustawiczne kształcenie w zawodach medycznych sięga początków kształtowania się tych zawodów i wynika z odpowiedzialności za bezpieczeństwo realizowanych świadczeń (Putz, 2004, s. 86). Bieżące uzupełnianie wiedzy przez lekarzy służy poprawie działalności i umiejętności zawodowych, tym bardziej w dobie tak szybkiego postępu technologicznego (Dobska i Rogoziński, 2008, s. 397).

Kształcenie lekarzy jest znacznie dłuższe niż w przypadku innych zawodów i jest podzielone na pewne sformalizowane etapy. W rozwoju zawodowym można wyróżnić trzy ważne zdarzenia:

- przyznanie prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego (OPWZ),
- ukończenie stażu i uzyskanie pełnego prawa wykonywania zawodu (PWZ),
- ukończenie szkolenia specjalizacyjnego.

W Polsce 12 uniwersytetów oraz 41 szpitali klinicznych posiada akredytację do realizacji medycznych studiów wyższych na kierunku lekarskim. Poza tym 10 uczelni prowadzi studia lekarsko-dentystyczne. Studia stacjonarne finansowane są z budżetu państwa, a niestacjonarne - przez studentów (których liczba może stanowić maksymalnie 30% łącznej liczby). Program studiów lekarskich realizowany jest przez 6 lat i kończy się uzyskaniem dyplomu lekarza. W 2017 roku 3 289 (w porównaniu do 2008 roku – 2 411) studentów uzyskało dyplom ukończenia kierunku lekarskiego (Baliński i Krajewski, 2018a, s. 11; GUS, 2012, s. 136). Pomimo wzrostu ilości przyjęć, stosowane limity przyjęć na kierunki medyczne nie zapewniają utrzymania obecnej liczby lekarzy, zwłaszcza gdy weźmiemy pod uwagę lukę

pokoleniową¹²(*generation gap*), czyli różnicę w strukturze wiekowej kadry lekarskiej wyrażonej w nadwyżce pracowników dojrzałych nad młodymi. Dodatkowo liczbę osób, które mogą potencjalnie zostać lekarzami, należy pomniejszyć o osoby, które rezygnują ze studiów oraz które postanawiają nie pracować w zawodzie po ich zakończeniu (Domagała, 2013, s. 155). Każdy absolwent studiów medycznych ma obowiązek odbycia stażu podyplomowego w akredytowanym szpitalu. Do 2011 r. staż ten trwał 13 miesięcy i kończył się lekarskim egzaminem państwowym (LEP), dopiero zdany egzamin uprawniał do ubiegania się o prawo do wykonywania zawodu (Dz. U. z 2008. Nr 136, poz. 857). W 2012 r. staż został włączony do programu studiów i nie funkcjonował już osobno, a w 2013 roku LEP został zastąpiony lekarskim egzaminem końcowym (LEK) i stał się warunkiem uzyskania PWZ i rozpoczęcia specjalizacji (GUS, 2012, s. 136). Podmioty mające możliwość realizacji stażów podyplomowych muszą spełnić warunki z art. 19 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2008. Nr 136, poz. 857). Zgodnie z zapisem w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia (Dz. U. 2005. Nr 158, poz. 1333 z późn. zm.), konsultant wojewódzki prowadzi politykę kadrową w zakresie poszczególnych specjalności na terenie całego województwa, a konsultant krajowy koordynuje i zabezpiecza potrzeby kadrowe w skali kraju. Z tego powodu niezbędna jest ścisła współpraca pomiędzy wszystkimi podmiotami odpowiedzialnymi i zaangażowanymi w proces planowania zasobów ludzkich w systemie zdrowia.

Prawo do wykonywania z zawodu nadawane jest przez Okręgową Radę Lekarską (ORL) osobom, które posiadają (Dz. U. z 2008. Nr 136, poz. 857, art. 5):

- obywatelstwo polskie lub innego kraju Unii Europejskiej,
- dyplom lekarza wydany przez polską szkołę wyższą lub na terenie UE,
- zdolność do czynności prawnych,
- stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza oraz
- wykazują nienaganną postawę etyczną.

Poza tym ORL przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza osobie, która złożyła z wynikiem pozytywnym LEK. Obcokrajowcy dodatkowo muszą spełnić warunek znajomości języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu lekarza. Aby odbyć staż podyplomowy i zdawać LEK, ORL przyznaje ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza na okres nie dłuższy niż 5 lat (Dz. U. z 2008r. Nr 136, art. 5). PWZ i

¹²Luka pokoleniowa jest skutkiem przesunięć w demografii społeczeństw, rezultatem starzenia się społeczeństw (co trzeci mieszkaniec Europy w 2060 roku będzie w wieku 65 i więcej lat) (<http://ec.europa.eu>).

ograniczone PWZ traci ważność w przypadku utraty obywatelstwa polskiego lub innego kraju UE, ubezwłasnowolnienia całkowitego lub częściowego lub upływu czasu na jaki zostało przyznane (tamże, art. 14). Absolwenci z PWZ mogą ubiegać się o kształcenie specjalizacyjne w wybranej przez siebie dziedzinie, a specjalizację można rozpocząć tylko w dziedzinach, w których dostępne są wolne miejsca szkoleniowe. Po zakończeniu specjalizacji można ubiegać się o kolejne tytuły zawodowe, na przykład ordynatora (należy posiadać specjalizację II stopnia lub być specjalistą w określonej dziedzinie medycyny ze stopniem doktora nauk medycznych). Po roku 1999 specjalizacje można otrzymać po 4-6,5 latach nauki, w przypadku specjalizacji podstawowych i po 2-3 dodatkowych latach specjalizację szczegółową (GUS, 2012, s. 136). Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 29 marca 2019 r. (Dz.U. 2019r. poz. 602) jest 77 specjalizacji lekarskich (załącznik nr 1). Modułów podstawowych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego jest 5 (moduł podstawowy w zakresie chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, otolaryngologii, patomorfologii oraz pediatrii), natomiast modułów jednolitych właściwych dla danego szkolenia specjalistycznego jest 29 (na przykład: anestezjologia i intensywne terapie, kardiochirurgia, okulistyka, ortopedia i traumatologia ruchu, zdrowie publiczne). Po nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zastąpiono szkolenia podstawowe i specjalistyczne systemem modułowym. Dzięki temu okres szkolenia specjalizacyjnego został skrócony i może wynosić w zależności od obszaru 4 do 7 lat zamiast 6-9,5 roku.

Lekarze są zobowiązani do kształcenia ustawicznego poprzez nabywanie nowych umiejętności i podnoszenie swoich kwalifikacji zawodowych. Zdobywanie doświadczenia zawodowego podczas specjalizacji polega na pracy „ramię w ramię” z mentorami i autorytetami w danej specjalizacji medycznej. Lekarze mogą brać udział w szkoleniach i konferencjach, za które przyznawane są punkty edukacyjne lub korzystać z samokształcenia. Lekarze mają wyznaczone minimum punktów do zdobycia w poszczególnych okresach. Brak uzyskania odpowiedniej ilości punktów może skutkować nawet utratą PWZ (GUS, 2012, s. 137). Składowymi ustawicznego doskonalenia zawodowego lekarzy są: studia podyplomowe, staż podyplomowy, specjalizacja oraz szkolenie, spotkania branżowe, konferencje naukowe, kursy dla specjalistów (kształcenie ustawiczne). Poszerzanie wiedzy oraz zdobywanie nowych doświadczeń może być jednym z powodów szukania miejsca pracy odpowiadającego kwalifikacjom. Tym samym proces ciągłego uczenia się lekarzy może mieć również wpływ na powody odejść i wyborów miejsc pracy.

Wybory lekarzy dotyczące miejsc pracy mogą być również związane z posiadaną przez nich specjalizacją. W obecnym systemie prawnym pojęcie „specjalista” różnicuje osoby posiadające tylko specjalizację I stopnia (S1S) w stosunku do osób posiadających specjalizację II stopnia (S2S)/specjalizację bezstopniową (SbS). W danych statystycznych przyjmuje się, że specjalistą jest lekarz mający co najmniej jedną specjalizację bezstopniową lub drugiego stopnia. Część lekarzy kończy tylko pierwszy stopień specjalizacji dwustopniowej i wówczas nazywani są „lekarzami posiadającymi S1S”. Liczba posiadanych specjalizacji obejmuje zazwyczaj wszystkie uzyskane rodzaje specjalizacji i jest zwykle większa od liczby osób praktykujących daną specjalizację, ponieważ część lekarzy posiada 2 lub więcej specjalizacji. W 2020 r. około 62,5 tysiąca lekarzy posiadało specjalizacje – co odpowiadało 67,7% ogółu lekarzy, a w roku 2019 specjaliści stanowili 67,1% (GUS, tab.08, 2020).

Kształcenie na studiach medycznych przygotowuje głównie do świadczenia usług lekarskich, ale wiedza medyczna może być wykorzystana również w innych miejscach pracy, na przykład przedstawionych w podrozdziale o podmiotach medycznych. Lekarze inwestują znaczną część swojego czasu na naukę i tym samym nie zawsze mogą podejmować pełnoetatową pracę w tym okresie. Aby świadczyć zarobkową pracę medyczną z pacjentem, wymagane jest PWZ, dlatego pierwszą pracę lekarze mogą podejmować na innych stanowiskach. Studenci i absolwenci kierunków lekarskich poszukiwani są na następujące posady¹³:

- Medical writer – edytuje, koryguje teksty naukowe oraz przygotowuje podsumowania, raporty i sprawozdania dostosowane stylem i treścią do odbiorców (pacjent, naukowiec, lekarz) oraz przygotowuje ostateczną wersję publikacji do wysłania do odpowiedniego czasopisma,
- Redaktor tekstów dla portali medycznych – twórca tekstów zajmuje się redakcją treści powstałych na bazie artykułów naukowych i tekstami opiniotwórczymi oraz śledzeniem działań w środowisku medycznym, które mogą być interesujące dla czytelników. Swym zasięgiem portale obejmują wiadomości ze świata medycyny, polityki z zakresu ochrony zdrowia, teksty publicystyczne lub popularnonaukowe dla pacjentów,
- Tłumacz tekstów medycznych, który pomaga w zastosowaniu odpowiedniego słownictwa w tekstach medycznych, często w tłumaczeniu badań naukowych,

¹³ Opisy stanowisk powstały na podstawie ofert pracy z portali medycznych takich jak; rankinglekarzy, znanylekarz.pl, bml.pl i rekrutacyjnych, pracuj.pl.

- Clinical monitor – sprawuje głównie pieczę nad monitorowaniem badań klinicznych, szczególnie leków, urządzeń medycznych, dbając o zgodność z prawem, z wytycznymi i protokołami, obowiązującymi w poszczególnych krajach i na kontynentach. Jego zadaniem jest dokumentowanie niepożądanych zdarzeń, odpowiednie ich gromadzenie następnie przekazywanie do analizy oraz zabezpieczenie danych. W tej pracy cenne jest doświadczenie przedstawiciela medycznego oraz z działalności naukowej w okresie studiów,
- Przedstawiciel medyczny – doradza lekarzom, przedstawia nowości rynku farmaceutycznego oraz warunki refundacji leków. Zachęca do stosowania preparatów. Czasem bierze udział w prezentacjach, na przykład w czasie konferencji naukowych.

W Polsce lekarze mogą świadczyć pracę zawodową na podstawie różnych form prawnych i w różnych podmiotach. Jedną z tych form jest indywidualna (specjalistyczna) praktyka lekarska, w ramach której lekarz może działać gdy, uzyska wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich oraz spełniać wszystkie następujące warunki (Dz.U. 2008r. Nr 136, art. 50):

- posiadać PWZ,
- nie być zawieszonym w PWZ ani ograniczonym PWZ,
- nie być ukaranym karą zawieszenia PWZ,
- nie być pozbawionym uprawnień PWZ przez sąd,
- powinien mieć do dyspozycji odpowiednio wyposażone pomieszczenie wraz z opinią państwowego powiatowego inspektora sanitarnego oraz
- powinien posiadać wpis do ewidencji działalności gospodarczej.

Lekarz świadczący usługi w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej powinien dodatkowo posiadać specjalizację w dziedzinie/dyscyplinie medycyny odpowiednią do zakresu oferowanych świadczeń (Dz.U. 2011r. Nr 112, poz. 654). Prowadząc działalność gospodarczą lekarz ma swobodę gospodarczą i może świadczyć te same usługi w różnych cenach oraz zawierać umowy o współpracy z różnymi podmiotami medycznymi (na przykład przychodnie, firmy farmaceutyczne czy ubezpieczeniowe).

Posiadanie działalności gospodarczej jest niekiedy niezbędne do pracy kontraktowej w placówkach medycznych, wówczas obie strony występują jako równorzędni partnerzy, a ich współpraca oparta jest na umowie cywilnoprawnej lub na innej umowie podlegającej kodeksowi cywilnemu, przepisom o zobowiązaniach i umowach nienazwanych (Kijak, 2005). Kontrakty mogą być całościowe lub dotyczyć tylko pełnienia dyżurów (Kijak, 2004) oraz

„gotowości pod telefonem” (Dyrektywa 203/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady, 2003, s. 9). Niektórzy medycy funkcjonują w formie przedsiębiorstw i rozliczają się z NFZ za wykonane usługi dla pacjentów lub na podstawie ilości przynależnych pacjentów (*Podstawowa opieka zdrowotna...* b.d.). Ta forma zwana jest kontraktem z NFZ. W poradniach, szpitalach i innych podmiotach lekarze mogą być zatrudnieni również na podstawie umowy o pracę i umowy cywilnoprawnej. Obowiązuje ich wówczas warunek posiadania PWZ oraz dodatkowo, w przypadku umowy o pracę, zdolność do świadczenia pracy, wydawana przez lekarza specjalistę medycyny pracy (art. 229 KP). Zapotrzebowanie na zawieranie współpracy z lekarzami w formie umów cywilnoprawnych wynika z mniejszych regulacji czasu pracy lekarzy oraz przekształcania szpitali w spółki kapitałowe, aby poprawić ich kondycję finansową¹⁴. Znaczna część lekarzy jest przedsiębiorcami lub wspólnikami prowadzącymi firmę medyczną. Ich dochody pochodzą głównie z usług wykonywanych prywatnie i opłacanych bezpośrednio przez pacjentów (Getzen, 2000, s. 131).

Źródła dochodów lekarzy zatem mogą być różne. W Polsce wynagrodzenie rezydenta jest regulowana prawnie. W okresie od 1 stycznia do 30 czerwca 2020 roku wynagrodzenie rezydentów wynosiło średnio 2600 zł brutto, a od 1 lipca 2020 r. - od 4299 zł do 5300 zł brutto (Dz.U. 2020, poz. 1134). Wysokość ta jest od specjalizacji oraz stopnia zaawansowania realizacji rezydentury. Jak wynika z raportu Sedlak&Sedlak, średnia pensja lekarza w 2020 r. wynosiła około 5500 zł brutto (*Ile zarabia lekarz*, 2021), a jej wysokość zależała od specjalizacji, ilości dodatkowych dyżurów oraz stażu pracy. Z raportu Strefy Biznesu wynika natomiast, że w tym samym okresie lekarz pracujący na podstawie umowy o pracę zarabia około 6000 zł brutto. W poszczególnych latach stażu pracy średnie uposażenie kształtowało się następująco: w pierwszym roku 3535 zł brutto, w drugim i trzecim roku pracy 4880 zł, w szóstym - ósmym – 6847 zł, w dziewiątym i dziesiątym roku - 6000 zł brutto. Lekarz pracujący powyżej 10 lat zarabiał 8515 zł brutto, a po 16 latach pracy - 7500 zł brutto. Najwyższe zarobki wykazywali lekarze w województwach: mazowieckim (6918 zł brutto), lubelskim (6900 zł brutto), małopolskim (6500 zł brutto) i śląskim (6363 zł brutto) (*Raport płacowy*, 2021). Pensja lekarza składała się z podstawowego wynagrodzenia oraz dodatków, które stanowiły od 5 do 20% ich sumy. W roku 2020 lekarze czynnie biorący udział w zwalczaniu

¹⁴ Szczegółowe omówienie elementów umów zawiera poradnik prawny opracowany w ramach współpracy Kingi Krzyżewskiej-Kubackiej z Komisją ds. zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentyistów działającej przy OIL w Warszawie (*Prawny poradnik lekarza...* (2018).

pandemii COVID-19 otrzymywali dodatki finansowe, których wysokość zmieniała się i w określonych placówkach i okresach (Dz. U. 2020, poz. 1493).

Od 2022 roku obowiązuje nowa ustawa (Dz. U. 2022 poz. 1352), z której wynika sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego lekarzy. Kwota minimalna to iloczyn kwoty bazowej i wskaźnika pracy¹⁵. Najniższa kwota wynagrodzenia od lipca 2023 r wyniesie 6028,84 zł (stażysta), od 7 551,92 zł do 8 080,55 zł (rezydent), 7 551,92 zł (lekarz bez specjalizacji) i 9 201,92 (lekarz specjalista). Z raportu Sedlak&Sedlak¹⁶ (wynagrodzenia.pl) wynika, że styczniu 2023 r. lekarze najczęściej deklarowali średnie wynagrodzenie na poziomie 7930 zł brutto (od 6150 do 11760 zł). Wysokość ich wynagrodzenia zależała od stażu pracy, wykształcenia, wielkości firmy w której pracowali i województwa.

W sferze prywatnej natomiast wynagrodzenie zazwyczaj zależy od wysokości procentowej części za wizytę (Czyżycki i in., 2023). A ich wysokość lekarze mogą regulować zwiększeniem owego procentu, opłatą minimalną za wizytę, zmniejszeniem opłat czynszowych, zwiększeniem ilości pacjentów lub regulacją czasu poświęconego na wizytę (Shenk, 2021).

W Stanach Zjednoczonych lekarze uznawani są za najlepiej wykształconą, najbardziej szanowaną oraz najlepiej zarabiającą grupą zawodową. W 1994 r. zarabiali sześciokrotnie więcej niż średnia płaca wszystkich pracujących. Przyczyną tak wysokich wynagrodzeń jest przygotowanie zawodowe, lata szkolenia po dyplomie oraz znacznie dłuższy czas pracy. Lekarze pracują również jednocześnie jako menedżerowie swoich praktyk lekarskich. Nie grozi im również nigdy bezrobocie. Zarobki różnych specjalistów różnią się między sobą – najmniej zarabiali lekarze ogólni i rodzinni, a najwięcej chirurdzy, radiolodzy i anestezjolodzy (Getzen, 2000, s. 138-139).

Wysokość wynagrodzenia lekarzy wykazuje tendencję wzrostową wraz ze stażem pracy, co związane jest również z obowiązkiem ustawicznego kształcenia się lekarzy. Z punktu widzenia TKL wynagrodzenie rekompensuje czas poświęcany na zdobycie długoletniego wykształcenia oraz systematycznego udziału w szkoleniach.

¹⁵Przykład: Wysokość wskaźników od lipca 2023 wynosić będzie: 0,95 stażyści; 1,0 dla lekarza rezydenta specjalizacji nie deficytowej na pierwszych dwóch latach; 1,03 dla rezydentów specjalizacji nie deficytowych po dwóch latach; 1,05 dla lekarzy rezydentów specjalizacji deficytowych na pierwszych dwóch latach rezydentury; 1,07 dla rezydentów specjalizacji deficytowych po dwóch latach; 1,19 lekarz bez specjalizacji oraz 1,45 dla lekarzy specjalistów. Kwota bazowa jest wysokością przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzednim (dla 2022 r. kwota bazowa wynosiła 6346,15 zł).

¹⁶ Próbę stanowiło 191 lekarzy w tym 103 kobiety i 88 mężczyzn (www.wynagrodzenia.pl)

Z usług rynku medycznego korzysta niemal każdy człowiek, ponieważ usługi zdrowotne towarzyszą nam od urodzenia aż do śmierci. Jest to jeden z nielicznych rynków, w którym uczestniczy każdy obywatel i ma zapewnione prawa do korzystania z jego usług. Rynek ten podlega ścisłym i licznym regulacjom prawnym, tym samym występuje na nim ograniczona możliwość funkcjonowania czystego mechanizmu rynkowego. Ograniczenia stosowania alokacji rynkowej w świadczeniach zdrowotnych wynikają przede wszystkim z cech zdrowia, którego posiadaniu oraz poprawie służą produkty i usługi medyczne dostarczane przez producentów oraz ze skomplikowanej natury świadczeń medycznych i występującej w nich asymetrii informacji pomiędzy lekarzem i pacjentem. Korzystając z mechanizmu rynkowego nie można też dokonać alokacji zdrowia jako takiego, ponieważ nie da się go ani kupić/nabyć, ani też sprzedać czy podzielić. Zdrowie jednostek można jedynie poprawić lub spowolnić jego pogarszanie (Sowada, 2015, s. 94-95). Aby wejść na lekarski rynek pracy, niezbędne jest posiadanie pewnych uprawnień (PWZ), a wysokości kontraktów w NFZ oraz wynagrodzenia lekarzy w publicznej służbie zdrowia regulowane są przepisami prawnymi. Dominacja firm medycznych nie nastawionych na zysk oraz działalność państwa są również ważnymi czynnikami odpowiedzialnymi za sztywność tego rynku pracy (Getzen, 2000, s. 459).

Rynek pracy lekarzy związany jest z procesem kształcenia kadr medycznych i analizując efektywność ekonomiczną procesu przygotowania lekarzy do pracy, ma gwarantować wysoką jakość świadczonych usług (Suchecka, 2016, s. 77). Długi okres zdobywania wykształcenia przez lekarzy oraz obowiązek kształcenia ustawicznego, nie tylko zachęca, ale niemalże wymusza rozpoczęcie spłaty tej inwestycji już w czasie studiów poprzez podejmowanie płatnej pracy. Lekarze zatrudnieni są na podstawie różnych form prawnych: umów o pracę, na podstawie kontraktu, w oparciu o umowę o współpracę lub zlecenie (Dz. U. 2011r. Nr 112, poz. 654). Elementem charakterystycznym świadczenia usług medycznych jest fakt posiadania więcej niż jednego miejsca pracy przez lekarza, co wiąże się z podejmowaniem przez niego indywidualnej decyzji o ich wyborze. Prowadzą też niekiedy działalność gospodarczą w celu podnajęcia powierzchni do prowadzenia praktyki. Część lekarzy decyduje się również na stworzenie miejsca pracy w wydzielonej części domu, w którym mieszka z rodziną (Bukowska-Piastrzyńska, 2014, s. 8-14). Opuszczenie rynku pracy przez lekarzy związane jest zazwyczaj z zaprzestaniem wykonywania zawodu (Golinowska,

2008, s. 1), choć część medyków staje się pewnego rodzaju „repracownikami” i mimo spełnienia warunków emerytalnych nadal są aktywni zawodowo.

Teoretyczne rozważania powyższego rozdziału służą nakreśleniu tła i przygotowaniu do przeglądu istniejących badań naukowych dotyczących miejsc pracy lekarzy oraz następnie zidentyfikowaniu czynników wpływających na ich wybory.

Rozdział 3. Uwarunkowania wyboru miejsca pracy przez lekarzy w świetle dotychczasowych badań

Analiza dotychczas przeprowadzonych badań z udziałem lekarzy w odniesiu do powodów wyborów i opuszczania miejsc pracy determinowana jest identyfikacją czynników istotnych dla tej grupy zawodowej. Celem owej identyfikacji jest podstawa do stworzenia narzędzia badawczego oraz przeprowadzenie badania empirycznego - z wykorzystaniem teorii ekonomicznych - wśród lekarzy w Polsce. W podrozdziale 3.1. zostanie przedstawiony proces i metody wyszukiwania artykułów, następnie ich analiza oraz wyniki przeglądu badań. W podrozdziale 3.2. zaprezentowany zostanie przegląd badań z udziałem polskich lekarzy, a w podsumowaniu przedstawiony zostanie związek zidentyfikowanych czynników z wybranymi teoriami stanowiącymi podstawę teoretyczną dysertacji.

3.1. Proces i metody wyszukiwania artykułów

Analiza literatury została przeprowadzona poprzez systematyczny przegląd badań dotyczących medycznego rynku pracy – ich treści i metod – i była przeprowadzona w latach 2018-2020. W pierwszej kolejności autorka dokonała przeglądu badań z zakresu ekonomii zdrowia oraz badań dotyczących wyboru miejsca pracy przez lekarzy w Polsce. Następnie po zidentyfikowaniu luki badawczej, dokonany został przegląd badań światowych, który obejmował artykuły znajdujące się w 8 bazach danych: EBSCOhost (wszystkie bazy), Ibuk LIBRA, ProQuest, PubMed, EMBASE, World Bank database, Światowe Obserwatorium Zdrowia WHO oraz GoogleScholar. Używano następujących haseł (w tytułach i słowach kluczowych)– ich liczby pojedynczej i mnogiej do wyszukiwania badań: lekarz (*physician, doctor, medical*), lekarz specjalista (*medical specialist*), medyczny sektor publiczny (*medical public sector*), prywatny sektor medyczny (*medical privat sector*), retencja lekarzy (*retention of doctors*), miejsce pracy (*workplace*), wybory miejsca pracy (*workplace choices*), medyczny rynek pracy (*medical labor market*), rynek pracy lekarzy (*doctors' labor market*), migracje lekarzy (*physicians migration*) oraz zdrowie publiczne (*public health*) i opieka medyczna (*medical care*), wynagrodzenia lekarzy (*doctors' salaries*), odejścia lekarzy (*doctors' leaving work*), czynniki przyciągające i wypychające (*attracting and pushing factors*), migracje zarobkowe lekarzy (*labor migrations of doctors*), teoria push pull (*push pull theory*), czynniki push pull (*push pull factors*), teoria kapitału ludzkiego (*human capital theory*), rozwój

zawodowy lekarzy (*professional development of doctors*), autonomia lekarzy (*the autonomy of doctors*), czas pracy lekarzy (*working time of doctors*), obciążenie pracą lekarzy (*workload of doctors*), warunki pracy lekarzy (*working conditions of doctors*) oraz bezpieczeństwo w pracy lekarza (*doctor's work safety*). Na podstawie zidentyfikowanych czynników w przeglądzie światowym autorka dokonała ponownie przeglądu polskich badań wykonany przez/dla NIL, Ministerstwa Zdrowia i Polskiej Akademii Nauk, a ich wyniki zaprezentowane zostaną w kolejnym podrozdziale.

3.2. Analiza badań

Przy wyborze badań do analizy kierowano się kryteriami występowania czynników wyboru miejsca pracy oraz sektora pracy, a ponadto wskazywaniem powodów odejścia z miejsca pracy i sektora, w którym znajdowało się miejsce pracy opuszczane przez lekarzy. Przy wyborze badań brano pod uwagę jedynie zawód lekarza, lekarza dentystry oraz studentów medycyny (w przypadku wyboru pierwszego miejsca pracy). Nie brano pod uwagę badań lekarzy weterynarii i innych zawodów medycznych. Analizie poddano badania jakościowe, ilościowe i przeprowadzone metodą mieszaną oraz dostępne tylko w pełnej treści. Brano pod uwagę również dodatkowo pozycje z bibliografii artykułów wyszukanych w bazach. W ten sposób pozyskano nowe pozycje (około 20). Wykluczone zostały również artykuły, książki i ich recenzje w języku innym niż angielski, niemiecki lub polski oraz napisane przed 1980 r.

Po wstępnej analizie streszczeń i wstępów wybrano 245 pozycji do dalszej analizy i klasyfikacji. Skorzystano również z dostępnego przeglądu badań dotyczącego czynników wpływających na pozostanie lekarzy w sektorze publicznym, odejścia do sektora prywatnego oraz interwencje polityczne w celu rozwiązania problemu niedoboru kadr medycznych w państwowej służbie zdrowia (Koussa i in., 2016). Przegląd ten został pozyskany w wyniku przeglądu bibliografii innych artykułów. Następnie po pogłębionej analizie wstępów pozostało 60 artykułów, a po przestudiowaniu pełnego tekstu uwzględniono **22 prace** naukowe. Badania dotyczyły głównie krajów Afryki (RPA, Uganda, Republika Zielonego Przylądka, Gwinea Bissau, Mozambik, Gwinea), Europy (Wielka Brytania, Norwegia, Finlandia, Polska, Holandia), Azji (Pakistan, Malezja, Wietnam, Bangladesz, Izrael), Ameryki Północnej (Stany Zjednoczone, Kanada) oraz Australii i Oceanii (Nowa Zelandia).

W podsumowaniu wyników przeglądu wykluczono czynniki niewystępujące w Polsce, takie jak brak dostępu do leków, brak środków ochrony osobistej, brak stałego dostępu do bieżącej wody lub prądu w placówce medycznej, konieczność zakupu własnego sprzętu do wykonywania złożonych procedur medycznych, pracy zależnej politycznie oraz zagrożenia atakiem zbrojnym i obecność wojska w miejscu pracy, a także rasizm i prześladowania religijne.

3.3. Wyniki przeglądu badań

Charakterystyka badań skupiała się na wyodrębnieniu czynników mających wpływ na osiągnięcie wyższego dochodu lub skrócenie okresu zwrotu z inwestycji w proces nauki i szkolenia oraz czynnikach przyciągających (pull) i wypychających (push) z miejsca pracy. Ostatecznie zidentyfikowano 15 głównych czynników, które miały wpływ na wybór miejsca pracy (tabela 2). Każde badanie może obejmować więcej niż jeden czynnik przyciągający (pull) i/lub wypychający (push).

W większości wyników badań wskazywano znaczenie **zachęt finansowych**: wynagrodzenie zasadnicze oraz dodatkowe składniki finansowe (n = 16, niemal 73%) jako zasadniczy powód wyboru lub opuszczenia miejsca pracy (szczególnie z sektora publicznego) (Ashmore, 2003; Luboga i in., 2011; Malik i in., 2010). Czynnikiem samego wynagrodzenia zasadniczego zidentyfikowany został w niemal 54% (n = 13) publikacji. Dodatkowe świadczenia finansowe, takie jak płatne dyżury, urlopy szkoleniowe czy premie były również bardzo ważne. W części publikacji wskazywano oba te czynniki jednocześnie (Malik i in., 2010), a w części tylko jeden z nich (Straus i in., 2006). Czynnikiem wynagrodzenia był wskazywany jako istotny w wyborach miejsc pracy w przeglądach badań nad pracą lekarzy w sektorze prywatnym oraz w publiczno- prywatnym. Wskazania pojawiły się również wśród lekarzy z krajów, w których zakazana jest praca jednocześnie w sektorze publicznym i prywatnym. (Ferrinho i in., 2004). Mimo, iż lekarze są uznawani za jedną z najwyższej zarabiających grup zawodowych (Getzten, 2000, s. 138-139), to czas poświęcony na uzyskanie wiedzy i doświadczenia, rozpoczęcie pracy zawodowej później niż w przypadku innych zawodów oraz konieczność ustawicznego uczenia się, powoduje, że lekarze oczekują wysokich zarobków i tym samym podejmują pracę w sektorze prywatnym.

Drugim czynnikiem co do częstotliwości wskazywania jest **rozwój zawodowy**, który obejmował możliwość udziału w stażach, szkoleniach, pracy u boku autorytetu czy mentora. W ponad połowie (59%, n = 13) wyników badań możliwość rozwoju motywowała do wyboru określonego miejsca pracy i miała charakter przyciągający. W zawód lekarza wpisane jest kształcenie ustawiczne, więc możliwość realizacji oraz poznania bieżących trendów, nowości, metod diagnozowania oraz leczenia są niezbędne do efektywnego i etycznego świadczenia pracy. Możliwość pracy u boku innowatorów czy wybitnych specjalistów, tworzy szansę na pozyskanie mentora w tych osobistościach oraz uzyskiwanie informacji zwrotnych na temat swoich umiejętności i również jest traktowana jako czynnik motywujący do wyboru miejsca, w którym taka możliwość istnieje.

Zarówno nauka w kraju, jak i za granicą jest dla lekarza szansą na poszerzenie posiadanej wiedzy oraz pozyskanie doświadczenia, które może skłonić go do dalszej kariery zawodowej. W Republice Południowej Afryki i Nowej Zelandii, gdzie działają szpitale centralne jako publiczne instytucje naukowe, lekarze wskazywali możliwości rozwoju szczególnie w sektorze publicznym. Młodszy stażem lekarze dzięki temu mieli możliwość bezpłatnego **prowadzenia badań naukowych** (n=4, 18%) i tym samym korzystania z infrastruktury i obiektów akademickich oraz możliwości uczenia się w czasie pracy. Równoczesne bycie studentem studiów doktoranckich i rezydentem zatrudnionym w tej samej klinice jest szansą na prowadzenie badań w tym samym czasie, gdy realizuje się szkolenie. Jednocześnie to w sektorze prywatnym lekarze wskazywali na większe możliwości zaoferowania swojego doświadczenia oraz wiedzy pacjentom i pracodawcy. Tym samym rozwój teoretyczny i nabywanie umiejętności praktycznych odbywały się w szpitalach państwowych, ale możliwość wykorzystania ich był dopiero podczas pracy w sektorze prywatnym (Ashmore, 2003; Ashton i Gilson, 2015). W Ugandzie tylko 25% badanych otrzymało propozycję możliwości rozwoju w sektorze publicznym, a aż 60% uznało dostęp do szkolnictwa wyższego i szkoleń za ważny i jednocześnie bardzo utrudniony. Badani zgłaszali brak możliwości rozwoju zawodowego i naukowego, stagnację oraz brak dostępu do wyników najnowszych badań i postępów medycyny. Powód ten stał się dla nich decydujący przy rezygnacji z miejsca pracy w sektorze publicznym lub zachęcał do pracy w obu sektorach (Luboga i in., 2011; Malik i in., 2010). W czterech badaniach lekarze traktowali możliwość prowadzenia badań w miejscu pracy za całkiem odrębny czynnik przemawiający za wyborem danego miejsca pracy (Ashore, 2013; Straus i in., 2006). Czynnik ten zazwyczaj był charakteryzowany

jako przyciągający do nowego miejsca pracy, lecz nie wolno zapominać, że brak możliwości rozwoju i prowadzenia badań mógł występować również jako czynnik wypychający.

Tabela 2. Zestawienie badań uwzględniających czynniki przyciągające i wypychające brane pod uwagę przy wyborze miejsca pracy przez lekarzy

Czynnik	Rodzaj oddziaływania przyciągający/ wypychający	Odsyłacz	Kraj, w którym przeprowadzono badanie
Wysokość wynagrodzenia zasadniczego	przyciągający	Ashmore, (2003)	RPA
	przyciągający	Malik i in., (2010)	Pakistan
	przyciągający	Andreassen i in., (2012)	Norwegia
	przyciągający	Mano-Negrin i Kirschenbaum, (1999)	Izrael
	przyciągający	Willis-Shattuck i in., (2008)	Kraje rozwijające się
	przyciągający	Luboga i in., (2011)	Uganda
	przyciągający/ wypychający	Russo i in., (2013)	Wyspy Zielonego Przylądka, Gwinea Bissau, Mozambik
	przyciągający	McPake i in., (2012)	Wyspy Zielonego Przylądka, Gwinea Bissau, Mozambik
	przyciągający	Lönnroth i in., (1998)	Wietnam
	przyciągający	Midttun, (2006)	Norwegia
	przyciągający	Berhan, (2008)	Etiopia
	przyciągający	Ashmore i Gilson, (2015)	Kraje Afryki Południowej
	przyciągający	Ferrinho i in., (2004)	Przegląd z ponad 50 krajów
Dodatkowe świadczania finansowe np. premie, dodatkowe płatne dyżury	przyciągający	Straus i in., (2006)	Wielka Brytania
	przyciągający	Azizzadeh i in., (2003)	USA
	przyciągający	Ashmore, (2003)	RPA
	przyciągający	Malik i in., (2010)	Pakistan
	przyciągający	McPake i in., (2012)	Wyspy Zielonego Przylądka, Gwinea Bissau, Mozambik
	przyciągający	Midttun, (2006)	Norwegia
	przyciągający	Ashmore i Gilson, (2015)	RPA
	przyciągający	Ashton i in., (2013)	Nowa Zelandia
Rozwój zawodowy np. staże, szkolenia, praca z autorytetami, mentor	przyciągający	Straus i in., (2006)	Wielka Brytania
	przyciągający	Spooner i in., (2017)	Wielka Brytania
	przyciągający	Azizzadeh i in., (2003)	USA
	przyciągający	Ashmore, (2003)	RPA
	przyciągający/ wypychający	Luboga, i in., (2011)	Uganda
	przyciągający	Mano-Negrin i Kirschenbaum (1999)	Izrael
	przyciągający	Willis-Shattuck, i in., (2008)	Kraje rozwijające się
	przyciągający	Ashton i in., (2013)	Nowa Zelandia
	przyciągający	Berhan, (2008)	Etiopia
	przyciągający	Ashmore i Gilson, (2015)	RPA
	przyciągający	Malik i in., (2010)	Pakistan
Możliwość prowadzenia	przyciągający	Gruen i in., (2002)	Bangladesz
	przyciągający	Straus i in., (2006)	Wielka Brytania
	przyciągający	Azizzadeh i in., (2003)	USA

badań naukowych w miejscu pracy	przyciągający	Ashmore, (2003)	RPA
	przyciągający	Ashmore i Gilson, (2015)	RPA
Stanowisko o znacznej autonomii w prowadzeniu leczenia	przyciągający	Straus i in., (2006)	Wielka Brytania
	przyciągający	Malik i in. (2010)	Pakistan
	przyciągający	Russo i in., (2013)	Wyspy Zielonego Przylądka, Gwinea Bissau, Mozambik
	przyciągający	Ashton i in., (2013)	Nowa Zelandia
	przyciągający	Midttun (2006)	Norwegia
Możliwość doboru asysty do wykonywania procedur medycznych	przyciągający	Ashmore i Gilson (2015)	RPA
	przyciągający	Luboga i in., (2011)	Uganda
	przyciągający	Straus i in., (2006)	Wielka Brytania
	przyciągający	Malik i in., (2010)	Pakistan
Praca na kierowniczym stanowisku	przyciągający	Ashmore i Gilson, (2015)	RPA
	przyciągający	Ashmore, (2003)	RPA
	przyciągający	Straus i in., (2006)	Wielka Brytania
Wpływ na ustalanie własnych godzin pracy	przyciągający	Ashmore i Gilson, (2015)	RPA
	przyciągający	Russo i in., (2013)	Wyspy Zielonego Przylądka, Gwinea Bissau, Mozambik
	przyciągający	Malik i in., (2010)	Pakistan
Proponowana tygodniowa liczba godzin pracy	przyciągający	Azizzadeh i in., (2003)	USA
	przyciągający/ wypychający	Malik i in., (2010)	Pakistan
	przyciągający	Andreassen i in., (2012)	Norwegia
	przyciągający	Heiliger i Hingstman, (2000)	Holandia
	przyciągający/ wypychający	Russo i in., (2013)	Wyspy Zielonego Przylądka, Gwinea Bissau, Mozambik
Oferowany zakres obowiązków (obciążenie pracą)	przyciągający / wypychający	Leduc i in., (2011)	Kanada
	przyciągający/ wypychający	Luboga i in., (2011)	Uganda
	przyciągający/ wypychający	Malik i in., (2010)	Pakistan
	przyciągający	Russo i in., (2013)	Wyspy Zielonego Przylądka, Gwinea Bissau, Mozambik
	przyciągający/ wypychający	Ashton i in., (2013)	Nowa Zelandia
	przyciągający/ wypychający	Ashmore i Gilson, (2015)	RPA
Lokalizacja miejsca pracy	przyciągający/ wypychający	Ashmore i Gilson, (2015)	RPA
	przyciągający/ wypychający	Luboga i in., (2011)	Uganda
	bd.**	Russo i in., (2013)	Wyspy Zielonego Przylądka, Gwinea Bissau, Mozambik
	przyciągający	Gruen i in., (2002)	Bangladesz
Opinie innych lekarzy pracujących w danej placówce	przyciągający	Midttun, (2006)	Norwegia
	przyciągający	Spooner i in., (2017)	Wielka Brytania
	przyciągający	Ashmore, (2003)	RPA
Prestiż miejsca	przyciągający	Azizzadeh i in., (2003)	USA

pracy	przyciągający	Straus i in., (2006)	Wielka Brytania
Możliwość łączenia pracy zawodowej z życiem prywatnym	przyciągający	Spooner i in., (2017)	Wielka Brytania
	przyciągający	Straus i in., (2006)	Wielka Brytania
	przyciągający	Azizzadeh i in., (2003)	USA
	przyciągający	Malik i in. (2010)	Pakistan
	przyciągający	Ashmore i Gilson, (2015)	RPA
Bezpieczne i higieniczne warunki pracy	bd.**	Cook i in., (2020)	Wielka Brytania
	przyciągający/ wypychający	Luboga i in., (2011)	Uganda
	przyciągający/ wypychający	Gruen i in., (2002)	Bangladesz
	przyciągający/ wypychający	Malik i in., (2010)	Pakistan
	wypychający	Mano-Negrin i Kirschenbaum, (1999)	Izrael

UWAGI: *rok w przypisie dotyczy roku badania, a jeśli nie został podany w artykule, to podano w tabeli rok publikacji, bd** oznacza, że czynnik pojawił się w badaniu lecz nie został oceniony ani jako przyciągający ani jako wypychający ani jako obojętny.

Źródło: opracowanie własne na podstawie publikacji przytoczonych w tabeli

Autonomia w podejmowaniu decyzji o leczeniu oraz swoboda doboru metod diagnozowania wykazana została w części badań (n = 7, 32%). Elastyczność oraz możliwość stosowania własnych pomysłów w procedurach i procesie leczenia okazały się bardzo istotne dla medyków. Czynnik ten miał znaczenie również przy wyborze sektora, w którym chciał pracować lekarz. Respondenci wskazywali, że autonomię i swobodę zapewnia im praca w prywatnych placówkach, w których byli mniej ograniczani i nie narzucano im metod oraz sposobu prowadzenia terapii (Russo i in., 2013; Malik i in., 2010; Midttun, 2006). Czynnik ten uzyskał jednoznaczne wskazania jako przyciągający do nowego miejsca pracy.

W trzech badaniach bardzo ważną rolę odgrywała **możliwość doboru asysty** do wykonywania procedur medycznych (Straus i in., 2006; Malik i in., 2010). Czynnik ten różnił się od poprzedniego (autonomii), ponieważ dotyczył tylko i wyłącznie doboru personelu medycznego i nie obejmował możliwości samodzielnego decydowania o sposobie leczenia. Swoboda w doborze asysty była szczególnie ważna dla lekarzy świadczących pracę w sektorze publicznym, którzy wykazywali wysoki poziom frustracji „sztywnymi przepisami i zasadami”, a którzy chcieli pracować na własnych warunkach. W związku z tym, powyższy czynnik wskazywany był jako zachęcający do wyboru miejsca pracy w sektorze prywatnym jak i zachęcający do odejścia z sektora publicznego (Ashmore i Gilson, 2015). Ograniczenia wynikające ze zbyt małej liczby personelu medycznego – szczególnie lekarzy – były

wskazywane jako źródło trudności w doborze asysty (Ashore i Gilson, 2015; Luboga, i in., 2011).

Powyżej omówiona autonomia w metodach diagnozowania, prowadzeniu leczenia i doborze asysty do wykonywania procedur medycznych w znacznym stopniu była wykazywana również przez lekarzy, dla których ważna była praca na **stanowisku kierowniczym** (n=3, 14%). Jednakże te czynniki były rozpatrywane oddzielnie i wskazywane niezależnie, ponieważ autonomia w leczeniu czy możliwość doboru asysty, nie są związane tylko i wyłącznie ze stanowiskiem kierowniczym. Z jednej strony stanowisko kierownicze może umożliwiać lub ułatwiać dobór asysty czy autonomię w leczeniu, lecz wiąże się ono ze zwiększoną liczbą obowiązków i obciążeniem pracą. Interwencja w przypadku braków kadrowych należy głównie do kierowników - tym samym mogą mieć oni wpływ na wielkość zatrudnienia - lecz nie jest to jedyny czynnik wpływający na możliwość doboru asysty. Tylko w jednej tylko publikacji badani wskazali pracę na stanowisku kierowniczym jako czynnik istotny, nie odnosząc się bezpośrednio również do autonomii (Ashore, 2003). We wszystkich wynikach badań omawiany czynnik zachęcał do wyboru miejsca pracy.

Dla lekarzy na różnych stanowiskach, nie tylko kierowniczych, ważny był oferowany **zakres obowiązków** i związane z nim **obciążenie pracą** (n=6, 28%). Część badanych wskazywała na przykład na zbyt duże obciążenie pracą umysłową (Ashton i in., 2013), przeciążenie ogólne obowiązkami oraz monotonię zajęć zawodowych (Luboga i in., 2011; Malik i in., 2010). Wśród badań objętych przeglądem, aż w 6 była mowa o istotności oferowanego zakresu obowiązków i obciążenia nimi. Liczba zadań i pracowników wpływa na możliwość wykonania obowiązków w czasie pracy oraz konieczność poświęcenia czasu wolnego służbie. W Pakistanie lekarze zwracali szczególnie uwagę na długie godziny pracy oraz duże obciążenie obowiązkami jako znaczące demotyvatory w służby publicznej, a zarazem czynniki mające wpływ na wybór innych miejsc pracy (Malik i in., 2010). Do podstawowych obowiązków pracy w szpitalach i przychodniach wlicza się dodatkowe dyżury, przez które obciążenie pracą znacznie się zwiększa. Oferowany zakres obowiązków i obciążenie pracą wskazywane było znacznie częściej jako czynnik zachęcający do odejścia z pracy niż podjęcia jej w nowym miejscu. Tylko w jednej publikacji respondenci wskazywali, że ten czynnik zachęcał ich do wyboru nowego miejsca pracy i dotyczył wyłącznie sektora prywatnego (Russo i in., 2013). Podczas przeglądu badań autorka zidentyfikowała kwestię obciążenia psychicznego w innych jeszcze aspektach, mianowicie w kwestii podejmowania

przez lekarzy decyzji o racjonalnym wykorzystaniu posiadanych zasobów medycznych w czasie ich bardzo niskiej dostępności lub jej braku (na przykład leki, sprzęt do diagnozowania i ratowania życia oraz do badań laboratoryjnych i diagnostycznych). Problemy te zgłaszane były szczególnie przez lekarzy pracujących w krajach o bardzo niskich dochodach i dużym wskaźniku ubóstwa, na przykład Etiopia, w której od 50 do 92% lekarzy zadeklarowało, że w ciągu 2 lat poprzedzających badanie musiało zrezygnować z podjęcia niezbędnego dla pacjenta leczenia z powodu braku środków. W konsekwencji aż 54% lekarzy obserwowało zgon pacjenta, niemal 20% zdarzenia poważnie zagrażające życiu, a aż 15% trwałe lub tymczasowe upośledzenie lub niepełnosprawność (Dafaye i in., 2015). W Ugandzie, podobnie jak w Etiopii, nie istnieją procedury postępowania w przypadku braku zasobów i lekarz sam musi decydować, który pacjent otrzyma łóżko w szpitalu i dalsze świadczenia (Kapiriri i Martin, 2006). W Tanzanii obowiązująca zasada „kto pierwszy, ten lepszy” powoduje, że lekarze pomagają tylko wówczas, gdy posiadają środki. Osoby zgłaszające się do szpitala w czasie niedoborów nie otrzymują pomocy i umierają „na oczach lekarzy” (Johansson i in., 2011). W Indiach lekarze doświadczali braków podstawowego sprzętu i zasobów, w związku z którymi byli zmuszeni decydować o leczeniu lub śmierci pacjenta. W przypadku podejmowania decyzji o leczeniu noworodków brali pod uwagę czynniki zewnętrzne, takie jak ubóstwo gospodarstw domowych (Miljeteig i Norheim, 2006; Miljeteig i in., 2009; Miljeteig i in., 2010). Te sytuacje potęgują obciążenie psychiczne grupy zawodowej lekarzy i innych zawodów medycznych, szczególnie w krajach ubogich. Od 2019 r., czyli od momentu wybuchu pandemii SARS-CoV-2, takie sytuacje miały miejsce w krajach całego świata. Również bogatych. Wyjątkowa sytuacja epidemiologiczna postawiła lekarzy przed trudnymi wyborami, spowodowanymi brakiem środków do ratowania życia, takich jak tlen czy respiratory.

Czas pracy lekarzy wiąże się z ich dyspozycyjnością przez całą dobę, w każdym dniu roku i jest on wpisany w specyfikę tego zawodu. W 3 badaniach respondenci wskazali natomiast, że ważna jest dla nich możliwość **ustalania własnych godzin pracy u pracodawcy** (14%) (Azizzadeh i in., 2003; Malik i in., 2010; Russo i in., 2013). Był to szczególnie ważny czynnik w prywatnych placówkach, gdzie istniała znacznie większa możliwość dopasowania godzin pracy do dyspozycyjności respondentów (Russo i in., 2013; Malik i in., 2010). Placówki prywatne zazwyczaj stanowiły dodatkowe miejsce zatrudnienia i dlatego dla lekarzy było ważne, aby móc w nich dostosować godziny przyjęć do godzin pracy w sektorze publicznym.

Możliwość wpływania na ustalanie własnych godzin pracy zachęcała lekarzy do wyboru określonych miejsc pracy.

Natomiast w wynikach 5 badań (23%) istotna dla lekarzy przy wyborze miejsca pracy była proponowana **tygodniowa liczba godzin pracy** (Andreassen i in., 2000). Zatrudnienie lekarzy na kontraktach zwalnia pracodawców z obowiązku stosowania limitów godzin pracy narzucanych przez prawo pracy, tym samym pracownicy mogą w ciągu połowy miesiąca mieć zrealizowany cały zakontraktowany czas pracy lub przez cały miesiąc w różnych wymiarach na przykład naprzemiennie 4- i 12-godzinnych. Mogą również rozłożyć umówiony czas równomiernie na cały miesiąc. To właśnie kwestia rozplanowania tygodniowego czasu pracy, wraz z godzinami nocnymi, była wskazywana przez lekarzy za istotne. Zakres obowiązków nie zawsze wskazuje na liczbę dyżurów, jaką będzie odbywać lekarz i ile godzin będzie odbywać się w porze nocnej czy trybie wielogodzinnym (do 24 godzin) (Malik i in., 2010). Powoduje to przede wszystkim zmęczenie fizyczne, tym samym zachęca do odejścia i nie zachęca do wyboru miejsca pracy, w którym obowiązują takie systemy czasu pracy. Czynnikiem ten był wskazywany jako przyciągający oraz wypychający z miejsca pracy.

Niektóre z omówionych wyżej czynników (elastyczny czas pracy oraz liczba godzin świadczenia usług przez medyków) związane są z możliwością łączenia pracy zawodowej z życiem rodzinnym i prywatnym (**work-life balance WLB**) (n=5, 23%). W każdym z badań, w których pojawia się aspekt czasu pracy, respondenci wspominali, że jest to związane z łączeniem spraw zawodowych z osobistymi. Częściej i bardziej akcentowane jest to w odpowiedziach lekarzy z krajów bogatych, takich jak Wielka Brytania (Straus i in., 2006) czy Stany Zjednoczone (Azizzadeh i in., 2003), niż biednych, gdzie zazwyczaj miało to związek z zakresem obowiązków i zmęczeniem ze względu na obciążenie pracą (na przykład w Pakistanie (Malik i in., 2010) czy w krajach Afryki Południowej (Ashmore i Gilson, 2015)). Z wyników dokonanego przeglądu badań wynika, że możliwość posiadania WLB jest czynnikiem zachęcającym do wyboru miejsca pracy.

Na możliwość spędzania czasu z rodziną i realizację własnych pasji ma również wpływ czas poświęcany na dojazdy do pracy, który także był wskazywany w analizowanych badaniach lekarzy. **Lokalizacja miejsca pracy** (n= 4, 18%) była rozpatrywana z perspektywy kosztu, jaki ponosił z tego tytułu lekarz. Odległość miejsca pracy od miejsca zamieszkania i możliwości transportu (Luboga i in., 2011) miały wpływ na wskazania respondentów badań ponieważ praca poza granicami dużych miast lub na peryferyjnych obszarach wiejskich wiązała się

wyższym nakładem pracy oraz niższymi wynagrodzeniami niż w metropoliach (Russo i in., 2013; Midttun, 2006). Z badań jakościowych wynikało, że lekarze najczęściej mieszkali w miastach i tym samym praca poza nimi zawsze wiązała się z wyższym nakładem czasu i finansów ze strony lekarza (Luboga i in., 2011). W Ugandzie lokalizacja miejsca pracy była powiązana z koniecznością posiadania – lub nie – własnego sprzętu i leków przez personel medyczny, co wynikało z braków w wyposażeniu szpitali poza miastami (tamże). Problemy z infrastrukturą oraz zapewnieniem odpowiedniej liczby osób na zmianie zgłaszano głównie w krajach o niższych dochodach per capita (takich jak Uganda czy Pakistan). Podkreślano brak prądu, bieżącej wody oraz leków i konieczność przynoszenia przez lekarzy własnego sprzętu do realizacji procedur medycznych. Powyższe warunki pracy miały niekiedy wpływ na brak możliwości skorzystania z przerwy czy skonsumowania posiłku (Luboga i in., 2011). Czynniki lokalizacji miejsca pracy wydaje się mieć dwojakie znaczenie, ponieważ jest przyciągający dla lekarzy, którzy mogą połączyć pracę w kilku miejscach (na przykład w drodze do domu) oraz wypychający dla lekarzy, którzy zmuszeni są długo lub daleko dojeżdżać do miejsca pracy.

Brak bezpiecznych i higienicznych warunków w miejscu pracy bardziej zachęcał do jego opuszczenia niż wyboru nowego miejsca. Ten czynnik początkowo nie był brany pod uwagę, ponieważ warunki panujące w Polsce były całkowicie inne niż w krajach z których pochodziły badania. Pandemia, która została ogłoszona w 2020 r., skłoniła autorkę do ponownego rozpatrzenia jego istotności.

Część wyników ($n > 4$) dotyczyła oceny stanu zdrowia i zdolności do świadczenia pracy przez studentów medycyny i lekarzy (Moir i in., 2019, s. 323-333) oraz stosowania przemocy wobec medyków w miejscu pracy (Schnapp i in., 2016; Pekez-Pavlisko i in., 2019; Masiótek i in., 2020). Dobry stan zdrowia lekarzy jest pochodną stylu życia (51%); środowiska fizycznego, w tym warunków pracy (21%); predyspozycji indywidualnych i warunków genetycznych (16%); profilaktyki i opieki zdrowotnej (10%) (Lalonde, 1981). Lekarzy, ze względu na ich wiedzę i doświadczenie, możemy traktować jako osoby o wysokiej świadomości i stosujących profilaktykę oraz odpowiedni styl życia. Warunki genetyczne oraz stan środowiska są czynnikami niezależnymi, przy czym ten pierwszy jest dodatkowo niemożliwy do weryfikacji przez samych badanych, jak i autorkę. Warunki pracy, o które powinien zadbać pracodawca i które są zazwyczaj możliwe do zweryfikowania, mogą mieć wpływ na wybory miejsc pracy przez lekarzy. Biorąc pod uwagę założenie, że stan zdrowia

lekarza pozwala mu na świadczenie pracy - i w myśl założeń teorii kapitału ludzkiego, oczekując zwrotu z zainwestowanego (poświęconego) kapitału¹⁷ (jakim jest zdrowie) - może on przy wyborze miejsca pracy kierować się ryzykiem jego utraty lub odzyskania. W świetle TKL argumenty te skłaniają do dodania czynnika BHP do badania właściwego, lecz tylko w odniesieniu do warunków w miejscu pracy.

Dokonany przegląd badań naukowych pozwolił zaprezentować czynniki najczęściej wskazywane przez medyków jako zachęcające do wyboru lub opuszczenia miejsca pracy. Najczęściej zgłaszanym powodem zachęcającym do wyboru nowego miejsca była kwestia wynagrodzenia oraz dodatkowych świadczeń finansowych. Poza nimi, w krajach o niższych dochodach (per capita), najczęściej wskazywano na kolejny rozwój kariery, obciążenie pracą oraz autonomię (na przykład Uganda). W państwach bogatszych ważne były te same powody, lecz w innej kolejności. Po finansach lekarze wskazywali obciążenie pracą, autonomię i rozwój kariery. Do odejścia medyków zachęcały natomiast często zmieniane (elastyczne) harmonogramy, długie godziny pracy oraz nadmierne obciążenie zbyt dużą ilością obowiązków. Dostęp do leków, podstawowego sprzętu zabiegowego, czystej wody i prądu skłaniały od opuszczenia placówek głównie w Bangladeszu, Pakistanie i Ugandzie. Czynniki te nie były brane do analizy, ponieważ nie mają odzwierciedlenia w Polsce. Natomiast sytuacja niedoboru personelu i środków ochrony indywidualnej w okresie pandemii SARS-CoV-2 skłoniły autorkę do dodania czynnika bezpieczeństwa i higieny pracy do badania empirycznego.

Luka badawcza, która została zdiagnozowana na podstawie przeglądu literatury i dostępnych badań naukowych, dotyczy uwarunkowań wyboru miejsca pracy przez lekarzy w Polsce w perspektywie teorii ekonomii. Badania, na które powołuje się autorka, nie posiadały podstaw teorii ekonomii i najczęściej ich autorami¹⁸ są lekarze (Azizzadeh,

¹⁷Kapitał jako kategoria finansowa i dynamiczna jest wartością, która przynosi wartość dodatkową i w związku z tym o istocie kapitału decyduje ruch, obrót lub wykorzystywanie. W stanie spoczynku kapitał jest zasobem (Jamka, 2011). Lekarze wykorzystują zdrowie i korzystają z niego w celu świadczenia pracy, tak więc, tym samym staje się ono ich kapitałem. Miarą wartości zdrowia nie jest zatem jego dopasowanie do stanowiska pracy (czyli tak zwana zdolność do pracy) lecz poświęcenie go (na przykład na wielogodzinne dyżury, pracę w nienormowanym czasie pracy, w godzinach nocnych) lub podjęcie ryzyka jego utraty. Kapitał zdrowia kreuje wartość dodatnią w postaci poświęcenia i dyspozycyjności dla dobra (szybszej lub bardziej trafnej diagnozy, trafnego doboru metod diagnozowania i leczenia, krótszy czas rehabilitacji, szybszy powrót do zdrowia i pracy zarobkowej, mniej osób niepełnosprawnych, mniej zgonów) pacjentów i ich rodzin.

¹⁸ Specjalności zawodowe autorka ustaliła na podstawie opisów „o autorach” zawartych w artykułach lub ukończonych kierunków studiów bądź pracy naukowej realizowanej w ramach katedr jednostek naukowych. Należy wziąć pod uwagę, że przydział poszczególnych autorów może odbiegać od ich identyfikacji zawodowej ze względu na ryzyko braku pełnej informacji o dorobku naukowym autorów.

McCollum, MHolliday, CShilstone), specjaliści zdrowia publicznego (CMillerIII, Kowalska-Bobko, Krajewska-Kułak, Jankowiak) i specjaliści zarządzania zasobami ludzkimi (Buchelt). Ekonomści Tommaso i Strømnn w swoim badaniu ograniczają respondentów jedynie do żonatych lekarzy i badają zmiany podaży pracy z wykorzystaniem modelu do szacowania złożonego z 10 pakietów, które są kombinacją wysokości etatu (niepełny i pełny etat), miejsca pracy (wybór: szpital lub podstawowa opieka zdrowotna) i sektora (publiczny lub prywatny). Żadne z badań, do którego dotarła autorka, nie obejmowało wszystkich lekarzy medycyny z danego kraju i nie było zaprojektowane z wykorzystaniem optyki ekonomicznej. Podsumowując dokonany przegląd badań, warto zauważyć, że badań czynników warunkujących wybór miejsca pracy przez lekarzy jest niewiele, a te dostępne nie analizują czynników w nurcie ekonomii. W kolejnym podrozdziale zostanie omówiony przegląd badań przeprowadzonych z udziałem polskich lekarzy.

3.4. Badania dotyczące miejsc pracy polskich lekarzy

W Polsce – wśród realizowanych badań środowiska medycznego – najczęściej spotyka się badania Ośrodka Badań i Analiz NIL, lecz warto zauważyć, że nie wykorzystują one w swoich założeniach teorii ekonomii do zdefiniowania lub oceny stanu pewnych sytuacji i zjawisk. Naukowcy zajmujący się analizą sytuacji mających miejsce w środowisku medycznego rynku pracy, zazwyczaj są absolwentami Uniwersytetów Medycznych (Wydziałów Nauk o Zdrowiu lub Pielęgniarstwa). Część informacji dotyczących warunków płacy i pracy lekarzy pochodzi ze źródeł opinii publicznej i tym samym nie są one badaniami naukowymi. W latach 2012-2018 Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji NIL przeprowadził kilkanaście projektów badania opinii środowiska medycznego między innymi z zakresu (*Raporty z badań OSAI, 2020*):

- możliwości i barier rozwoju zawodowego lekarzy i dentystów,
- potrzeb szkoleniowych oraz wiedzy dotyczącej kompetencji miękkich i ich przydatności w zawodzie,
- oceny organizacji systemu zdrowia, warunków pracy, konfliktów interesów, działalności Narodowego Funduszu Zdrowia, relacji z pacjentami i współpracownikami,
- oceny aspektów jakości i bezpieczeństwa leczenia w szpitalach oraz o odszkodowaniach za wypadki medyczne,

- oceny istotności problemów i barier związanych z kształceniem podyplomowym lekarzy i lekarzy dentystów,
- oceny propozycji mających na celu udoskonalenie systemu szkoleń specjalizacyjnych,
- cyfryzacji w ochronie zdrowia oraz opinii na temat sieci szpitali, oceny zapisów porozumienia rezydentów i ministra zdrowia dotyczących wynagrodzeń,
- poparcia dla proponowanych przez Rzecznika Praw Pacjenta/NRL zmian legislacyjnych o obowiązkach pacjenta i sankcjach za ich naruszenie, wystawiania zwolnień lekarskich, warunków wykonywania zawodu i samooceny stanu zdrowia.

W podanych badaniach poruszane były kwestie podobne do wyników z tabeli 3, czyli: wynagrodzeń lekarzy, możliwości rozwoju zawodowego (w tym kształcenia specjalistycznego), obciążenia pracą (wynikającego z nacisków przełożonych) oraz warunków pracy lekarza (w tym występowania przemocy, obsady personelu medycznego). Przegląd wszystkich badań stanowi bazę obszarów wstępnie rozpoznanych i po ich analizie autorka określiła lukę badawczą.

W dalszej części dokonana zostanie prezentacja wyników badań dotyczących polskich lekarzy w odniesieniu do czynników zidentyfikowanych w badaniach światowych. Ich analiza dostarczyła możliwość wglądu w ogólną sytuację w miejscach pracy lekarzy, a także była pomocna w projektowaniu przez autorkę badania. W wynikach części badań naukowych autorka zidentyfikowała poszczególne czynniki (z tab. nr. 3), lecz nie występowały one w roli decydujących o wyborze miejsca pracy.

Jedną z ważniejszych kwestii wskazywanych w przeglądzie badań światowych jest wynagrodzenie. W myśl teorii kapitału ludzkiego, oczekiwanie pewnego poziomu uposażenia związane jest ze zwrotem z inwestycji swojego czasu w naukę i kształcenie ustawiczne. Z wyników badań Ośrodka Studiów i Analiz NIL wynika, że około połowa lekarzy oceniła swoje zarobki jako „ani wysokie, ani niskie”, a niemal 25% jako wysokie (Krajewski i in., 2013). Znacząca większość polskich lekarzy biorących udział w badaniu ankietowym przeprowadzonym dzięki pomocy portalu internetowego Medycyna Praktyczna w lutym/marcu 2020¹⁹, jest gotowa pracować w jednym miejscu pracy pod warunkiem uzyskiwania w nim odpowiednio wysokiego **uposażenia**. Polscy lekarze (84%) zadeklarowali,

¹⁹W ankiecie wzięło udział około 2 tysiące lekarzy. Ankieta była przeprowadzona dzięki pomocy i za pośrednictwem portalu internetowego Medycyna Praktyczna (www.mp.pl) w lutym/marcu 2020. Autorem pytań do ankiety był ZK OZZL. Badanie odbyło się w odpowiedzi na projekt ustawy zakładającej deklarację świadczenia pracy przez lekarzy tylko w jednym sektorze - publicznym lub prywatnym.

że przy miesięcznej pensji 15 000 zł netto są skłonni pracować w jednym publicznym lub prywatnym miejscu pracy (Komunikat ZK OZZL 2020). Warto zauważyć, że wysokość tego wynagrodzenia jest 3,8 razy większa niż średnia płaca netto w 2020 r. (Sobieraj, 2020), co tym bardziej może świadczyć o pożądanym przez lekarzy uzyskaniu zwrotu z inwestycji.

Debata na temat wynagrodzeń lekarzy i innych zawodów medycznych jest najczęściej tematem opinii publicznej, a oszacowania poziomu wynagrodzeń oparte są na zapisach aktów prawnych o zapewnionym wynagrodzeniu lub na dobrowolnych wskazaniach w badaniach rynku pracy, przeprowadzanych przez agencje pracy, firmę kancelarię Sedlak&Sedlak czy portal Pracuj.pl. Biorąc pod uwagę, że lekarze raczej nie muszą poszukiwać pracy i ich obecność na tych portalach nie jest zbyt częsta, badana próba może być niereprezentatywna. Zważywszy dodatkowo na różnice w specyfice pracy w różnych specjalizacjach lekarskich, oczekiwania oraz deklaratywne wynagrodzenia mogą się różnić. Przykładem są wyniki badania Sedlak&Sedlak z 2017 r., gdzie próba liczyła 672 lekarzy, a wysokość deklarowanych rocznych zarobków wahała się od 26 652 do 234 000 zł. Ta niemal 10-krotna różnica wynikała ze stanowiska, specjalizacji, stażu pracy oraz sektora i województwa, w którym pracował lekarz (*Puls Medycyny*). W styczniu 2021 r. w badaniu tej samej firmy wzięto udział 293 lekarzy (150 kobiet i 143 mężczyzn) z różnych specjalizacji medycznych. Najczęściej wykazywali wynagrodzenia na poziomie 5 460 zł brutto miesięcznie (czyli rocznie około 65 520 zł) i zależało ono od: stażu pracy, wykształcenia, wielkości firmy oraz województwa, w którym lekarz świadczył pracę. 7% respondentów wskazało, że szkolenia/kursy zawodowe były dla nich dodatkowym benefitem w pracy (www.wynagrodzenia.pl, 2022). W badaniu dotyczącym budowania marki pracodawcy (*employer branding*), kierownicy wskazywali regularność wypłat wynagrodzeń oraz konkurencyjne wynagrodzenie wśród 10 najważniejszych wyznaczników, jakimi powinien legitymować się szpital powiatowy, aby być dobrze postrzeganym przez pracowników. Najczęściej wskazywali natomiast możliwość rozwoju wiedzy i umiejętności (Buchelt i Frączkiewicz-Wronka 2017).

W okresie od listopada 2011 do lutego 2012 Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji NIL wraz z Instytutem Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk przeprowadził badania ilościowe opinii polskich medyków na temat rozwoju zawodowego lekarzy i stomatologów. W badaniu wzięto udział 837 osób. Jak wskazują wyniki tych badań, kształcenie jest bardzo istotne, w szczególności szkolenia warsztatowe w małych grupach (ponad 70% wskazań), czytanie

publikacji naukowych (ponad 50% wskazań), zjazdy i konferencje naukowe (44% wskazań) oraz posiedzenia naukowe w miejscu pracy (niemal 38% wskazań). Jak wynika z badań, większość lekarzy (68,2%) uważa, że szkolenie specjalizacyjne jest najważniejszą formą rozwoju zawodowego. Znacznie ważniejsze było to dla starszych medyków (powyżej 50 r.ż.) niż dla młodszych (do 35 r.ż.). Młodszy lekarze oraz dentyści większą wagę przywiązywali do uzyskania umiejętności w wąskich dziedzinach medycyny niż respondenci powyżej 50 r.ż. (Krajewski i in., 2012 s. 42). Jak wynika z powyższych wyników, lekarze wykazują się wysoką motywacją do nauki, a rozwój wiedzy i umiejętności jest dla nich ważny. W Polsce istnieje możliwość łączenia przez lekarza pracy zawodowej z nauką. Od 2012 r. rezydenci mogą być studentami studiów doktoranckich (Dz.U. 2012r., poz. 572) i być zatrudnionymi w tej samej klinice, w której odbywają studia. Korzyści z tym związane dotyczą kwestii finansowych oraz możliwości **rozwoju wiedzy klinicznej, połączonego ze zdobywaniem doświadczenia** w leczeniu pacjentów i z nauką analizą postępowania klinicznego. Dodatkowo nie koliduje to na przykład z pozyskiwaniem środków z Narodowego Centrum Nauki (NCN) czy stażami zagranicznymi z EURAXESS Services (Drobnik, 2015).

W wynikach badań przeprowadzonych na wybranych oddziałach szpitali klinicznych na terenie województwa śląskiego wykazano natomiast, że połowa lekarzy posiada **autonomię w podejmowaniu** decyzji dotyczącej diagnostyki i leczenia pacjenta (Dohn i Łyp, 2017, s. 97-110). Ten czynnik również został uznany za jeden z istotniejszych przy ocenie satysfakcji z pracy lekarza (Sokół, 2014). Ograniczanie autonomii lekarzy zostało wskazane w badaniu zmiany roli menadżerów w ochronie zdrowia (Striker, 2016, s. 147). Możliwość realizowania innowacyjnych procedur medycznych może być również postrzegana jako autonomia w działaniu i, jak wykazują badania, jest ona istotna dla polskich lekarzy (Buchelt i Frątczak-Wronka, 2017). Wspomniane badania dotyczyły analizy wpływu kultury organizacyjnej na postawę społeczno-moralną personelu medycznego (Dohn i Łyp, 2017, s. 97), identyfikacji uwarunkowań satysfakcji z pracy lekarzy (Sokół, 2014), zbadania, jaki powinien być ordynator/menadżer oddziału w ocenie lekarzy i pielęgniarek (Striker, 2016, s. 144-146) oraz budowania marki pracodawcy przez szpitale powiatowe (Buchelt i Frątczak-Wronka, 2017). Przeprowadzone badanie zatem było w nurcie zarządzania a nie ekonomii.

Elastyczny **czas pracy** jest pozwala na łączenie pracy zawodowej z życiem rodzinnym i tym samym wpływa na wybór pracodawcy. Wyniki ogólnopolskiego badania²⁰ wskazują, że 37% respondentów wskazało, że elastyczny czas pracy ułatwia łączenie obowiązków zawodowych z rodzinnymi i odwrotnie. Z tej formy częściej korzystali mężczyźni niż kobiety (o 2% w dużych i o 5% w małych i średnich firmach). Niemniej jednak trudno zastosować elastyczny czas pracy w zawodzie lekarza, szczególnie w szpitalach i przychodniach. Możliwe jest dostosowanie godzin świadczenia teleporad z dowolnego miejsca, dzięki czemu lekarz nie poświęca czasu na przemieszczanie się oraz łatwiej może prowadzić życie rodzinne. Forma telepracy jest mocno utrudniona w przypadku niektórych specjalizacji medycznych (na przykład chirurgia, anestezjologia).

Problematyka systemów **czasu pracy**, jak i sam czas pracy (na przykład dyżurowy, zmianowy czy „pod telefonem”) lekarzy jest poruszany często w opinii publicznej. Kontrowersje dotyczą najczęściej średniotygodniowej/miesięcznej liczby godzin pracy zawodowej lekarzy oraz konsekwencji z tym związanych. W sferze badań naukowych autorka dotarła jedynie do analizy i interpretacji aktów prawnych regulujących czas pracy lekarzy (Kubot, 2005 s.23-29; Lach, 2013; Baran, 2016; Kapała, 2018), opinii na temat tych aktów, które powstały przy okazji organizacji akcji strajkowych czy w wypowiedziach publicznych. Podobne wyniki autorka uzyskała w przeglądzie prac naukowych dotyczących **zakresu obowiązków**, który jest regulowany Ustawą (Dz. U. 2015r., poz. 464 z późn. zm.), a w umowie o pracę lub kontrakcie zazwyczaj zostaje doprecyzowany i rozszerzony o zadania wpisujące się w specyfikę działania placówki. W toku przeglądu literatury autorka zidentyfikowała pozycje, której celem była jedynie interpretacja w/w aktu prawnego.

Odległość szpitala powiatowego – jako miejsca pracy – od miejsca zamieszkania, została uznana za ważną przez ponad 40% polskich lekarzy. **Lokalizacja** miała mniejsze znaczenie (30%) dla osób pracujących na stanowisku ordynatora/kierownika oddziału, aniżeli dla pozostałych kierowników sfery medycznej (43%). Podobny rozkład wyników pojawia się również w przypadku oceny czynnika pozytywnej **opinii** o szpitalu w środowisku, które można potraktować jako rekomendacje. Dla ordynatorów/kierowników oddziałów

²⁰ Badanie zorganizowane zostało w ramach II edycji konkursu Firma Równych Szans 2007 w projekcie Gender Index przez Polską Konfederację Pracodawców Prywatnych Lewiatan. W badaniu wzięło udział 7447 osób, z czego 54% stanowiły kobiety, i było przeprowadzane wśród dużych firm oraz w sektorze MŚP.

rekomendacje mają mniejsze znaczenie (19%) aniżeli dla pozostałych kierowników sfery medycznej (38%) (Buchelt i Frączkiewicz-Wronka, 2017).

W wynikach badań opinii dotyczących wyzwań nowego zarządzania publicznego dla menadżerów w polskiej ochronie zdrowia z 2011 r., respondenci (lekarze) wskazali w czterech pierwszych pozycjach (z 30 dostępnych) istotność oferty i relacji z pacjentem, a dopiero na dalszych pozycjach uszeregowali istotne kwestie związane z miejscem pracy. Dopiero od 5. pozycji ważność otrzymały: polepszenie **warunków i bezpieczeństwa pracy**, posiadanie nowoczesnej aparatury medycznej, dostosowanie (zmniejszenie) poziomu zatrudnienia do efektywnego ekonomicznie, utrzymanie miejsc pracy, utrzymanie zadowolenia i zaangażowania lekarzy, zmniejszenie absencji i fluktuacji wśród personelu, panowanie nad ewentualnymi niepokojami w czasie zmian oraz dbanie o podnoszenie kwalifikacji personelu (Frączkiewicz-Wronka i Austen, 2011, s. 9-28). W badaniu czynników budujących markę pracodawcy, dobre warunki pracy (wyposażenie, sprzęt medyczny) wskazane zostały przez niemal połowę (45%) badanych kierowników, a infrastruktura prawie przez 30% (Buchelt i Frączkiewicz-Wronka, 2017). Warunki pracy (BHP) powinny być spełniane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa pracy (w Polsce art. 207 KP). O istotności oraz znaczeniu zapewnienia każdemu pracownikowi bezpiecznych i higienicznych warunków pracy świadczy sam fakt, że wymóg bhp został wymieniony w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. w katalogu obowiązków pracodawców. Na bezpieczne i higieniczne warunki pracy składa się zespół elementów, które mają na celu stworzenie właściwych warunków w miejscu pracy oraz wyeliminowanie zagrożeń pochodzących ze środowiska pracy (Patulski i in., 2007). Praca z chorymi, którą świadczy lekarz, tym bardziej powinna być zgodna z normami i przepisami bhp. W okresie pandemii SARS-CoV-2 powstały wytyczne bhp pracy z pacjentami wymagającymi postępowania medycznego z górnymi drogami oddechowymi (na przykład intubacja tchawicy, tracheotomia) opracowane na podstawie uwag specjalistów i lekarzy z Chin, Włoch oraz Wielkiej Brytanii (Cook i inni, 2020). W Raporcie z 2020 r. uzyskano wyniki badań polskich lekarzy i ich opinii na temat dalszych ich losów po doświadczeniu pracy w okresie pandemii SARS-CoV-2. Lekarze wskazali czynnik bezpiecznych i higienicznych warunków pracy za istotny, natomiast aż 15% badanych zadeklarowało zamiar zmiany miejsca pracy ze względu na brak odpowiedniej infrastruktury oraz wystarczającej ilości personelu (Buchelt i Kowalska-Bobko, 2020). Według badań Kowalczyk i innych (2008), miejsce pracy jest źródłem rozwoju

chorób zawodowych dla 70% lekarzy. 70% badanych lekarzy za największą uciążliwość wskazała występowanie bólu w okolicy lędźwiowo-krzyżowej oraz fakt narażenia w miejscu pracy na występowanie agresji ze strony pacjentów, szantażu z ich strony i używanie podniesionego głosu. Oba badania poruszające kwestię bhp wśród polskich lekarzy nie odnoszą się *stricte* do badania powodów wyboru nowego miejsca pracy przez lekarzy i dlatego też ich wyniki nie zostały ujęte w przeglądzie badań. Trwająca pandemia skłoniła autorkę do wzięcia pod uwagę tych wyników przy projektowaniu badania właściwego.

Wystąpienie pandemii SARS-CoV-2 w 2020 r. oraz analiza jej przebiegu, rekomendacje autorów Alertu Zdrowotnego nr 1 (Cofta i inni, 2020, s. 7-10) i możliwość zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ludzkości skłoniły autorkę do dodania czynnika bezpiecznych i higienicznych warunków pracy do badania właściwego. Wstępnie odrzucony czynnik ze względu niewystępowania problemu w polskich warunkach (na przykład braku leków czy podstawowych środków ochrony indywidualnej) w okresie pandemii okazał się bardzo istotny, co znalazło swoje uzasadnienie również po opublikowanym raporcie z badań przeprowadzonych przez Buchelt i Kowalską-Bobko (2020), z którego wynika, że po pracy z chorymi na COVID-19, aż 29% lekarzy zamierza ograniczyć swoją aktywność zawodową, 15% zamierza odejść z (polskiego) rynku pracy – w tym 9% wyemigrować, 13% ankietowanych chce odejść z aktualnego miejsca pracy, a 6% zamierza odejść z zawodu. Dla porównania - w 2012 r. 11% polskich lekarzy planowało zmienić miejsce pracy (GUS, 2013). Dodanie czynnika bezpieczeństwa i higieny w miejscu pracy zostało poprzedzone konsultacjami z lekarzami różnych specjalizacji (medycyna rodzinna, ortopedia i traumatologia ruchu, laryngologia, pediatria, kardiologia) świadczącymi pracę na terenie Wielkopolski.

Polska uważana była za kraj o najniższej aktywności zawodowej wśród krajów Unii Europejskiej, ale odnotowuje się coraz mniejszą różnicę pomiędzy danymi z Polski i średnimi w UE. W Polsce w 2019 r. współczynnik aktywności wynosił niemal 71% i jest on porównywalny ze średnią wartością w krajach UE (73,1%). Wskaźnik ten jest znacznie niższy wśród kobiet i wynosi 65% w Polsce, przy średniej 67,3% w UE (*Employment statistics*, 2021). Skala bierności zawodowej głównie spowodowana jest przyczynami rodzinnymi, takimi jak opieka nad dziećmi (Sadowska-Snarska, 2009) lub innymi członkami rodziny. Kwestię łączenia pracy zawodowej z życiem rodzinnym (**WLB**), większość firm w Polsce uznaje za składnik oficjalnej polityki organizacyjnej firmy, a nieco więcej niż połowa pracodawców (56%) jako osobistą sprawę pracowników (Urbaniak i Bohdziewicz 2008). Według badań

przeprowadzonych w ramach III edycji projektu badawczego *Postawy Pracownicze*²¹ (przeprowadzonego na przełomie 2008/2009) zaledwie 26% respondentów uważa, że pracownicy są zachęceni do dbania o równowagę pomiędzy życiem prywatnym i zawodowym. Tylko 24% ankietowanych zgadzało się z twierdzeniem, że kierownictwo firmy rozumie potrzebę ograniczania stresu w pracy (*Najlepsze rozwiązania...*, bd., 2009). Według innego badania, 60% biorących udział w projekcie nie spotkało się z jakąkolwiek propozycją służącą regulacji WLB (Muszyński i Żyłnel, 2006). Skutki ekonomiczne odejścia pracownika z pracy z powodu braku możliwości łączenia obowiązków rodzinnych i zawodowych prezentują wyniki projektu *Bilancia*, według których stosowanie udogodnień WLB dla pracowników skracало czas ich nieobecności lub powstrzymywało od całkowitej rezygnacji z pracy. Porównano również koszty związane z rozwiązaniem umowy przez pracownika, skorzystania z urlopu wychowawczego i zastosowania udogodnień. Z analizy wynika, że wdrożenie rozwiązań sprzyjających łączeniu pracy zawodowej i spraw rodzinnych jest najkorzystniejszym rozwiązaniem finansowym dla przedsiębiorstwa (Gliksman, 2008). Biorąc pod uwagę, że zawód lekarza znacznie częściej wybierają kobiety, to zapewnienie rozwiązań umożliwiających łączenie obowiązków zawodowych z życiem prywatnym jest szczególnie ważne. Jednocześnie specyfika zawodu i charakter systemów czasu pracy w służbie zdrowia powoduje, że jest to trudne do zorganizowania przez pracodawców. Niedobór kadr medycznych pogłębia jeszcze bardziej ten problem.

W toku poszukiwań publikacji dotyczących istotności czynników przy wyborze miejsca pracy przez lekarzy, natrafiono również na badanie studentów medycyny województwa podlaskiego, którego celem było ustalenie przyczyn wyboru kierunku studiów oraz pożądanych cech miejsca pracy. Respondenci wskazali, że ważny jest dla nich **fakt łatwego znalezienia pracy po ukończeniu nauki oraz uposażenie**. Studenci pytani o cechy dobrej pracy wskazywali przede wszystkim atrakcyjne wynagrodzenie (84,5%), atmosferę w pracy (82,3%), możliwość rozwoju zawodowego (81,1%), stabilność zatrudnienia (77,4%), bliskość miejsca pracy od miejsca zamieszkania (38,9%), atrakcyjne warunki pozapłacowe i system socjalny (34,3%) oraz wizerunek pracodawcy na medycznym rynku pracy (16,6%) (*Badanie losów zawodowych*, 2012). Natomiast czynnikami decydującymi o podjęciu pracy były: bliskość miejsca pracy i zamieszkania (45,7%), możliwość rozwoju zawodowego (39,6%),

²¹ Organizatorem projektu jest Nowoczesna Firma we współpracy z Fundacją Obserwatorium Zarządzania oraz Great Place to Work Institute.

stabilność zatrudnienia (37,1%), atmosfera w pracy (31,5%), atrakcyjne wynagrodzenie (29,9%), brak możliwości znalezienia innej pracy (26,9%), forma zatrudnienia (19,3%), rynkowy wizerunek pracodawcy (13,2%), rekomendacja znajomych (11,2%), pakiet socjalny i warunki pozapłacowe (10,2%). Różnice w wartościach procentowych poszczególnych czynników są wynikiem różnicy pomiędzy kolejno życzeniowym i faktycznym charakterem wypowiedzi ankietowanych (Badanie losów zawodowych, 2012). Wskazywać to może na brak gotowości do migracji zawodowej lub brak możliwości zmiany miejsca zamieszkania, które wykazywane są w okresie studiów.

Dostępne badania polskiego środowiska lekarskiego dotyczą głównie opinii środowiska medycznego i nie posiadały podstaw teorii. Natomiast wyniki badań naukowych przytoczone w powyższym podrozdziale nie uwzględniają również wszystkich czynników z tabeli 3, takich jak: możliwość doboru asysty, możliwość pracy na kierowniczym stanowisku, wpływ na ustalanie własnych godzin pracy, prestiż miejsca pracy oraz możliwość łączenia pracy zawodowej z życiem rodzinnym. W przeglądzie badań polskich lekarzy, autorka nie dotarła do wyników istotności poszczególnych czynników na wybory miejsca pracy przez lekarzy, zidentyfikowanych w przeglądzie badań światowych, które wykorzystywałyby teorie ekonomii.

3.5. Podsumowanie przeglądu badań w odniesieniu do rozważań teoretycznych

Czynniki opisane we wcześniejszych podrozdziałach, które warunkują wybory miejsc pracy przez lekarzy zostały zestawione z teoriami wykorzystanymi w dysertacji i opisanymi w podrozdziale 1.3. W pierwszej kolejności zostaną zaprezentowane zidentyfikowane czynniki w zestawieniu z założeniami teorii (tabela 3).

Jak wynika z założeń teorii przedstawionych w rozdziale 1., wysokość wynagrodzenia zasadniczego oraz dodatkowe świadczenia (na przykład premie) łącznie składające się na uposażenie lekarza są podstawowymi czynnikami w obu teoriach branymi pod uwagę przy wyborze miejsca pracy. Zgodnie z teorią kapitału ludzkiego, wysokość wynagrodzenia ma zrekompensować zainwestowany czas i zaangażowanie w długoletnie zdobywanie wykształcenia, natomiast w myśl teorii push-pull, czynnik ten jest głównym bodźcem do rozpoczęcia rozważań o migracji. Jako następny powód motywujący do zmiany pracy można uznać możliwość rozwoju zawodowego – staże, szkolenia czy pracę u boku autorytetu.

Zarówno pobieranie nauki u najlepszych, praca pod ich okiem, jak i pozyskiwanie wiedzy i doświadczenia podczas szkoleń, pomagają zwiększać potencjał intelektualny i poszerzyć ofertę lekarza. Pozwala to na skrócenie czasu zwrotu z inwestycji. Miejsca pracy, które umożliwiają lub ułatwiają rozwój pracownikom, mogą prezentować swoją ofertę jako najbardziej atrakcyjną i przynoszącą swoim przyszłym lekarzom największe korzyści netto z migracji.

Tabela 3. Wyodrębnienie czynników wpływających na wybór miejsca pracy z wybranych teorii

Teoria	Teoria kapitału ludzkiego	Teoria push-pull
Wysokość wynagrodzenia zasadniczego	x	x
Dodatkowe świadczenia finansowe, np. premie, dodatkowe płatne dyżury	x	x
Rozwój zawodowy, np. staże, szkolenia, praca z autorytetami, mentor	x	x
Możliwość prowadzenia badań naukowych w miejscu pracy	x	
Praca na kierowniczym stanowisku	x	x
Oferowany zakres obowiązków (obciążenie pracą)	x	x
Lokalizacja miejsca pracy		x
Opinie innych pracujących w danym miejscu		x
Możliwość łączenia pracy zawodowej z życiem rodzinnym i prywatnym		x
Bezpieczne i higieniczne warunki pracy		x

Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokonanej analizy literatury omówionej w rozdziale pierwszym

Część lekarzy, w związku z ustawowo nakazanym rozwojem zawodowym, decyduje się dodatkowo na pracę naukową i realizuje studia doktorskie. Jak wspomniano wcześniej od 2012 r. w Polsce rezydenci mogą realizować studia III stopnia w tej samej katedrze i w tym samym czasie, co przekłada się na znaczne skrócenie czasu uzyskania kolejnego etapu rozwoju zawodowego. Przed wprowadzeniem regulacji prawnych zapewniających rezydentom takie prawo, mogli oni rozważać realizację szkolenia specjalizującego i studiów doktorskich tylko w wybranych miejscach pracy (szpitalach klinicznych) lub za granicą.

Przy podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu – lub nie – pracy, lekarz może wziąć pod uwagę również obciążenie pracą, które będzie konsekwencją przyjęcia funkcji kierowniczej lub

zaangażowania w dodatkowe, nieuregulowane Ustawą (Dz. U. 1997r. Nr 28, poz. 152), obowiązki. Świadczenie pracy na stanowiskach kierowniczych związane jest zazwyczaj z wyższym wynagrodzeniem i większym obciążeniem pracą, lecz zapewnia możliwość skrócenia czasu uzyskania korzyści netto z inwestycji w naukę. W świetle teorii push-pull nowe miejsce pracy najczęściej wiąże się również z nową lokalizacją, której wybór wymaga wystąpienia pewnego bodźca lub „zerwania” przywiązania do starego miejsca. Jednym z takich bodźców może być informacja od osób, które wcześniej dokonały wyboru docelowej migracji (zawodowej) i rekomendują dane miejsce jako godne polecenia. Oba te czynniki (lokalizacja i opinie) dotyczą bezpośrednio miejsca docelowego, a uznanie ich przez kandydata za pozytywne, skłania do wyboru właśnie tego miejsca. Kolejnym czynnikiem związanym z docelowym miejscem jest BHP w miejscu pracy. Jak wykazano w dostępnych badaniach (Buchelt i Kowalska-Bobko, 2020), część lekarzy gotowa była do opuszczenia miejsca pracy z powodu braku bezpiecznych i higienicznych warunków u pracodawcy. W związku z tym można uznać, że ten czynnik ma raczej charakter wypychający (*pull*). Wybór miejsca pracy może zależeć również od czynników osobistych, na przykład możliwość łączenia pracy zawodowej z życiem rodzinnym i prywatnym. Stosunek poświęconych godzin na świadczenie pracy (tym bardziej w przypadku lekarzy często przyjmujących w kilku miejscach) do liczby godzin poświęconych rodzinie i pasjom jest kwestią bardzo indywidualną.

W tym miejscu warto przypomnieć, że teoria kapitału ludzkiego (TKL) wyróżnia się przede wszystkim długookresowym spojrzeniem i racjonalną kalkulacją, a w teorii push-pull podkreśla się mnogość uwarunkowań i ich indywidualną percepcję – tu i teraz.

Czynniki wynikające ze specyfiki medycznego rynku pracy zostały zestawione z założeniami teorii wybranych do rozważań. Według TKL wybór zawodu lekarza to długoterminowa inwestycja, a powody podjęcia konkretnych wyborów miejsc pracy mają wpływ na czas zwrotu z tej inwestycji. Lekarz podejmujący decyzję co do opłacalności wyboru miejsca pracy, podejmuje się racjonalnej kalkulacji. W przypadku teorii push-pull to poziom percepcji czynników – szczególnie indywidualnych – i mnogość uwarunkowań mogą mieć znaczenie. Dlatego. Mniejsza lub większa możliwość samodzielnego podejmowania decyzji o leczeniu wiąże się z asymetrią informacji pomiędzy lekarzem a pacjentem oraz lekarzem a jego starszymi stażem i doświadczeniem kolegami. Jak wynika z zapisów Ustawy

(Dz. U. 1997r. Nr 28, poz. 152), lekarz w swojej pracy nie ma zagwarantowanej określonej granicy autonomii w podejmowaniu decyzji o leczeniu i diagnostyce. Jest ona nierozdzielnie związana z ponoszeniem odpowiedzialności za swoje decyzje, dlatego można ją zaliczyć do czynników indywidualnych w ramach teorii push-pull i może być wskazywana jako czynnik przyciągający lub „wypychający”. Podobny konflikt pojawia się w przypadku możliwości doboru asysty do wykonywania procedur medycznych, szczególnie zaproszenia starszych stażem i bogatszych doświadczeniem kolegów lekarzy. W myśl TKL, taka możliwość jest inwestycją i pracą rozwojową, lecz analizując wyniki badań, można zauważyć, że jest wskazywana jako czynnik zachęcający, gdy związana jest z miejscem docelowym, oraz wypychający w przypadku miejsca obecnego.

Tabela 4. Czynniki wpływające na wybór miejsca pracy przez lekarzy w świetle wybranych teorii

Czynnik	Teoria kapitału ludzkiego	Teoria push-pull
Stanowisko o znacznej autonomii w prowadzeniu leczenia		x
Możliwość doboru asysty do wykonywania procedur medycznych	x	x
Wpływ na ustalanie własnych godzin pracy	x	x
Proponowana tygodniowa liczba godzin pracy	x	x
Prestiż miejsca pracy	x	x

Źródło: opracowanie własne.

Możliwość decydowania o liczbie godzin do przepracowania może wpłynąć zarówno pozytywnie, jak i negatywnie na: osiągnięcie wyższego wynagrodzenia, łączenie pracy w wielu miejscach oraz zapewnienie WLB. Tym samym ten czynnik wpisuje się doskonale, podobnie jak prestiż miejsca pracy, w zakres obu wybranych teorii. Placówki, które mają już ugruntowaną własną markę, mogą zachęcać do podejmowania w nich pracy i oferować korzyści na przykład w postaci możliwości rozwoju, umiejętności, dostępu do badań klinicznych, pracy według pionierskich procedur oraz wyjątkowej atmosfery.

Dokonując podsumowania, można stwierdzić, że identyfikacja poszczególnych powodów, w myśl założeń wybranych teorii ekonomii, jest kluczową wyjściową do przeprowadzenia badania na polskim rynku pracy lekarzy. Każdy z czynników zidentyfikowany w światowych i

polskich badaniach może zostać powiązany z co najmniej jedną teorią wybraną w dysertacji. Na podstawie dokonanego przeglądu badań i literatury, autorka zidentyfikowała lukę badawczą dotyczącą uwarunkowań wyboru miejsca pracy przez polskich lekarzy z perspektywy ekonomii. W kolejnych dwóch rozdziałach zaprezentowana zostanie metodyka i wyniki badania stanowiącego pierwszą w Polsce próbę wypełnienia owej luki.

Rozdział 4. Metodyka badań własnych

Jak wspomniano we wstępie, analizując dane dotyczące kadr medycznych, należy wziąć pod uwagę kwestię sposobów ich gromadzenia przez różne instytucje. Dane analizowane w pracy odnoszą się do materiałów gromadzonych przez CRL oraz GUS.

Niniejszy rozdział prezentuje poszczególne etapy badawcze. W kolejnych częściach zostaną zaprezentowane hipotezy, metody i narzędzie badawcze oraz operacjonalizacja zmiennych. Wyniki i wnioski z badań zostały zaprezentowane w kolejnym rozdziale (piątym).

4.1. Założenia i hipotezy badawcze

Dokonany przegląd badań lekarzy z innych krajów pozwolił na identyfikację 15 czynników, które miały wpływ na wybory miejsca pracy przez lekarzy. Biorąc jednak pod uwagę sytuację ekonomiczną, polityczną oraz kulturową różnych państw, zaobserwować można różnice we wskazaniach lekarzy, dlatego nie można zakładać, że takie same czynniki będą ważne dla polskich lekarzy. Dokonana analiza badań światowych pozwala przypuszczać, że czynnik finansowy (wysokość wynagrodzenia zasadniczego, dodatkowe premie) będzie – podobnie jak w przypadku badań realizowanych w innych krajach - często wskazywany przez polskich lekarzy jako zachęta do zmiany miejsca pracy. Przykładowo, apele i akcje strajkowe lekarzy w znacznym stopniu dotyczą wysokości ich uposażenia. W myśl TKL czynnik ten jest szczególnie istotny dla lekarzy, ponieważ wykształcenie i konieczność kształcenia ustawicznego powoduje, że oczekiwany zwrot z tej inwestycji w kapitał ludzki musi być odpowiednio wysoki (rozdział 1.1.2.).

Permanentny proces globalizacji i związana z nim szansa kształcenia się lekarzy za granicą oraz znaczne możliwości podejmowania migracji zawodowych, skłaniają do stwierdzenia, że zidentyfikowane pozostałe czynniki będą również istotne przy wyborze miejsca pracy przez polskich lekarzy.

W odniesieniu do drugiego pytania badawczego (por. wstęp), dotyczącego ważności i istniejących różnic w owej ważności czynników, wskazywanych jako zachęcające do wyboru miejsca pracy, nie znaleziono badań uwzględniających ocenę stopnia ważności zidentyfikowanych czynników. Z tego powodu nie postawiono żadnej hipotezy dotyczącej ważności czynników zachęcających do wyboru miejsca pracy przez lekarzy w Polsce. .

Trzecie pytanie badawcze dotyczące oddziaływania cech lekarzy i miejsca pracy na wybór jest bardzo szerokie, jednak również w tym przypadku dotychczasowe analizy nie pozwoliły na sformułowanie wielu hipotez. Nawiązując do specyficznych cech organizacji pracy lekarzy, przeglądu badań polskich lekarzy i przeglądu badań z tabeli 2, z których wynika, że istnieje związek pomiędzy wskazywanymi czynnikami a sektorem, w którym znajduje się miejsce pracy, autorka postawiła następującą hipotezę **H1**: Czynnikami zachęcającym do wyboru miejsca pracy przez lekarzy w sektorze publicznym jest: H1(a) dodatkowo płatne świadczenia finansowe; H1(b) rozwój zawodowy; H1(c) możliwość prowadzenia badań w miejscu pracy, H1(d) stanowisko o znacznej autonomii w prowadzeniu leczenia; H1(e) praca na kierowniczym stanowisku; H1(f) możliwość łączenia pracy zawodowej z życiem prywatnym. Oraz **H2**: Czynnikami zachęcającym do wyboru miejsca pracy przez lekarzy w sektorze prywatnym jest: H2(a) wysokość wynagrodzenia zasadniczego; H2(b) możliwość doboru asysty do wykonywania procedur medycznych; H2(c) wpływ na ustalanie własnych godzin pracy; H2(d) proponowana tygodniowa liczba godzin pracy; H2(e) oferowany zakres obowiązków.

Czynniki lokalizacji, opinii innych lekarzy oraz prestiżu miejsca pracy nie zostały odrębnie zbadane w poszczególnych sektorach, dlatego w odniesieniu do nich nie zostały sformułowane hipotezy. Czynniki BHP w pracy wykazywany był w badaniach z przeglądu (tabela 2) jako zniechęcający do wyboru miejsc pracy oraz zachęcający do ich opuszczania. Nie identyfikowano przy tym jakichkolwiek związków z sektorem, w którym znajdowało się miejsce pracy - w związku z czym hipoteza nie została sformułowana w odniesieniu do tego czynnika.

Ze względu na brak wcześniejszych badań z uwzględnieniem sektora publiczno-publicznego, autorka nie postawiła hipotezy w stosunku do tego sektora.

W hipotezach H1 jak i H2 nie uwzględniono również podziału lekarzy ze względu na stopień inwestycji w siebie (G1-lekarze specjaliści, G2-lekarze bez specjalizacji i G3-lekarze w trakcie kształcenia się), ponieważ autorka nie posiada dostatecznych przesłanek do uwzględnienia tej zmiennej.

Wyniki badań (tabela 2), na podstawie których powstał katalog czynników, pochodzą z krajów, w których polityka, prawo czy kultura odbiegają od polskich warunków. W związku z tym, w badaniu właściwym zastosowano możliwość podania również innej przyczyny decydującej o wyborze miejsca pracy przez lekarzy.

Najmniej rozpoznaną kwestią z zastosowanej teorii push-pull są czynniki obojętne. Autorka ze względu na zastosowaną skalę do oceny ważności czynników typu Likerta, ma możliwość zbadania tego zagadnienia, lecz brak wyników wcześniejszych analiz w tym zakresie nie pozwolił na postawienie hipotezy.

4.2. Organizacja badań własnych

4.2.1. Przebieg procesu badawczego

Autorka ze względu na niewielką liczbę badań z Polski, przeprowadziła osiem wywiadów (w okresie od IV do IX 2019 roku) z lekarzami różnych specjalizacji (choroby wewnętrzne, ginekologia i położnictwo, kardiologia, ortopedia i traumatologia ruchu, neurologia, reumatologia, medycyna rodzinna) w celu skonsultowania wyodrębnionych czynników. W wyniku dokonanych konsultacji, autorka została utwierdzona przez respondentów w zasadności analizowania wszystkich 15 czynników w badaniu. Ze względu na niewielką liczbę badań i niewielkie rozpoznanie tematu uwarunkowań wyborów miejsca pracy przez lekarzy w Polsce, autorka dodała pytanie otwarte z możliwością podania innego powodu. Szczegółowy przebieg procesu badawczego został zaprezentowany w tabeli 5.

Następnie autorka opracowała narzędzie badawcze (rozdział 4). Konsultacji z lekarzami podlegały również pytania a formularza ankietowego: pod względem używania nomenklatury charakterystycznej w danej dyscyplinie naukowej, umieszczenia dodatkowych wyjaśnień oraz czasu niezbędnego na wypełnienie ankiety, możliwości korzystania przy tym z urządzeń mobilnych oraz długości pytań. Wyniki wcześniejszych badań środowiska lekarskiego dotyczące przeprowadzania ankiet, dostarczyły istotnych informacji w zakresie: tematu i treści zaproszenia do badania, czasu niezbędnego na wypełnienie ankiety (maksymalnie do 10 minut), braku rekomendacji dla finansowania Fundacji Lekarze Lekarzom (preferującej płatność za wypełnienie ankiety) oraz spodziewanej zwrotności wypełnień (Baliński i Krajewski, 2018b). Ze względu na wysokie kompetencje oraz poziom wiedzy lekarzy, wiele pytań mogło zostać znacznie skróconych i nie wymagało dodatkowych komentarzy. Konsultacje pomogły również sprawdzić zrozumienie pytań, jak i wykluczyć pytania drażliwe (na przykład o wysokość wynagrodzenia w złotych polskich, procent czasu poświęcany na pracę w danej placówce).

Tabela 5. Przebieg procesu badawczego

Działanie	Czas
Przeprowadzenie wywiadów i konsultacji z lekarzami 7 specjalizacji	II-VII 2018
Budowa narzędzia badawczego	X 2018 - III 2019
Konsultacje z lekarzami	IV - IX 2019
Kontakt z Naczelną Izbą Lekarską	IX 2019
Weryfikacja i zatwierdzenie formularza badawczego przez NIL	X - XII 2019
Przygotowanie badania pilotażowego	XII 2019
Wstrzymanie wszelkich działań badawczych i współpracy z NIL ze względu na pandemię SARS-CoV-2	III 2020 - VI 2021
Stabilizacja sytuacji zachorowań i zgonów z powodu SARS-CoV-2 i odnowienie współpracy z NIL.	VI - VIII 2021
Nawiązanie formalnej współpracy pomiędzy Uniwersytetem Ekonomicznym w Poznaniu z NIL	VIII 2021
Dystrybucja linku do badania właściwego	09 IX 2021
Zbieranie danych	09 - 30 IX 2021
Analiza danych	X 2021 - V 2022

Źródło: Opracowanie własne.

Następnie przeprowadzono rozmowy z lekarzami na temat możliwości dotarcia do jak największej liczby respondentów. W wyniku tych rozmów autorka postanowiła zwrócić się z prośbą o pomoc w dotarciu do respondentów do Naczelnej Izby Lekarskiej, nadającej prawo wykonywania zawodu lekarza i zrzeszającej wszystkich lekarzy w Polsce (IX 2019). Badanie właściwe miało być poprzedzone badaniem pilotażowym, które zostało wstrzymane ze względu na pandemię koronawirusa SARS-CoV-2. Proces podjęcia współpracy z NIL był długotrwały, jednak pozyskanie wsparcia ze strony Izby było niezbędne do zachowania założeń i powodzenia badania całościowego. Rozpoczęcie pandemii spowodowało zwiększone zaangażowanie lekarzy w pracę zawodową oraz uniemożliwiło przeprowadzenie badania, które w związku z tym zostało zawieszona do odwołania. Autorka pozostawała w stałym kontakcie z NIL i obserwując tendencje zwiększonej zachorowalności w pewnych okresach, postanowiła poczekać na odwołanie zawieszenia badania. Kilkukrotne prośby autorki o kontynuację współpracy kończyły się odmową z wyjaśnieniem, że spowodowana jest nietypową sytuacją i zapewnieniem, że w przyszłości zostanie reaktywowana współpraca, co nastąpiło w czerwcu 2021 r. Współpraca wymagała sformalizowania polegającego na zawarciu umowy współpracy pomiędzy Uniwersytetem Ekonomicznym w Poznaniu a Naczelną Izbą Lekarską. Po zakończeniu tego etapu (30 VIII 2021), NIL rozesała

wiadomość mailową (w dniu 08 IX 2021) do lekarzy posiadających PWZ i adres mailowy w bazie (111 186 adresów) z zaproszeniem do wzięcia udziału w badaniu. Zaproszenie zostało ostatecznie dostarczone do 105 249 lekarzy. Następnie odnotowano 26 595 unikalnych otwarć maila i 2 851 kliknięć w link do badania. Od tego momentu przez dwa tygodnie miało trwać elektroniczne zbieranie danych. Podczas tego procesu wystąpiły problemy techniczne związane z programem używanym przez NIL do wysyłki masowej. Program niestety nie był całkowicie kompatybilny z programem generującym link (Webankieta) do badania, co skutkowało wyświetleniem u odbiorcy maila (lekarza) informacji o niezabezpieczonym połączeniu. W analizie technicznej dokonanej przez generator linku do badania, okazało się, że narzędzie do dystrybucji maili (Freshmail) mogło spowodować, iż znaczna część zaproszeń została umieszczona w folderze Spam. Niestety tej sytuacji nie dało się przewidzieć ani jej zapobiec, ponieważ wcześniej takie problemy nie występowały. Warto dodać, że badanie rozpoczęło się w dniu 08 IX, a po kilku dniach (11 IX) rozpoczął się „biały strajk” zawodów medycznych. To wydarzenie mogło mieć wpływ na liczbę wyświetleń, wypełnień mobilnych, jak i niedokończonych wypełnień ankiety. Ostatni etap poświęcony był analizom, wnioskowaniu z otrzymanych wyników (rozdział 5) oraz przygotowaniu raportu z badania dla NIL. Ze względu na informację zwrotną od respondentów, dotyczącą problemów technicznych, link do badania był aktywny o tydzień dłużej.

Badanie właściwe trwało łącznie trzy tygodnie (od 8 IX 2022 do 28 IX 2022). NIL nie wyraziła zgody na rozesłanie monitu z przypomnieniem o badaniu, więc zaproszenie zostało wysłane tylko raz. W pierwszym tygodniu trwania badania autorka otrzymała osiem sugestii oraz jedną prośbę o przesłanie wyników po ich opublikowaniu. Respondenci zwracali uwagę na zastosowanie w ankiecie zwrotu „lekarz medycyny” zamiast lekarz (był to zabieg celowy ze względu na pokrywającą się specjalizację chirurgii szczękowo-twarzowej na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym, a badanie skierowane było wyłącznie do lekarzy nie-dentystów), możliwość wyboru pomiędzy dwoma rodzajami płci (autorka zastosowała podział na kobiety i mężczyzn ze względu na możliwość porównania danych oraz braku legalizacji w Polsce płci niebinarnej) oraz informacji na temat procesu kształcenia lekarzy.

Postawione hipotezy skłaniały do pozyskania danych dotyczących zarówno uwarunkowań wyboru, jak i odejść z miejsc pracy przez lekarzy. Przekonało to autorkę do zaniechania pozyskiwania danych w okresach zwiększonego zaangażowania lekarzy w walce z pandemią

oraz zaraz po spadkach zachorowań. Zmęczenie oraz frustracja zgłaszane przez lekarzy były głównymi powodami wstrzymania badania na okres wskazany przez NIL.

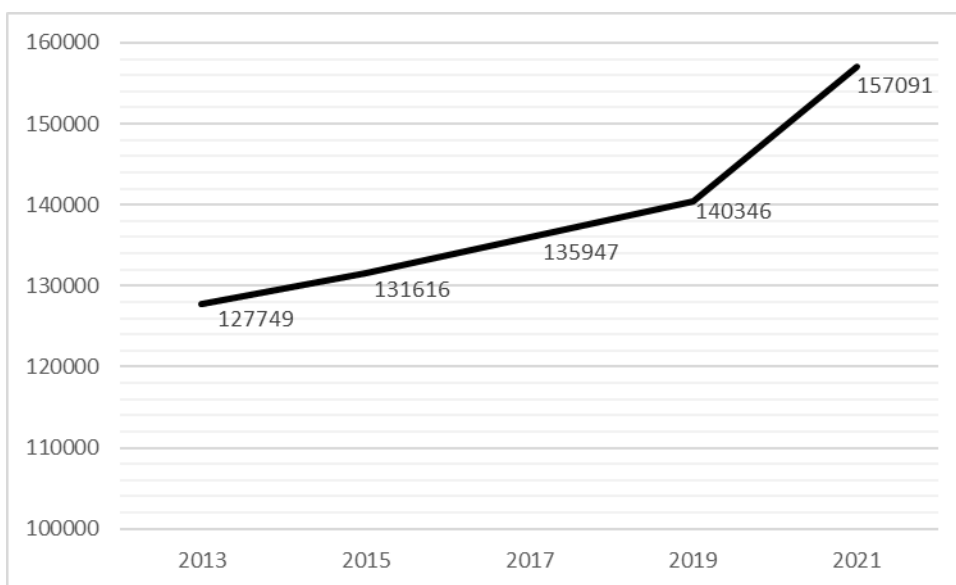
W celu określenia czynników warunkujących wybory miejsc pracy przez lekarzy w Polsce, ważne było dotarcie do lekarzy wszystkich specjalizacji. Kolejny cel szczegółowy dysertacji, odnoszący się do wykorzystania wyników w kształtowaniu polityki zatrudnienia lekarzy w Polsce, skłaniał do dotarcia do różnych grup wiekowych, zwłaszcza najmłodszego pokolenia aktywnych zawodowo lekarzy. Badanie całościowe wymagało bardzo dużej dystrybucji zaproszeń oraz dostępu do danych osobowych lekarzy, dlatego autorka wybrała metodę ankiety elektronicznej, a podejmując współpracę z NIL. Dzięki dystrybucji zaproszeń wraz z linkiem do badania autorka nie miała dostępu do danych osobowych, a uzyskane dane w serwisie Webankieta (konto autorki), nie dawały możliwości zidentyfikowania respondenta przez NIL ani autorkę. Taki podział czynności zapewniał respondentom badania pełną anonimowość, na której bardzo im zależało i o czym wielokrotnie wspominali podczas konsultacji. Zastosowanie wyłącznie elektronicznej wersji ankiety wynikało również z trwającej sytuacji pandemicznej w kraju i na świecie. Zadbano o zaprogramowanie możliwości powrotu do ankiety bez konieczności ponownego wypełniania jej od początku, co pozwalało na udzielanie odpowiedzi w dogodnym dla respondentów momencie.

4.2.2. Badana populacja

Jak wyjaśniono we wstępie dane na temat liczby lekarzy i lekarzy dentystów są niepewne, ze względu na trudności w pozyskaniu informacji o sposobie wykonywania zawodu oraz niejednorodnym sposobie definiowania pojęcia „lekarz” dla celów statystycznych (Baliński i Krajewski, 2018a, s. 5). Analizując zjawiska demograficzne w populacji lekarzy należy wziąć pod uwagę specyfikę opisywanej grupy. Tylko część wskaźników można zastosować wprost (na przykład wskaźnik feminizacji), inne natomiast mogą wymagać odmiennej interpretacji (na przykład wskaźnik obciążenia demograficznego²²) (Holzer, 2003).

²² Wskaźnik obciążenia demograficznego wskazuje stosunek liczby dzieci (0-14 lat) i osób w starszym wieku (65 i więcej lat) do liczby osób w wieku 15-64 lata. Współczynnik może być liczony także w odniesieniu do ekonomicznych grup wieku i jest to stosunek liczby osób w wieku nieprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym. Jako nieprodukcyjny przyjmuje się wiek 0-17 lat (wiek przedprodukcyjny) oraz 60 lat i więcej dla kobiet i 65 lat i więcej dla mężczyzn (wiek poprodukcyjny); wiek produkcyjny to 18-59 lat – dla kobiet i 18-64 lata – dla mężczyzn. Lekarze ze względu na późniejsze rozpoczęcie aktywności zawodowej na rynku pracy (dodatkowo zależnej od długości realizowanej bądź nie specjalizacji) oraz duże zapotrzebowanie na usługi medyczne, są aktywni zawodowo mimo osiągnięcia wieku emerytalnego.

Zgodnie z danymi Centralnego Rejestru Lekarzy (CRL), na dzień 31 sierpnia 2021 liczba lekarzy posiadających PWZ w Polsce wynosiła 156 844 osoby. Ograniczone prawo wykonywania zawodu (lekarzy stażystów) miało 8 114 osób; lekarzy nie wykonujących zawodu, z ograniczonym prawem przez ORL oraz z zawieszonym PWZ było 10 970. Medyków posiadających PWZ lekarza cudzoziemca, cudzoziemca na czas określony z UE i spoza UE było łącznie 953 (Kędzierski, 2021) (załącznik 2). Biorąc pod uwagę ostatnie 10 lat, można stwierdzić, że liczba lekarzy posiadających PWZ nieustannie wzrasta. W roku 2012 było ich łącznie ponad 125 tys., w 2015 liczba lekarzy przekroczyła 130 tys., w 2019 ponad 140 tys. a na koniec 2021 r. niemal 160 tys. (wykres 1).



Wykres 1. Liczba lekarzy z PWZ w latach 2013 - 2021 w Polsce

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z CRL.

Wskaźnik liczby lekarzy wykonujących zawód na tysiąc mieszkańców w 2019 roku wynosił 3,59²³. Biorąc pod uwagę wszystkich lekarzy posiadających PWZ, wskaźnik ten jest wyższy i wynosi 3,93 (*Kadra medyczna*, 2019). Według danych OECD liczba lekarzy na tysiąc mieszkańców w Polsce w 2017 r. wynosiła 2,40 i nieznacznie zmieniła się na przestrzeni 17 wcześniejszych lat (różnica wynika z innej metodologii liczenia, o której wspomniano wcześniej (*Practising doctors...*, 2019)).

²³ Ze względu na różnie przyjmowaną definicję zawodu lekarza wynik wskaźnika może się różnić w zależności od autorów publikacji (OECD vs NIL). W niniejszej pracy przyjęto liczbę prezentowaną przez NIL w CRL.

Analizując natomiast 5-letnie przedziały wiekowe lekarzy z PWZ (tabela 6), najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 26-30 lat oraz 51-55 lat (po 10,5%), a następnie grupa wiekowa lekarzy 31-35 lat (10,3%), 61-66 lat (10,2%) i 56-60 lat (10,1%). Wynika z tego, że 30% lekarzy jest w grupie wiekowej 51-65 lat, czyli u progu wieku emerytalnego. Najmniej liczną była grupa najmłodszych lekarzy, czyli wstępujących na rynek pracy (1,6%) oraz pomiędzy 41-45 rokiem życia (7,2%) i trochę młodszych, między 36-40 lat (7,8%). Ogólnie lekarzy w przedziale wiekowym między 36. a 50. rokiem życia jest mniej niż starszych i młodszych, co skutkuje ograniczonymi zasobami, szczególnie na rynku pracy specjalistów.

Tabela 6. Liczba lekarzy w Polsce według wieku w przedziałach 5-letnich

Wiek	Liczba lekarzy z PWZ	Udział w liczbie łącznej (%)
do 25 lat	2 469	1,6
26-30 lat	16 510	10,5
31-35 lat	16 109	10,3
36-40 lat	12 179	7,8
41-45 lat	11 248	7,2
46-50 lat	12 660	8,1
51-55 lat	16 432	10,5
56-60 lat	15 839	10,1
61-65 lat	15 993	10,2
66-70 lat	13 115	8,4
71 lat i więcej	24 342	15,5
suma	156 896	100,00

Uwagi: stan na 31.08.2021.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CRL (*Informacje statystyczne...*, 2021).

Różnice w danych o liczbie lekarzy w poszczególnych grupach wiekowych wynikać mogą ze zmiany liczby absolwentów kierunku lekarskiego. W latach 1991-2006 limity osób przyjmowanych na studia medyczne były znacznie obniżone (na przykład limity w latach 1994-2000 stanowią około 62% limitu z roku 1990) (*Gazeta Lekarska* nr 6/2001) oraz ze zmian w systemie edukacji na kierunku lekarskim, o której autorka wspomniała w rozdziale 2.3.

W podziale na płeć, kobiety stanowiły 59,1% a mężczyźni 40,9 % osób posiadających PWZ (tabela 7). Natomiast kobiety wykonujące zawód lekarza stanowiły 58,5%, a mężczyźni 41,5%.

Tabela 7. Zestawienie liczbowe lekarzy w Polsce według wieku i płci w 2021 r.

Płeć - przedział wiekowy w latach	Liczba wszystkich członków IL	Liczba lekarzy wykonujących zawód	% aktywności zawodowej członków IL	% liczby członków IL w łącznej liczbie lekarzy danej płci
Kobiety w wieku do 25	1 581	1 567	99,11	1,70
Kobiety w wieku od 26 do 30	10 359	10 307	99,50	11,16
Kobiety w wieku od 31 do 35	10 028	9 959	99,31	10,81
Kobiety w wieku od 36 do 40	7 875	7 785	98,86	8,49
Kobiety w wieku od 41 do 45	6 754	6 654	98,52	7,28
Kobiety w wieku od 46 do 50	7 031	6 863	97,61	7,58
Kobiety w wieku od 51 do 55	8 936	8 716	97,54	9,63
Kobiety w wieku od 56 do 60	8 368	8 157	97,48	9,02
Kobiety w wieku od 61 do 65	9 096	8 811	96,87	9,80
Kobiety w wieku od 66 do 70	7 376	6 783	91,96	7,95
Kobiety w wieku 71 i więcej	15 378	9 718	63,19	16,57
łącznie kobiety	92 782	85 320	-	100,00
Średnia	-	-	94,54	-
Mężczyźni w wieku do 25	888	881	99,21	1,39
Mężczyźni w wieku od 26 do 30	6 151	6 124	99,56	9,59
Mężczyźni w wieku od 31 do 35	6 081	6 042	99,36	9,48
Mężczyźni w wieku od 36 do 40	4 304	4 264	99,07	6,71
Mężczyźni w wieku od 41 do 45	4 494	4 434	98,66	7,01
Mężczyźni w wieku od 46 do 50	5 629	5 488	97,50	8,78
Mężczyźni w wieku od 51 do 55	7 496	7 265	96,92	11,69
Mężczyźni w wieku od 56 do 60	7 471	7 272	97,34	11,65
Mężczyźni w wieku od 61 do 65	6 897	6 687	96,96	10,76
Mężczyźni w wieku od 66 do 70	5 739	5 435	94,70	8,95
Mężczyźni w wieku 71 i więcej	8 964	6 698	74,72	13,98
łącznie mężczyźni	64114	60590	-	100,00
Średnia	-	-	95,82	-
łącznie kobiety i mężczyźni	156896	145910	-	-

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych CRL na dzień 31.08.2021 r. (*Informacje statystyczne...*, 2021).
Uwagi: Pogrubione wartości są najwyższe.

Kobiet aktywnie pracujących w zawodzie jest najwięcej w wieku do 35 i powyżej 61 lat, mężczyzn - w przedziale 51-60 lat. Jak wynika z poniższych danych, największy odsetek lekarek jest w wieku, w którym lekarze jeszcze pobierają naukę i dopiero zdobywają praktykę zawodową oraz w wieku poprodukcyjnym. Zgodnie z dostępnymi danymi GUS, osoby w wieku produkcyjnym niemobilnym²⁴ w 2018 roku stanowiły 37% wszystkich pracujących.

Biorąc pod uwagę specyfikę zawodową medyków, polegającą na konieczności ukończenia dłuższych studiów oraz koniecznością odbycia stażu, lekarze jako grupa zawodowa są starsi niż ogół osób pracujących.

Lekarze wykonują często pracę pomimo osiągniętego wieku emerytalnego i nie są obciążeniem ekonomicznym dla lekarzy w wieku produkcyjnym. Dzielenie się wiedzą i doświadczeniem zawodowym, chociażby podczas szkolenia specjalistów, jest cennym wkładem w edukację młodszych lekarzy. Zaletą tej sytuacji są również mniej odczuwalne braki kadrowe w opiece medycznej w Polsce. Dlatego też ten wskaźnik w literaturze przedmiotu nosi nazwę „współpracy pokoleniowej²⁵” i w 2020 r. wyniósł wśród lekarek 0,43, a wśród lekarzy 0,25. Powyższe dane wskazują również na wyższy wskaźnik feminizacji wśród lekarzy (niemal 60%) niż przeciętna dla wszystkich zawodów w Polsce (48%) (GUS, 2019).

Jak wynika z danych z tabeli 7, znaczna liczba lekarzy pracuje nadal w wieku emerytalnym. Zmiany legislacyjne z 2017 roku, dotyczące zmiany granicy wieku emerytalnego, mogą w analizach czasowych zniekształcać przebieg procesów demograficznych. W 2020 r. w wieku emerytalnym było ponad 46 500 lekarzy, w tym kobiet około 31 000 (66,6%) i niemal 15 000 mężczyzn (33,3%) (*Informacje statystyczne...*, 2021), zatem lekarze w wieku emerytalnym stanowili niemal 30% wszystkich lekarzy.

Wskaźnik dynamiki demograficznej jako syntetyczna miara reprodukcji ludności, przedstawia stosunek liczby urodzeń do liczby zgonów w danym okresie. Stosując tę miarę analogicznie do populacji lekarzy, można wskaźnik przedstawić jako iloraz liczby lekarzy rozpoczynających wykonywanie pracy zawodowej (czyli uzyskanie pełnego PWZ) do liczby osób kończących świadczenie usług medycznych (przejście na emeryturę i zaprzestanie

²⁴ Przedział wieku niemobilnego określony jest jako: 45-59 lat dla kobiet, 45-64 lat dla mężczyzn (*Słownik pojęć GUS...* 2022) i rozumiana jest jako okres, w którym osoby te nie są już chętne do zmiany pracy, przekwalifikowania czy doksztalcania się.

²⁵ obliczanego jako stosunek liczby lekarzy w wieku emerytalnym do liczby lekarzy w wieku produkcyjnym (Baliński i Krajewski, 2018a, s. 21).

aktywności zawodowej oraz wykreślenia). Wskaźnik ten w opracowaniach nazywany jest „współczynnikiem zastępowalności”. Wartość tego wskaźnika w grupie zawodowej lekarzy w 2017 r. wynosiła 2,37 i w stosunku do roku poprzedniego był on o 1,16 niższy (dla grupy kobiet wynosił 2,82, dla mężczyzn 1,89). Oznaczać to może zmniejszenie liczby lekarzy świadczących usługi medyczne. W Polsce w tym okresie współczynnik dynamiki demograficznej wynosił 1,0 (*Współczynnik statystyki demograficznej*, 2019). Z powyższych danych wnioskować można, że wielkość spadku wskaźnika zastępowalności wśród lekarzy jest znacznie większy niż wskaźnika dzietności w całym kraju, co w efekcie może potwierdzać spodziewaną lukę pokoleniową w grupie zawodowej lekarzy.

4.2.3. Miejsca pracy lekarzy w Polsce

W niniejszym podrozdziale przybliżona zostanie sytuacja aktywności zawodowej lekarzy w Polsce, aby lepiej zrozumieć ich wybory miejsc pracy. Jak wspomniano już we wstępie, informacje dotyczące zatrudnienia w sektorze zdrowia pochodzą z różnych źródeł, które przyjmują różne definicje pojęcia pracowników medycznych. Wynikają z tego różnice w liczbie aktywnych zawodowo lekarzy w Polsce. Do analiz przyjmowane są dane pozyskiwane w różny sposób. W rozdziale drugim mowa była również o znikomym bezrobociu w tej grupie zawodowej i panującym „rynku pracownika” oraz o tym, że lekarze mają wiele możliwości wyboru miejsc pracy i już w trakcie studiów mogą podjąć zatrudnienie wykorzystując wiedzę medyczną.

Na barometrze zawodów²⁶ (rysunek 4) można zauważyć zmiany deficytu lekarzy w coraz większej liczbie powiatów. Istotny jest też fakt braku nadwyżki w którymkolwiek powiecie, z którego można by dokonać relokacji siły roboczej.

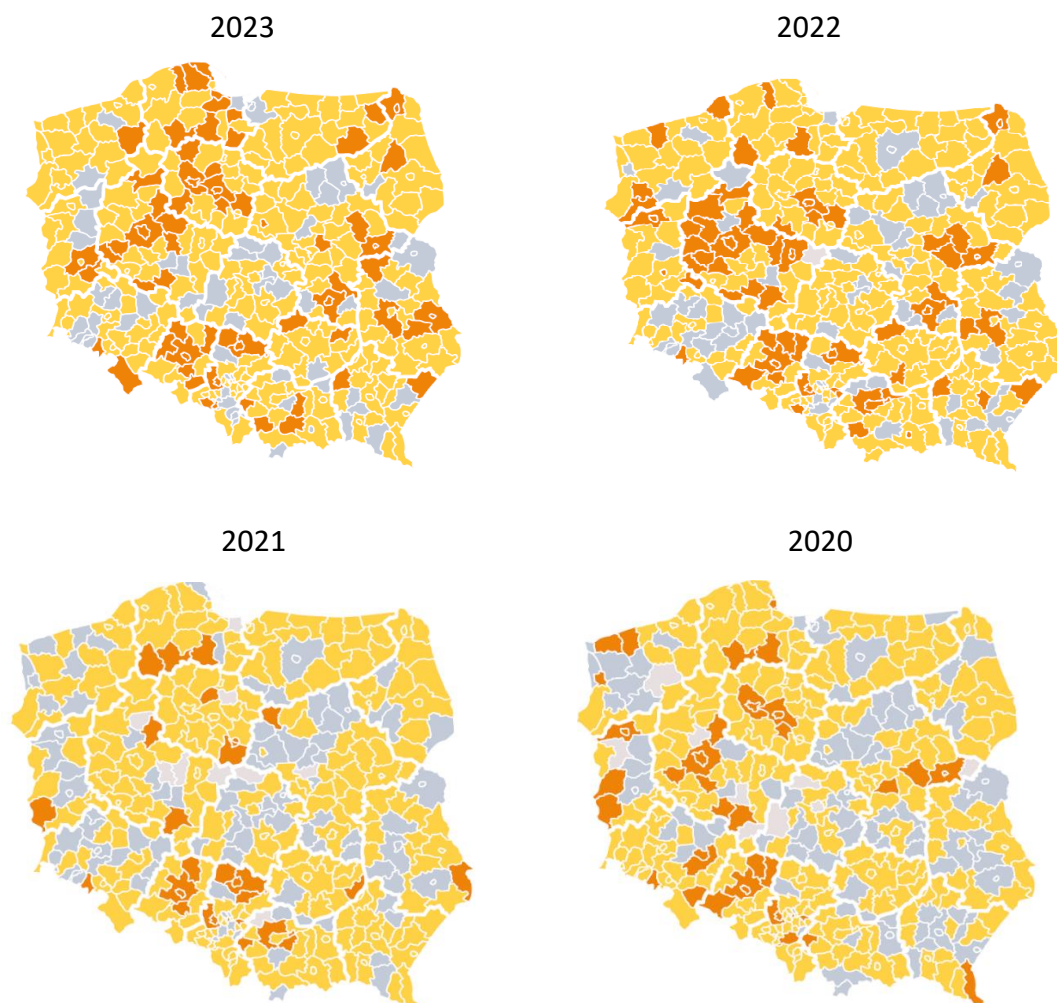
W prognozie na rok 2020 duży deficyt poszukujących pracy wykazano w 41 powiatach i mimo iż w roku 2021 już tylko w 29 powiatach, to w kolejnych latach 2022 i 2023

²⁶ Barometr zawodów jest jednoroczną prognozą sytuacji w zawodach z rozgraniczeniem na: deficytowe, zrównoważone i nadwyżkowe. Zapotrzebowanie na poszczególne zawody barometr prezentuje w każdym z powiatów, na poziomie województw oraz kraju. Metodologię badania wypracowano w Szwecji w latach 90. XX wieku, w ramach systemu prognozowania zmian na rynku pracy w Finlandii. W Polsce do 2019 roku Barometr zawodów realizowany był równoległe z badaniem ilościowym Monitoring zawodów deficytowych i nadwyżkowych prowadzonym dla całej Polski (na mocy zapisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy). Od 2020 r. badania te zostały połączone w jedno pod nazwą Barometr zawodów. Tym samym stworzone narzędzie powstało w Polsce i ze względu na zmianę metodologiczną badania prezentowane dane dotyczą okresu 2020-2023.

prognozowano duży deficyt odpowiednio w aż 72 i 73 powiatach. Dokonując porównania lat 2020, 2021, 2022 i 2023 warto zauważyć, że deficyt wynika ze starzejących się kadr medycznych i braku specjalistów (na przykład powiat janowski – województwo lubelskie, powiaty ościenne wokół dużych miast takich jak Warszawa, Kraków, Poznań). Jedynym obszarem z wykazanim zmniejszonym deficytem w roku 2020 jest powiat sanocki, dla którego zastosowano bonus na zasiedlenie. W konsekwencji tego zabiegu, deficyt zwiększył się w dużych miastach, a w kolejnych latach sytuacji spadku deficytu już nie zaobserwowano. Szczególnie szybki wzrost zapotrzebowania na lekarzy na rok 2023 prognozuje się w stolicy. Poza tym, od lutego 2022 do Polski przybywają licznie uchodźcy wojenni z Ukrainy, co może ten deficyt pogłębiać.

Głównymi powodami deficytu lekarzy wskazywanymi w wynikach Barometru są: starzejące się społeczeństwo i luka pokoleniowa kadr medycznych, utrzymująca się sytuacja pandemiczna i skutki pandemii SARS-CoV-2, limity przyjęć na studia, ograniczenia możliwości realizacji specjalizacji, migracje wewnętrzne i zewnętrzne, mało atrakcyjne zarobki na lokalnych rynkach pracy, w Toruniu otwarcie nowego bloku szpitala wojewódzkiego, we Włocławku rozbudowa centrum usług medycznych.

Pandemia SARS-CoV-2 spowodowała jeszcze większe zapotrzebowanie na umiejętności i wiedzę lekarzy. Z tego też względu można stwierdzić incydentalny efekt bonów zasiedleniowych i że w najbliższych latach sytuacja nie będzie ulegać polepszeniu. Perspektywa długoterminowa wskazuje na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych Polaków za niespełna 20 lat z uwzględnieniem ruchów migracji międzynarodowych, a bez uwzględniania wyjazdów i przyjazdów – już za około 15 lat (Klinger, 2021). Od tego momentu prognozowana jest nadwyżka liczby lekarzy nad liczbą potrzebnych usług lekarskich. W latach między 2030 a 2040 miałyby nastąpić zaspokojenie potrzeb w 100% niezależnie od migracji, oraz osiągnięcie poziomu zaspokojenia potrzeb na poziomie średniej dla krajów Unii Europejskiej. Prognoza ta przygotowana była jeszcze przed rozpoczęciem wojny na terenie Ukrainy, a biorąc pod uwagę migrację uchodźców wojennych do Polski, uzyskanie poziomu zaspokojenia potrzeb może znacznie się przesunąć.



Legenda: znaczenie poszczególnych kolorów
jasnoszary – brak danych
ciemnoszary - równowaga popytu i podaży
pomarańczowy – duży deficyt poszukujących pracy
żółty – deficyt poszukujących pracy

Rysunek 4. Prognoza relacji między dostępnymi pracownikami a potrzebami pracodawców w zawodzie lekarza w latach 2020-2023

Źródło: *Barometr zawodów. Prognoza ...* (2023).

Rozmieszczenie pracujących lekarzy w Polsce jest również nierównomierne pod względem geograficznym, jak i liczby mieszkańców w danym rejonie (Pietrzak, 2018, s. 162) i ma tendencje do koncentrowania się w obszarach miejskich, oraz w rejonach, w których

znajdują się uczelnie medyczne oraz wysoko wyspecjalizowane ośrodki kliniczne (GUS, 2012, s. 128). Natomiast migracja międzynarodowa, która występowała już przed przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej w nieznacznym stopniu, po 2004 roku znacznie się zwiększyła osiągając szczytowy poziom w 2006 r. i następnie nieznacznie spadała (Kautch i Czabanowska, 2011, s. 11–12; Kaczmarczyk i inni, 2012).

4.3. Konstrukcja narzędzia badawczego i badane zmienne

W związku z ograniczeniami czasowymi na przyjęcia pacjenta podczas wizyty, panującą pandemię SARS-CoV-2 oraz znaczną częścią prac administracyjnych pełnionych przez lekarzy z wykorzystaniem komputera, zdecydowano, że kwestionariusz był wyłącznie dostępny w formie elektronicznej. Można go było wypełnić zarówno na komputerze, jak i na urządzeniach mobilnych.

Kwestionariusz ankietowy dla lekarzy rozdysponowany został mailowo w formie linku do ankiety on-line przy udziale NIL. W treści wiadomości z zaproszeniem do badania udzielona została informacja dotycząca jego celu oraz danych autorki. Ankieta kończyła się podziękowaniem oraz podaniem danych autorki w celu możliwości udzielenia informacji zwrotnej na temat badania oraz możliwości kontaktu w razie wątpliwości. Tworzenie pytań w kwestionariuszu konsultowane było systematycznie z lekarzami z Wielkopolski, następnie stworzony projekt został sprawdzony i zaakceptowany przez członków NIL. Konsultacje treści pytań dotyczyły głównie kwestii językowych, dotyczących obaw przy udzielaniu rzetelnych odpowiedzi oraz zrozumienia sensu pytań. W wyniku konsultacji zrezygnowano z pytań dotyczących wysokości średniego dochodu na członka rodziny, wysokości dochodu w miejscu pracy, podania procentowego udziału godzinowego zaangażowania w miejscach pracy oraz ze wskazania przynależności do Okręgowej Izby Lekarskiej. Wymienione wcześniej kryteria zostały uznane za „drażliwe”, ponieważ lekarze uzależniali wzięcie udziału w badaniu od konieczności ich podawania. Z tego też względu kryterium wyboru miejsca pracy – którego dotyczyły dalsze pytania – było ograniczone. Autorka zdecydowała, że ocena czynników dotyczyć będzie ostatnio wybieranego miejsca pracy przez respondenta a nie na przykład kryterium dochodowe czy ilości godzin poświęconych na świadczenie w nim pracy. W przypadku oceny czynników wypychania ocenie podlegało miejsce pracy, z którego lekarz zrezygnował lub ograniczał największą liczbę godzin pracy. Rozmówcy podkreślali, że bardzo

ważną kwestią jest anonimowość wraz z zapewnieniem braku możliwości identyfikacji na przykład po przynależności do OIL lub po numerze PWZ. Biorąc pod uwagę powyższe uwagi, te pytania nie zostały zadane.

Zasugerowane zmiany dotyczyły również stosowania pytań krótkich i zadanych wprost, bez zbędnych opisów i wyjaśnień. Zabieg ten uzasadniony jest głównie ze względu na wysoki poziom wykształcenia i łatwość zrozumienia pytań przez respondentów oraz ograniczenia czasowe przy wypełnianiu formularza. Dążenie do stworzenia jak najkrótszego kwestionariusza wpłynęło również na podjęcie decyzji o umieszczeniu w treści zaproszenia do wypełnienia ankiety sugerowanego czasu na udzielenie odpowiedzi (8-9 minut). Zastosowano również możliwość przerywania udzielania odpowiedzi i powrotu do linku w miejscu ostatniej udzielonej odpowiedzi oraz pasek postępu wypełniania kwestionariusza, aby respondent wiedział, w którym miejscu kwestionariusza się znajduje. W każdym momencie respondent mógł również cofnąć się do poprzednich pytań. Konstrukcja niemal wszystkich (poza trzema) pytań miała opcję wyboru odpowiedzi z listy lub oceny w 5-stopniowej skali Likerta (gdzie 1 – oznaczało „zdecydowanie zniechęcał”, 2 – „zniechęcał”, 3 – „ani nie zniechęcał, ani nie zachęcał”, 4 – „zachęcał” i 5 – „zdecydowanie zachęcał” oraz dodano odpowiedź „0” - nie był brany pod uwagę” dla poznania czynników nie branych w ogóle pod uwagę (zamiast odpowiedzi „nie wiem” stosowanej w tego typu skali)). Oceny ważności tego samego katalogu czynników przyciągających do nowego miejsca i wypychających z innego respondent dokonywał w tej samej skali.

W kwestionariuszu były również pytania z możliwością udzielenia odpowiedzi własnej. Dotyczyły one wieku, stażu pracy, planów dotyczących aktywności zawodowej po uzyskaniu prawa do emerytury, liczby posiadanych dzieci, dawały możliwość podania jeszcze innego niż wskazane czynniki, podania innego niż wskazane rodzaje miejsca pracy, podania informacji skąd respondent dowiedział się o opisywanym miejscu pracy, liczby godzin zmiany zaangażowania w innych miejscach pracy, jeśli one nastąpiły oraz oczekiwań co do miejsca pracy.

W pierwszej części kwestionariusza respondenci podawali dane socjodemograficzne, które były pytaniami w znacznej mierze objętymi obowiązkowymi odpowiedziami – poza podaniem danych, dotyczących pochodzenia z rodziny lekarskiej, aby nie zniechęcić respondentów do dalszego wypełnienia kwestionariusza. Następnie respondenci wskazywali swój stan wykwalifikowania, czyli czy posiadają specjalizację lub nie oraz czy są w procesie

podnoszenia kwalifikacji (podczas stażu). W kolejnym pytaniu lekarze wskazywali stopień wykształcenia oraz posiadane tytuły i stopnie naukowe. Zabieg ten służył dokonaniu podziału zgodnie z założeniami teorii kapitału ludzkiego. Następnie na podstawie pytania filtrującego dokonano selekcji respondentów podejmujących pracę zawodową. Głównie do nich było skierowane badanie i tylko te osoby dokonywały oceny działania poszczególnych czynników przyciągających do miejsca pracy (nazwanego miejscem A), które ostatnio wybrali oraz wskazywali rok, w którym tego dokonali. W kolejnym pytaniu identyfikowano źródła informacji o tym miejscu pracy, a następnie jego charakterystyki w zakresie sektora, rodzaju miejsca oraz miejscowości, w jakiej znajduje się miejsce A. Osoby podejmujące pracę po raz pierwszy w życiu miały możliwość wypowiedzenia się na temat oczekiwań dotyczących miejsca pracy i były przekierowywane do zakończenia ankiety i podziękowania. Osoby, które rezygnowały z pracy lub ograniczyły godziny pracy w jednym miejscu pracy na rzecz pracy w miejscu A, miały możliwość oceny czynników wypychających z miejsca opuszczanego oraz scharakteryzowania go. Ocena miejsca opuszczanego, jako głównego miejsca pracy, była oceną subiektywną respondenta i nie wskazywano żadnych kryteriów do jej dokonania.

Następne pytania dotyczyły kolejnych miejsc pracy, w których nadal pracował lekarz. Dotyczyły one jedynie zaangażowania godzinowego w pracę oraz danych ogólnych takich jak sektor, do jakiego należy, rodzaj miejsca pracy czy miejscowość, w jakiej się znajduje.

Na potrzeby analiz wykraczających poza temat dysertacji zbierano też dane na ten temat planów aktywności po uzyskaniu prawa do emerytury i informacje skąd lekarz dowiedział się o miejscu pracy, które wybrał i oceniał (miejsce A).

W zmiennej **Wiek** oraz **Staż pracy** nie zastosowano przedziałów wiekowych czy liczby lat ze względu na brak wcześniejszych badań z wykorzystaniem tej zmiennej. **Grupę** lekarza specjalisty identyfikowano po wskazanej specjalizacji, gdyż respondent miał możliwość wskazania maksymalnie dwóch posiadanych specjalizacji, co uzasadnione było dwustopniowością niektórych specjalizacji, jak i ograniczeniami czasowymi na wypełnienie kwestionariusza. Wykaz zastosowanych specjalizacji stanowi załącznik nr 1. W zmiennej **Posiadane stopnie i tytuły naukowe** zastosowano odpowiedź „lekarz medycyny”, aby wykluczyć wzięcie udziału dentystów, szczególnie ze względu na pokrywającą się specjalność chirurgii szczękowo-twarzowej. Oficjalnie absolwenci kierunków medycznych legitymują się wykształceniem lekarza (bez dodatku „medycyny”). Natomiast zmienna **Sektor** składała się z trzech opcji: (sektor publiczny, sektor prywatny i publiczno-prywatny. Sektor publiczno-

prywatny – jak zostało wskazane wcześniej - obejmuje miejsca pracy publiczne z możliwością przyjęć prywatnych, ponieważ podjęcie pracy w jednym miejscu może nieść ze sobą możliwość pracy w ramach kontaktu z NFZ jak i realizacją procedur prywatnych. W zmiennej **zależnej** zastosowano również możliwość odpowiedzi własnej, ze względu na brak wcześniejszych badań w tym zakresie z perspektywy ekonomii na terenie Polski.

4.4. Techniki analizy materiały empirycznego

Proces analizy i wykorzystane techniki materiału empirycznego zaprezentowano na rysunku 5. Po pierwsze sprawdzono poprawność danych wykorzystując statystyki opisowe oraz współczynnik Alfa Cronbacha (dla zmiennych ilościowych) oraz odrzucono kwestionariusze wypełnione niekompletnie. Następnie dzięki zastosowanej podstawie teorii kapitału ludzkiego podzielono respondentów na następujące grupy, w oparciu o które dokonywano analiz:

1. Lekarze specjaliści (grupa G1),
2. Lekarze bez specjalizacji (grupa G2),
3. Lekarze w trakcie kształcenia się (grupa G3).

TKL zakłada dodatnią korelację inwestycji w wykształcenie i oczekiwanej stopy zwrotu z niej w formie wynagrodzenia (rozdział 1.1.2). Badane różnice pomiędzy grupami były stwierdzane na podstawie wyniku dla statystyki F, dla $p < 0,05$ oraz η^2 stosowaną do określania występowania siły efektu i wyjaśniającą zależność zmiennych wobec siebie.

Proces analizy danych był wieloetapowy (rysunek 5). W pierwszej kolejności istotnym elementem było wyselekcjonowanie lekarzy z PWZ, którzy dokonywali wyboru miejsca pracy (**Etap I**). W badaniu udział brali również lekarze z PWZ, którzy nie podejmowali jeszcze pracy zawodowej i w związku z brakiem możliwości realnej oceny powodów wyborów miejsc pracy, byli przekierowywani tylko do jednego pytania otwartego, w którym mogli opisać swoje oczekiwania wobec miejsca pracy. Lekarze, którzy wybierali już miejsce pracy w kolejnym etapie dokonywali oceny oddziaływania (przyciągania) powodów wyboru miejsca pracy (miejsce A) w oparciu o listę skonstruowaną na podstawie tabeli 3 (**ETAP II**). Celem tego etapu była identyfikacja i analiza ważności czynników zachęcających polskich lekarzy do wyboru określonego miejsca pracy. Na podstawie uzyskanych danych, przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową, która miała na celu zweryfikowanie, czy istnieje możliwość

redukcji zmiennych (Bedyńska i Cypryańska, 2013). Analizowanie wszystkich danych dla 15 pozycji rozmyłoby obraz, stąd decyzja o dokonywaniu analiz na podstawie zredukowanej liczby czynników. Tylko postawiona hipoteza dotycząca roli 15 czynników w poszczególnych sektorach jest weryfikowana dla tych szczegółowych.

Zastosowanie analizy jednoczynnikowej z wykorzystaniem metod parametrycznych uzasadnione było uzyskaniem zadawalającego poziomu współczynnika skośności i kurtozy podzielonego przez błąd standardowy ($\leq \pm 2$) (Bedyńska i Cypryańska, 2013).

Lekarze, którzy dotychczas nie opuszczali/rezygnowali całkowicie lub nie ograniczali liczby godzin pracy w jakimkolwiek miejscu pracy, przekierowywani byli do pytania dotyczącego oczekiwań dotyczących miejsca pracy i kończyli badanie. Zgodnie z założeniami teorii push-pull, lekarze, którzy opuścili miejsce pracy rezygnując całkowicie ze świadczenia pracy w nim (miejsce B) oraz ci, którzy ograniczyli liczbę godzin pracy w jakimś miejscu (miejsce C) na rzecz pracy w miejscu A, proszeni byli o ocenę powodów tego odejścia/zmniejszenia godzin pracy. Celem tej oceny było poznanie czynników wypychających lekarzy z miejsca pracy. Ze względu na nieliczną grupę oceniających miejsce B i C szczególnie z rozróżnieniem na G1, G2 i G3 zostały one połączone, a wyniki uogólnione.

Następnie przeprowadzono analizę czynnikową dla czynników przyciągających oraz osobną dla wypychających. Na podstawie wyników eksploatacyjnej analizy czynnikowej (wykres osypiska) dla czynników przyciągających i wypychających wyszczególniono jeden czynnik główny oraz jeden dodatkowy. Dla przyciągających był to czynnik składający się z 7 czynników (itemów), a dla wypychających z 5 zmiennych (itemów). Otrzymane wyniki poddano ocenie adekwatności doboru próby oraz testowi sferyczności Bartletta, dzięki którym uzyskano pewność, że nie ma żadnych powiązań pomiędzy zmiennymi. Ponadto w obu strukturach czynnikowych okazało się, że trzy czynniki pełnią inną funkcję motywacyjną, która nie pasowała ściśle do żadnego czynnika. Postanowiono zatem w dysertacji skupić się na dwuczynnikowej strukturze, przy uwzględnieniu trzech dodatkowych aspektów w postaci motywów niepasujących do czynnika głównego i dodatkowego. Uznano, iż owe trzy aspekty, które nie zostały włączone w skład żadnego czynnika, będą miały charakter komplementarny dla uzyskanej struktury czynnikowej motywów przyciągających oraz wypychających.

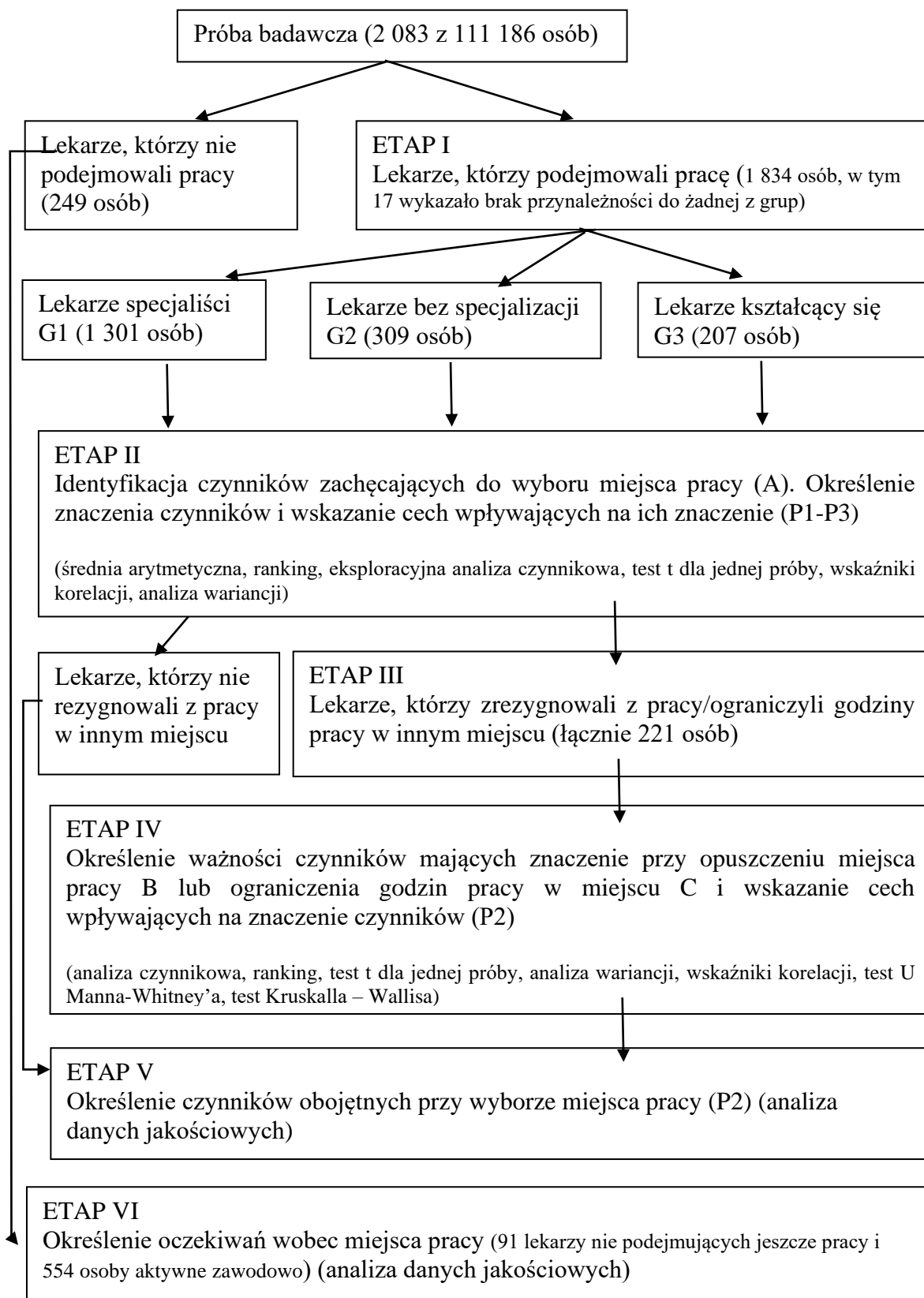
Dodatkowo autorka wykonała analizę skupień metodą k-średnich (**ETAP II**) w celu wyodrębnienia typologii osób skupionych na motywach przyciągania (w wyborze miejsca pracy A) i wypychania (z miejsca B i C). Pomogła ona w odpowiedzi na pytanie badawcze P3,

wykazując dla jakie faktory są ważne dla lekarzy o podobnych cechach. Do uzyskana wyniku przyjęto odpowiednią liczbę skupień dla czynników przyciągających (3) i wypychających (5) oraz zastosowano klasyczną odległość Euklidesową. Przeprowadzenie tej analizy umożliwiło identyfikację grup lekarzy o podobnych preferencjach wyboru i opuszczania miejsca pracy. Ze względu na wysokie dysproporcje liczebności w poszczególnych nowopowstałych grupach, lekarzy specjalistów, bez specjalizacji i kształcących się nie dokonywano interpretacji wyników z podziałem na G1, G2 i G3.

W związku z głównym celem pracy, zastosowano w kwestionariuszu możliwość wskazania również odpowiedzi własnej, jeśli występował powód wyboru miejsca pracy nieuwzględniony w zaproponowanej liście. Otrzymane w efekcie dane jakościowe zostały wyselekcjonowane i uporządkowane, a następnie ustalono kategorie analityczne i dokonano kodowania kierując się nazwami czynników z zakresu ekonomii, zarządzania, zdrowia publicznego i innych dyscyplin naukowych. Dzięki temu stworzona została możliwość ujawnienia się luki badawczej z innych perspektyw.

Aby odpowiedzieć na drugie pytanie badawcze **P2** (*Jak ważne są poszczególne czynniki i jakie istnieją różnice we wskazywanych czynnikach wpływających na wybór miejsca pracy dla lekarzy*), wykonano analizę wariancji w modelu mieszanym, gdzie porównano pięć czynników motywujących do pracy w zależności od przynależności do konkretnej grupy lekarzy (G1, G2 lub G3) (**Etap II**). Zgodnie z założeniami teorii kapitału ludzkiego podział ten jest niezbędny, ponieważ wyniki łączne nie uwypuklą różnic pomiędzy lekarzami, którzy są na różnym etapie inwestycji w siebie.

Z uwagi na postawione hipotezy szczegółowe dla kolejnego pytania badawczego (**P3**), które dotyczyły poszczególnych aspektów zachęcających do wyboru miejsca pracy, w zależności od sektora publicznego lub prywatnego, wykonana została analiza wariancji z metodą kontrastów (jednoczynnikowa analiza wariancji w schemacie międzygrupowym – porównania *a priori*), gdzie porównano oba sektory w zakresie różnic w poszczególnych 15 czynnikach, ponieważ autorka posiadała wystarczające przesłanki z wyników wcześniejszych badań. Analizę w sektorze publiczno-prywatnym dokonano dla pięciu nowopowstałych (w wyniku przeprowadzonej analizy czynnikowej) czynników ze względu na brak wcześniejszych badań w tym zakresie.



Rysunek 5. Proces analizy danych

Źródło: opracowanie własne.

Aby jeszcze dokładniej poznać czynniki wpływające na wybory miejsca pracy, przeanalizowano również powody, które miały znaczenie dla lekarza przy rezygnacji lub ograniczeniu liczby godzin pracy w innym miejscu. Tę analizę uzasadnia również zastosowanie teorii push-pull jako podstawy teoretycznej (**Etap III**).

Aby uzyskać dane dotyczące uwarunkowań zachęcających do opuszczenia miejsca pracy lub ograniczenia w nim godzin pracy, zastosowano techniki analizy analogiczne jak dla czynników przyciągających (**Etap IV**). Ze względu na niespełnienie przesłanek do zastosowania analizy wariancji ANOVA (występowały znaczące różnicowości w poszczególnych grupach oraz brakowało cech rozkładu normalnego), wykonano analizę różnic z wykorzystaniem testu Kruskala-Wallisa i testami post-hoc U Manna-Whitney'a z poprawką Bonferroniego na próg istotności dla wielu porównań.

W świetle teorii push-pull czynniki wpływające potencjalnie na decyzje o wyborze miejsca pracy mają oddziaływanie przyciągające, wypychające lub obojętne. W związku z tym, w **etapie V**, dokonano analizy odpowiedzi „ani nie zachęcały, ani nie zniechęcały” o wartości 3 i stworzono ranking czynników uznanych, za obojętne.

Ostatnim etapem (**ETAP VI**) była analiza jakościowa odpowiedzi (92 osoby, które jeszcze nie podejmowały pracy oraz 250 odpowiedzi lekarzy, którzy już pracowali) dotyczących oczekiwań wobec miejsca pracy. Należy pamiętać, że to pytanie ma charakter życzeniowy, a jego wyniki nie są celem dysertacji. Mogą być natomiast pomocne w przygotowaniu zaleceń dla osób decyzyjnych odpowiedzialnych za zarządzanie placówkami medycznymi.

Zdając sobie sprawę z niedoskonałości interpretacji wyniku samej średniej arytmetycznej, w celu wszelkich analiz w grupach G1, G2 i G3 – biorąc pod uwagę kolejne zmienne takie jak sektor, dane socjodemograficzne, cechy miejsca pracy – zawsze dokonywano sprawdzenia równoliczności grup pomocy testu chi-kwadrat. Następnie w celu porównania rozkładów średnich dla zmiennych i porównania parami zastosowano test U Manna-Whitney'a, test Kruskala-Wallisa oraz – dla danych ilościowych – test Spearmana. Dalsze analizy dotyczyły porównania parami otrzymanych danych.

Średnie arytmetyczne i proste obliczenia realizowane były w programie Excel, a testy statystyczne z wykorzystaniem SPSS Statistics.

Rozdział 5. Analiza czynników warunkujących wybór miejsca pracy przez lekarzy

5.1. Ogólna charakterystyka badanych

W poniższym rozdziale zostanie przedstawiona analiza wyników badania empirycznego. Przed analizą właściwą czynników mających wpływ na wybór miejsca pracy, sprawdzono poprawność uzyskanych danych, dokonano ogólnej charakterystyki respondentów oraz przygotowano dane do obliczeń.

W etapie pierwszym, polegającym na sprawdzeniu poprawności danych, dokonano weryfikacji stopnia wypełnienia kwestionariuszy. W wyniku tego kroku do dalszych analiz zostały zakwalifikowane tylko wypełnienia ankiet, które obejmowały ocenę wszystkich czynników przyciągających oraz wypychających. Miało to istotne znaczenie dla wyciągania wniosków o uwarunkowaniach wyborów miejsc pracy przez lekarzy podejmujących taką decyzję w oparciu o rezygnację lub ograniczenie współpracy w innych miejscach pracy. Jak zaznaczono w rozdziale 4.2.2, według Niedzielskiego (2019) lekarze zatrudnieni są jednocześnie w kilku miejscach ($M = 1,8$), a norma godzinowa ich zaangażowania zawodowego przekracza znacznie normę Kodeksu Pracy (*Kadra medyczna z punktu widzenia płatnika. Mity i fakty*). **Łącznie 2 083** respondentów (1,33% populacji) wzięło udział w badaniu, w tym **1 834 osoby** (88%), które wypełniły kwestionariusz całkowicie oraz 249 osób (12%), które nie podejmowały jeszcze pracy. Osoby, które jeszcze nie wybierały miejsca pracy, w badaniu przekierowane były tylko do pytania dotyczącego oczekiwań wobec miejsca pracy. Ponad połowa respondentów korzystała z urządzeń mobilnych podczas wypełniania kwestionariusza (56%), a pozostałe 43% respondentów wykorzystywało komputery stacjonarne. 1 665 osób rozpoczęło, lecz nie ukończyło wypełniania – znaczna część osób rezygnujących z badania nie udzieliła odpowiedzi na zasadnicze pytania dotyczące czynników wpływających na wybór miejsca pracy, stąd ich odpowiedzi nie wносиły wartości dodanej do wyników badań; z tego względu nie zostały one wzięte pod uwagę.

Różnice w liczebności odpowiedzi osób, które już dokonywały wyboru miejsca pracy, na poszczególne pytania wynikają zasadniczo z nieobowiązkowości udzielania odpowiedzi na niektóre z nich, szczególnie dotyczące danych osobistych (pochodzenie z rodzin lekarskich oraz wskazanie krewnych wstępnych lekarzy, posiadanie dzieci, stopnie i tytuły naukowe).

Liczba wypełnionych kompletnie ankiet pozwala żywić nadzieję, że uzyskane wyniki mają satysfakcjonującą reprezentatywność. Również ze względu na wcześniej przeprowadzane badania dla NIL, które wypełniane były przez około 1620-1670 osób i na podstawie których wyciągane były wnioski dotyczące całej populacji (Baliński, 2018). Reprezentatywność została uzyskana ze względu na płeć. Zawód lekarza wykonują zazwyczaj **kobiety** (w Polsce 59%) i w badaniu stanowiły 55% respondentów podejmujących pracę. Merytoryczna poprawność danych zweryfikowana została przez analizę współzależności pomiędzy zmiennymi: rok, w którym ostatnio podjęto pracę, nie mógł przypadać przed rokiem urodzenia oraz różnica pomiędzy nimi nie mogła być mniejsza niż 18, ze względu na regulacje prawa pracy. Z analizy wyłączono również respondentów w wieku 100 i więcej lat (2 osoby) ze względu na nielogiczność dalszych wskazań w kwestionariuszu. Po tym zabiegu najmłodszy respondent miał **25 lat** a najstarszy **88**. Stwierdzono również, że analiza z podziałem na poszczególne **specjalizacje** lekarskie może nie być rzetelna ze względu na zbyt niską zwrotność ankiet w poszczególnych specjalizacjach. Znaczne rozproszenie specjalizacji oraz – dodatkowo – posiadanie więcej niż jednej specjalizacji przez respondentów spowodowałoby stworzenie dodatkowych specjalizacji podwójnych (na przykład alergologia i choroby płuc; alergologia i otolaryngologia; radioterapia i immunologia kliniczna; pediatria i immunologia kliniczna; rehabilitacja medyczna i balneologia i medycyna fizykalna; rehabilitacja medyczna i chirurgia dziecięca itd.). W efekcie nie można było dokonać sprawdzenia reprezentatywności względem danych o specjalistach podawanych przez NIL, ponieważ lekarz posiadający więcej niż jedną specjalizację i tak przyporządkowany jest do grupy specjalistów tylko raz.

Dokonany podział grupy zawodowej lekarzy zgodnie z TKL na lekarzy **specjalistów (G1)**, **bez specjalizacji (G2)** i **w trakcie kształcenia (G3)** wykazał, że najliczniejszą grupę respondentów stanowili specjaliści (1301 osób – 72%), następnie lekarze bez specjalizacji (309 osób – 17%). Najmniej liczna była grupa kształcących się, w której było 207 osób (11%). Osoby, które deklarowały **pochodzenie z rodziny lekarskiej** (biorąc pod uwagę lekarza lub lekarza dentystę) stanowiły niemal 1/3 respondentów, z czego niemal równomiernie lekarzami w rodzinie były matki (286 osób) i ojcowie (284 osoby) lub oboje jednocześnie. W dalszej linii ponad 100 respondentów posiadało babcię i/lub dziadka lekarza lub lekarza dentystę ze strony mamy, a 126 respondentów babcię i/lub dziadka lekarza lub lekarza dentystę ze strony ojca. Ponad połowa respondentów zadeklarowała pochodzenie z **miasta**

powyżej 100 tys. Mieszkańców, niemal ¼ z dużych miast (20 000-49 999 mieszkańców), a tylko 14% z małych miast i 11% z obszarów wiejskich.

Poziom wykształcenia w przypadku lekarza jest z góry znany, ponieważ aby uzyskać PWZ, lekarz musi ukończyć studia wyższe. W badaniu zatem wzięto pod uwagę **stopnie i tytuły naukowe**. Respondentów ze stopniem doktora było 301, doktora habilitowanego/docenta 28, a tytuł profesora posiadało 17 respondentów. Łącznie informacji o posiadanym stopniu wykształcenia lub tytule udzieliło 2 075 osób, z czego tylko 5 lekarzy ze stopniem doktora nie podejmowało dotychczas pracy. Ze względu na znacząco różnicę liczebności respondentów w poszczególnych grupach nie podjęto dalszych analiz z uwzględnieniem tego kryterium.

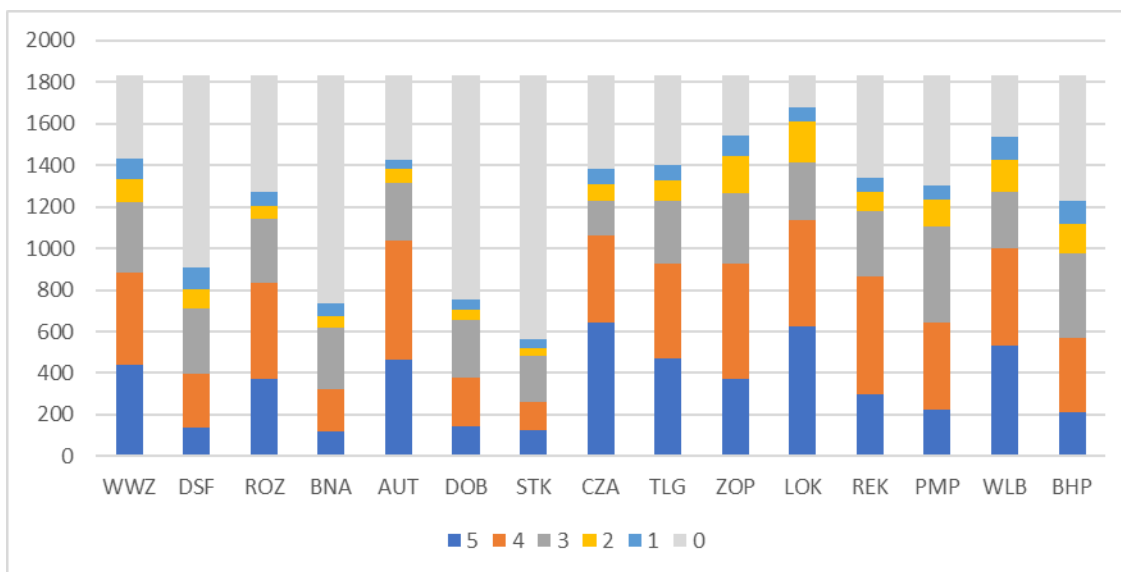
Biorąc pod uwagę sytuację rodzinną w momencie wyboru nowego miejsca pracy 878 lekarzy (48% czyli z 1834) miało **dzieci** na utrzymaniu, z czego 312 miało tylko 1 dziecko, 403 osoby miały 2 dzieci; 98 osób - 3 dzieci, a 4 i więcej dzieci miało 21 respondentów. Warto też zauważyć, że respondenci małżonkowie-lekarze mogli wskazywać różną liczbę dzieci ze względu na inny moment (rok) decyzji o wyborze miejsca pracy.

Staż pracy w badanym miejscu był zróżnicowany, a największy odsetek stanowili lekarze ze stażem od 1 roku do 5 lat (55%), następnie 16% to medycy podejmujący pracę w roku badania, kolejne 11% pracowało w miejscu pracy A od 5 do 10 lat. Odsetek badanych w kolejnych przedziałach stażu pracy w miejscu A jest niższy i wynosił dla stażu 11-15 lat – 7%; 16-20 lat – 4%; powyżej 20 lat- 8%.

5.2. Wyniki badania

5.2.1. Czynniki przyciągające

Najpierw dokonano analizy struktury wszystkich odpowiedzi (czyli od 0 do 5) (wykres 2). Można zauważyć, że w przypadku pewnych czynników dominuje znacząco jedna odpowiedź (na przykład dla czynników *praca na kierowniczym stanowisku* (STK) i *możliwość doboru asysty do wykonywania procedur medycznych* (DOB) jest to wartość odpowiedzi „0”), a w innych czynnikach odpowiedzi są bardziej zróżnicowane (na przykład dla czynnika *wysokość wynagrodzenia zasadniczego* (WWZ) lub *oferowanego zakresu obowiązków* (ZOP) są to odpowiedzi o wartości „3”, „4” i „5”).



Wykres 2. Struktura ocen czynników przyciągających przy wyborze miejsca pracy

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Uwagi: Na wykresie zamieszczono wyniki opracowane na podstawie kwestionariuszy, w których udzielono odpowiedzi dotyczących wszystkich czynników, stąd równa liczba respondentów dla każdego czynnika.

Oznaczenia: 0- czynnik nie był brany pod uwagę; 1-zdecydowanie zniechęcał; 2- zniechęcał; 3 – ani nie zachęcał ani nie zniechęcał; 4 – zachęcał; 5- znacząco zachęcał.

W poszukiwaniu odpowiedzi na pierwsze pytanie badawcze (**P1: Jakie czynniki mają znaczenie przy wyborze miejsca pracy przez lekarzy w Polsce?**) została dokonana analiza odpowiedzi, które zawierały ocenę czynników od 1 do 5, ponieważ tylko te wyniki wskazywały skalę ważności. Należy zwrócić uwagę, że wyniki powinny być tak omówione, ze względu na znaczenie odpowiedzi „0” czyli „nie był brany pod uwagę”.

W kolejnym kroku dokonano charakterystyki czynników dla całej badanej populacji lekarzy (L), a następnie dla poszczególnych grup badanych: lekarze specjaliści (G1), lekarze bez specjalizacji (G2) oraz w trakcie kształcenia się (G3). Podział ten wynika z zastosowanej podstawy teoretycznej z teorii kapitału ludzkiego. W związku z tym dalsze analizy wyników uwzględniające podział na grupy nie biorą pod uwagę wskazań osób, które nie określiły przynależności do żadnej z grup (G1, G2 lub G3), a ich odpowiedzi są liczone tylko i wyłącznie w grupie L. W celu omówienia wyników ważności poszczególnych czynników, w tabeli 8 zaprezentowano podstawowe statystyki opisowe dla wszystkich czynników.

Podczas dalszej analizy porównano średnie arytmetyczne w ogólnej liczbie badanych (L) oraz z podziałem na grupy (G1, G2, G3) i uzyskano ranking ważności poszczególnych

czynników (tabela 8). Oceny poszczególnych grup były w tym zakresie zróżnicowane. Czynniki *wpływ na ustalanie własnych godzin pracy (CZA)*, mający najwyższą średnią dla całej próby (L), osiągnął najwyższą średnią wartość tylko wśród G1, (4,16). Dla G2 najwyższą wartość średnią osiągnął czynnik *lokalizacji miejsca pracy (LOK)* (3,87), a w G3 – *rozwój zawodowy (ROZ)* (3,97) (wartości pogrubione w tabeli).

Tabela 8. Podstawowe wyniki oceny czynników przyciągających

Czynnik	Skrót	Suma odpowiedzi	M				D0				SD
			L	G1	G2	G3	L	G1	G2	G3	L
Wpływ na ustalanie własnych godzin pracy	CZA	742	4,07	4,16	3,78	3,70	5	5	4	5	1,14
Stanowisko o znacznej autonomii w prowadzeniu leczenia	AUT	746	3,95	4,05	3,70	3,56	4	4	4	4	<u>0,99</u>
Lokalizacja miejsca pracy	LOK	882	3,85	3,84	3,87	3,88	5	5	5	5	1,16
Proponowana tygodniowa liczba godzin pracy	TLG	744	3,82	3,93	3,55	3,39	5	5	4	3	1,13
Rozwój zawodowy	ROZ	662	3,79	3,78	3,67	3,97	4	4	4	4	1,08
Możliwość łączenia pracy zawodowej z życiem rodzinnym i prywatnym	WLB	811	3,75	3,82	3,57	3,64	5	5	4	5	1,23
Wysokość wynagrodzenia zasadniczego	WWZ	769	3,70	3,78	3,53	3,26	4	4	3	3	1,18
Rekomendacje/opinie od innych pracujących w danej placówce lekarzy	REK	712	3,70	3,70	3,72	3,67	4	4	4	4	1,04
Oferowany zakres obowiązków	ZOP	807	3,60	3,71	3,31	3,37	4	4	4	4	1,15
Możliwość doboru asysty do wykonywania procedur medycznych	DOB	413	3,50	3,58	3,32	3,19	3	3	3	3	1,08
Praca na kierowniczym stanowisku	STK	313	3,47	3,56	3,19	<u>2,98</u>	3	3	3	3	1,12
Prestż miejsca pracy	PMP	697	3,46	3,53	3,26	3,36	3	3	3	4	1,05
Możliwość prowadzenia badań naukowych w miejscu pracy	BNA	418	3,37	3,36	3,25	3,55	3	3	4	3	1,09
Zapewnienie BHP	BHP	646	3,35	3,41	3,19	3,20	3	3	3	3	1,16
Dodatkowe świadczenia finansowe	DSF	491	3,26	3,26	3,19	3,36	3	3	3	3	1,18

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

UWAGI: M-oznacza medianę, D0 – oznacza Dominantę, SD – oznacza Odchylenie Standardowe

Pogrubioną czcionką zaznaczono wartości najwyższe a podkreślone oznaczają wartości średniej poniżej 3.

Najmniejsze różnice we wskazaniach respondentów ($SD=0,99$) były dla czynnika *stanowisko o znacznej autonomii w prowadzeniu leczenia* (AUT), a największe ($SD= 1,18$) dla czynników: *możliwość łączenia pracy zawodowej z życiem rodzinnym i prywatnym* (WLB) i *dotatkowe świadczenia finansowe* (DSF).

W przypadku czynników branych pod uwagę przy wyborze miejsca pracy, ważnym wnioskiem jest fakt osiągnięcia dla niemal wszystkich czynników średniej oceny powyżej 3 oraz niewielkie różnice pomiędzy ich poszczególnymi ocenami. W przypadku tylko STK w grupie G3 wynik nie przekroczył granicy 3 punktów (podkreślona wartość w tabeli). Tym samym otrzymano odpowiedź na pytanie badawcze **P1**, że wszystkie czynniki są ważne dla polskich lekarzy.

Dodatkowo dokonano charakterystyki wskazań „nie był brany pod uwagę” dzięki czemu uzyskano informacje istotne ze względu na identyfikację powodów nie uwzględnianych przy wyborach miejsc pracy przez lekarzy i stanowiące ceną wskazówkę dla podmiotów strony popytowej na medycznym rynku pracy. Oceny czynników, które „nie były brane pod uwagę” dokonało 1301 specjalistów, 309 lekarzy bez specjalizacji, 207 w trakcie kształcenia oraz 10 osób bez wskazania przynależności do którejkolwiek z grup. Biorąc pod uwagę wyniki (tabela 9) całej badanej próby, najczęściej wskazywany był czynnik STK, BNA pracy oraz DOB (wykres 3). Z 1274 odpowiedzi (czynnik STK) aż 848 stanowią właśnie wskazania specjalistów, lecz tak duża ich liczba może świadczyć również o niewielkim zainteresowaniu miejscem pracy z takim poziomem odpowiedzialności.

Dokonując analizy w poszczególnych grupach, 65% specjalistów wskazało, że nie brało pod uwagę czynnika STK i aż po około 80% lekarzy bez specjalizacji oraz uczących się. Około 60% respondentów każdej z grup nie brało też pod uwagę czynnika BNA (61%, 57%, 59%) oraz DOB (57%, 64%, 65%), a około połowa czynnika DSF (51%, 47%, 47%). W każdej z grup tylko około 1/3 respondentów wskazała czynnik BHP (34%, 31%, 31%), ROZ (35%, 18%, 22%), PMP (29%, 28%, 30%). Wśród 30% specjalistów nie były brane pod uwagę również opinie innych lekarzy pracujących w danym miejscu pracy.

Biorąc pod uwagę rozkład odpowiedzi „nie był brany pod uwagę” w poszczególnych grupach (tabela 9 i wykres 3), można zauważyć, że tylko w przypadku czterech czynników (BNA, DSF, BHP, PMP) rozkład procentowy odpowiedzi jest podobny (pokreślone wartości w tabeli 9) w poszczególnych grupach lekarzy (G1, G2 i G3). W pozostałych stwierdzono stosunkowo duże różnice. Nasuwa się wniosek o podobnym stosunku lekarzy specjalistów,

bez specjalizacji i w trakcie kształcenia do możliwości prowadzenia badań w miejscu pracy, *dotychczasowych świadczeń finansowych, warunków bhp oraz prestiżu miejsca pracy*. Wykazano małe znaczenie szczególnie trzech (STK, BNA i DOB w tabeli 9) we wszystkich grupach jednocześnie.

Tabela 9. Ranking czynników przyciągających dla odpowiedzi „nie był brany pod uwagę” przez lekarzy specjalistów, bez specjalizacji i w trakcie kształcenia się

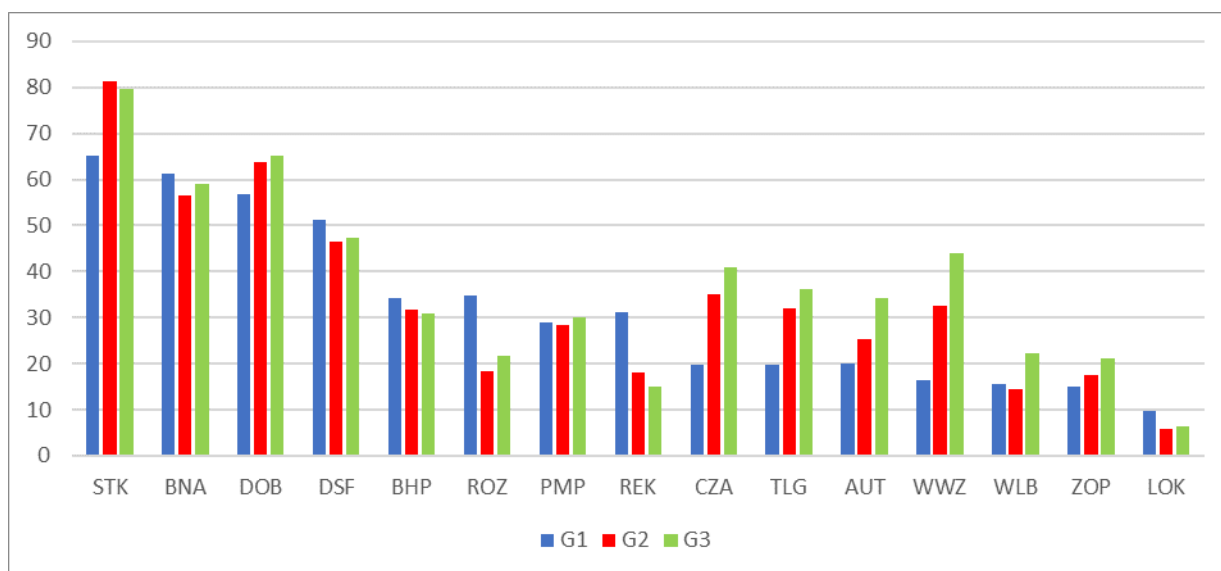
Czynnik	G1	% w G 1	G2	% w G 2	G3	% w G 3
STK	848	65	251	81	165	80
BNA	797	<u>61</u>	175	<u>57</u>	122	<u>59</u>
DOB	740	57	197	64	135	65
DSF	667	<u>51</u>	144	<u>47</u>	98	<u>47</u>
BHP	445	<u>34</u>	98	<u>32</u>	64	<u>31</u>
ROZ	452	35	57	18	45	22
PMP	377	<u>29</u>	88	<u>28</u>	62	<u>30</u>
REK	404	31	56	18	31	15
CZA	256	20	108	35	85	41
TLG	257	20	99	32	75	36
AUT	259	20	78	25	71	34
WWZ	215	17	101	33	91	44
WLB	204	16	45	15	46	22
ZOP	196	15	54	17	44	21
LOK	127	10	18	6	13	6
Liczba respondentów	1301	x	309	x	207	x

UWAGI: Oznaczenia: Pogrubienie oznacza najwyższe wartości. Podkreślone są wartości podobne pomiędzy grupami i których różnica nie przekracza 5 punktów procentowych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Z graficznej prezentacji wyników (wykres 3) oceny „nie był brany pod uwagę”, -na szczególne podkreślenie zasługują pierwsze trzy czynniki wspomniane wcześniej (STK, BNA, DOB). W przypadku każdego z nich odsetek odpowiedzi w każdej grupie przekroczył 50%. Oznaczać to może, że ponad połowa respondentów, dokonując wyboru nowego miejsca pracy, nawet nie myślała o: kwestii objęcia *stanowiska kierowniczego, możliwości prowadzenia badań naukowych w miejscu pracy oraz możliwości doboru asysty do*

wykonania procedur medycznych. Według autorki, najniższy udział odpowiedzi „nie był brany pod uwagę” czynnika STK w grupie G1 wynikać może z konieczności posiadania specjalizacji, aby objąć stanowisko na przykład ordynatora. Wysoki udział wskazań (niemal 60%) w przypadku czynnika BNA wynikać może natomiast z niskiego udziału procentowego naukowców (16%) wśród respondentów. *Możliwość doboru asysty do wykonywania procedur medycznych* mają zazwyczaj lekarze posiadający specjalizacje operacyjne i tym samym znaczna część respondentów mogła nie zwracać uwagi na ten czynnik podczas wyboru miejsca pracy.



Wykres 3. Rozkład oceny czynników nie branych pod uwagę przy wyborze miejsca pracy w poszczególnych grupach lekarzy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania. G1- lekarze specjaliści, G2- lekarze bez specjalizacji, G3 – lekarze w trakcie kształcenia się.

Z wyżej przedstawionych danych wynika, że cztery czynniki, wskazane najczęściej jako „nie były brane pod uwagę” przez lekarzy przy wyborze miejsca pracy uzyskały również niskie średnie wśród ocen od 1 do 5. *Dodatkowe świadczenia finansowe* (średnia 3,26), *możliwość prowadzenia badań naukowych w miejscu pracy* (średnia 3,37), *stanowisko o znacznej autonomii w leczeniu* (średnia 3,47) i *możliwość doboru asysty do wykonywania procedur medycznych* (średnia 3,5). Oznaczać to może, że czynniki te ogólnie są mało ważne dla lekarzy przy wyborze miejsca pracy.

W związku z dużą liczbą czynników (15) zidentyfikowaną w literaturze (tabela 3), przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową (*exploratory factor analysis*), aby sprawdzić, czy istnieje możliwość ich redukcji oraz czy respondenci oceniali poszczególne czynniki w podobny sposób (Bedyńska i Cypryańska, 2013). Poniżej omówiono procedurę analizy wyników dla czynników przyciągających. Analogiczną procedurę zastosowano dla czynników wypychających, a rezultaty analizy zostały zaprezentowane w podrozdziale 5.2.2. Wykorzystano metodę osi głównych z wykorzystaniem rotacji ortogonalnej Varimax, w wyniku której otrzymano dwuczynnikowe struktury danych. Przy wyborze poszczególnych czynników do czynników kierowano się wartością ich ładunków i przyjęto wartość graniczną 0,4 (Bedyńska i Cypryańska, 2013, s. 259, Tabachnick i Fidell, 2006). Ostatecznie wyodrębniono dwa czynniki główne, które określono jako *warunki pracy* (WP) i *różne aspekty rozwoju zawodowego* (RZ). W przyciągającym faktorzem *warunki pracy* znalazły się czynniki: TLG, ZOP, CZA, WLB, WWZ, BHP, AUT, DSF i REK. Natomiast w faktorzem *rozwój zawodowy* znalazły się czynniki: BNA, ROZ, STK, PMP. Tylko *lokalizacja miejsca pracy* (LM) nie osiągnęła wartości 0,4 i tym samym została uznana za czynnik nie powiązany z innymi i stanowi odrębny czynnik.

Zasadność wykonania analizy czynnikowej została zweryfikowana poprzez wysoką wartość miary Kaisera-Myera-Olkina ($KMO > 0,80$) oraz istotny statystycznie wynik testu sferyczności Bartletta. Wynik wyznacznika macierzy korelacji przyjął wartość bliską zero, co świadczy o tym, że analizowane dane mają dobre właściwości do zastosowania analizy czynnikowej (Bedyńska i Cypryańska, 2013).

Wskaźnik alfa Cronbacha dla nowopowstałych czynników przyciągających przyjął odpowiednio wartość (WP) 0,87 i (RZ) 0,79. Wartości te wskazują na prawidłową rzetelność stworzonej skali. Czynniki motywów przyciągających wyjaśniały niemal 50% wariacji danych.

Tabela 10. Struktury czynników przyciągających do nowego miejsca pracy

Oceniane czynniki	Przyciąganie	
	Warunki pracy	Rozwój zawodowy
Proponowana tygodniowa liczba godzin pracy	0,87	0,05
Oferowany zakres obowiązków	0,83	0,08
Wpływ na ustalanie własnych godzin pracy	0,82	0,04
Work-life balance	0,73	0,09
Wysokość wynagrodzenia zasadniczego	0,69	0,06
Zapewnienie BHP	0,66	0,25
Stanowisko o znacznej autonomii w prowadzeniu leczenia	0,55	0,26
Dodatkowe świadczenia finansowe	0,48	0,38
Opinie innych lekarzy	0,45	0,24
Lokalizacja miejsca pracy	<u>0,28</u>	<u>0,12</u>
Możliwość prowadzenia badań naukowych w miejscu pracy	0,04	0,82
Możliwość rozwoju zawodowego	0,06	0,79
Możliwość doboru asysty do wykonywania procedur medycznych	0,35	0,62
Praca na kierowniczym stanowisku	0,21	0,64
Prestż miejsca pracy	0,07	0,66
% wyjaśnionej wariancji		35,38
alfa Cronbacha		0,87
<i>M</i>		2,97
<i>SD</i>		1,25
KMO		0,85
Test sferyczności Bartletta		$\chi^2 = 1598,36; df = 105; p < 0,001$
Macierz korelacji		0,002

UWAGI: analiza przeprowadzona metodą osi głównej z wykorzystaniem rotacji ortogonalnej (Varimax).
 Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Poszukując odpowiedzi na pierwsze pytanie badawcze **P1** (*Jakie czynniki mają znaczenie przy wyborze miejsca pracy przez lekarzy w Polsce?*), postanowiono również porównać efekty analizy czynnikowej dla oddziaływania przyciągającego z wartością zerową z wykorzystaniem testu t dla jednej próby, która oznaczała brak ważności czynników przy wyborze miejsca A.

Tabela 11. Analiza ważności czynników przyciągających do nowego miejsca pracy

Oddziaływanie	Czynnik	Wartość		t	p	95% CI		d
		testowana = 0				LL	UL	Cohen
		M	SD					
Przyciąganie	Warunki pracy	3,72	0,83	189,60	<0,001	3,68	3,76	4,46
	Rozwój zawodowy	3,55	0,90	157,79	<0,001	3,51	3,59	3,92
	Lokalizacja miejsca pracy	3,85	1,16	135,84	<0,001	3,80	3,91	3,32

Uwagi: 95% CI oznacza przedział ufności wyników z 95% prawdopodobieństwem otrzymania wyniku prawdziwego, LL oznacza dolną granicę przedziału ufności, UL oznacza górną granicę przedziału ufności

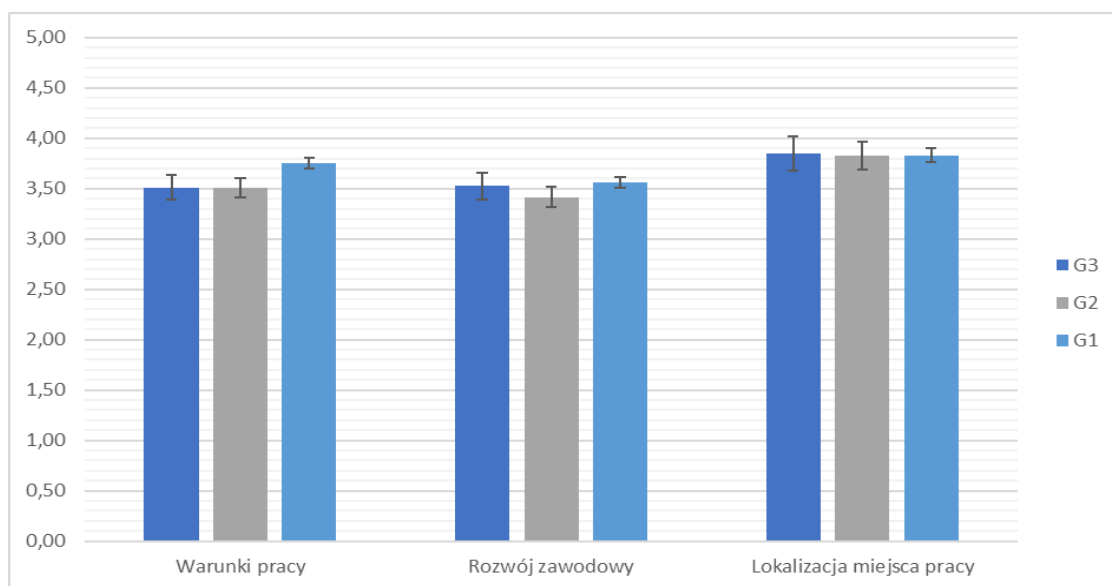
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Uzyskane wyniki (tabela 11) pozwalają na stwierdzenie, że wszystkie czynniki mają oddziaływanie przyciągające do nowego miejsca pracy. Analiza wykazała, że uzyskane wartości wskaźnika *d* Cohena wahają się w przedziale bardzo silnych efektów (od 3,32 do 4,46), można zatem stwierdzić, że wszystkie czynniki są ważne dla lekarzy przy wyborze nowego miejsca. Najsilniejszy efekt wykazały WP, następnie RZ a najmniejszy LM.

Aby poznać powody wyborów miejsc pracy przez lekarzy w Polsce, dokonano również analizy danych jakościowych pozyskanych z **odpowiedzi Inne**. Wybór miejsca pracy był głównie podyktowany przydzielonym miejscem szkoleniowym (wszystkie 55 odpowiedzi zostało udzielonych przez lekarzy w trakcie szkolenia), więc według autorki nie należy tego czynnika traktować jako preferencji. Innymi (poza wymienionymi w tabeli 2) powodami zachęcającymi do wyboru nowego miejsca pracy przez lekarzy, były powody osobiste i rodzinne (38 wskazań), atmosfera w pracy i praca zespołowa (w tym osoba szefa oraz pracujący w tym miejscu inni lekarze – 36 odpowiedzi), wyposażenie miejsca pracy na przykład w nowoczesny sprzęt, miejsce do odpoczynku, wyposażenie miejsca pracy w klimatyzację i tym podobne (33 wskazania). Jako inny ważny powód 20 lekarzy podało otwarcie własnego gabinetu lub podjęcie współpracy u znajomego lekarza. Kolejne 32 udzielone odpowiedzi były pojedynczymi wskazaniami (na przykład chęć pracy w jednym miejscu, brak umowy z NFZ w miejscu A) niepasującymi do powyższych kategorii i wynika z tego, że są one raczej indywidualnymi powodami niż warunkującymi wybór w grupie zawodowej lekarzy.

Aby zweryfikować **P2** (*Jak ważne są poszczególne czynniki i jakie istnieją różnice we wskazywanych czynnikach wpływających na wybór miejsca pracy przez lekarzy?*) wykonano

analizę wariancji w modelu mieszanym, gdzie porównano faktory przyciągające w zależności od przynależności do konkretnej grupy lekarzy (G1, G2, G3) (wykres 4).



Wykres 4. Ocena stopnia przyciągania czynników dla lekarzy specjalistów, bez specjalizacji i w trakcie kształcenia

Uwagi: Słupki błędów stanowią 95% przedział ufności otrzymanych wyników średnich. G1- lekarze specjaliści, G2- lekarze bez specjalizacji, G3 – lekarze w trakcie kształcenia się.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Najwyższe oceny średnie odnotowano dla lekarzy specjalistów i bez specjalizacji w zakresie faktora *lokalizacja miejsca pracy*, następnie *warunki pracy* i *rozwój zawodowy*. Dla lekarzy stażystów najwyższą średnią również uzyskała *lokalizacja* a *warunki pracy* i *rozwój zawodowy* ocenione zostały na podobnym poziomie średniej (wykres 4).

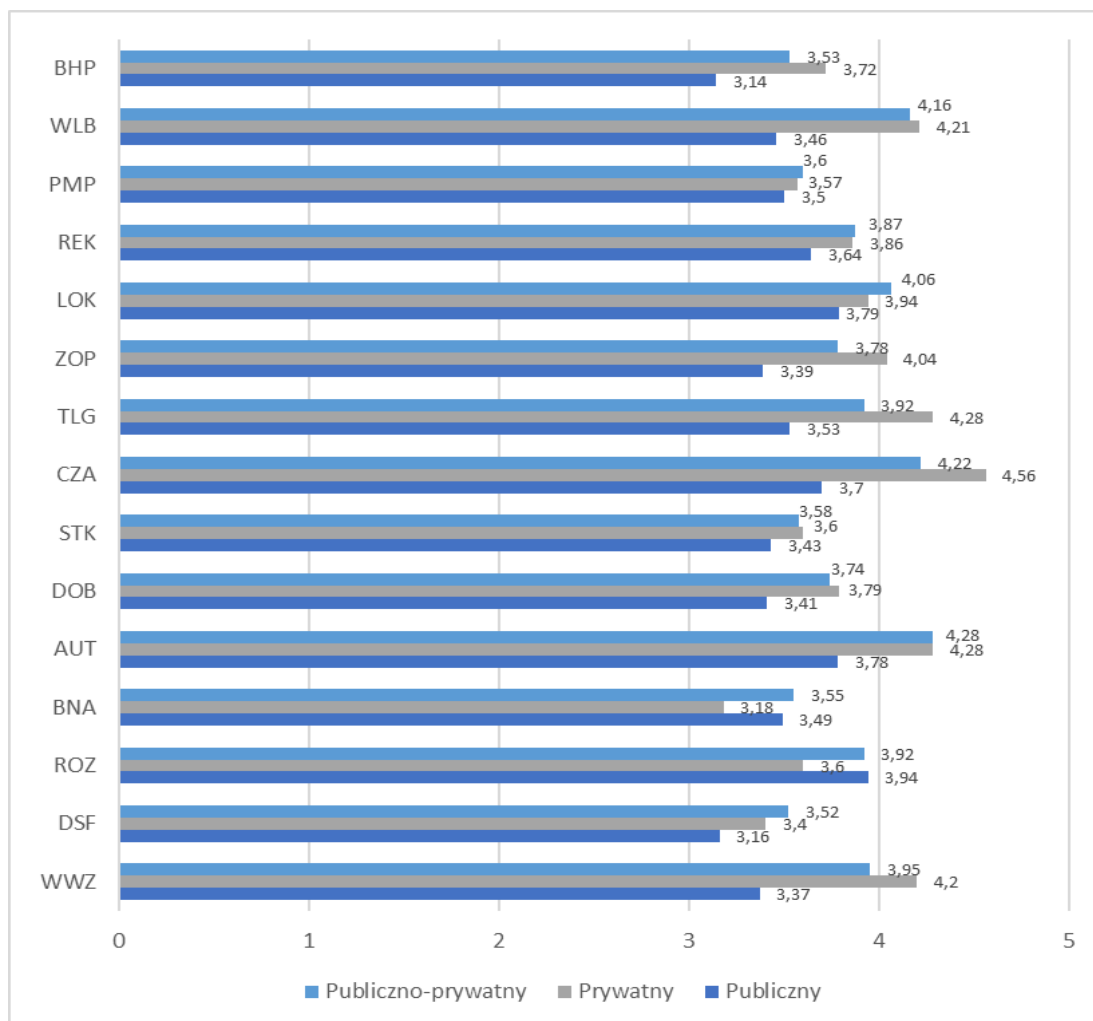
Wyniki analizy całej grupy respondentów wykazały istotne statystycznie różnice dla faktora WP $F(2,1438)=13,86$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,02$. Natomiast dla faktora RZ $F(2,1438)=2,73$; $p=0,066$; $\eta^2 < 0,01$; LM $F(2,1438)=0,022$; $p=0,978$; $\eta^2 < 0,001$ różnice są nieistotne statystycznie.

Dokonując analizy oddziaływania czynników w poszczególnych grupach lekarzy (G1, G2, G3) stwierdzono, że istnieje interakcja między nimi a grupą $F(2,1438) = 13,86$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,02$. Analizując poszczególne grupy, stwierdzono, że lekarze specjaliści różnią się w ocenie *warunków pracy* od lekarzy bez specjalizacji ($p < 0,001$) i stażystów ($p=0,001$). Natomiast w przypadku *rozwój zawodowy* i *lokalizacji miejsca pracy* nie odnotowano istotnych różnic w grupach G1, G2 i G3.

5.2.1.1 Ocena czynników przyciągających w poszczególnych sektorach

Na podstawie wyników przeglądu badań z tabeli 2 postawiono hipotezy badawcze odnoszące się do niektórych czynników w poszczególnych sektorach. Ze względu na to, nie zastosowano faktorów, a wszystkie 15 czynników. Aby zweryfikować hipotezy badawcze H1 i H2 dokonano sprawdzenia wartości średnich ocen dla poszczególnych czynników w sektorze publicznym i prywatnym.

W przypadku H1 dla, każdego badanego czynnika (DSF, ROZ, BNA, AUT, STK, WLB) średnie osiągnęły wartość powyżej 3 co oznacza, że wszystkie czynniki zachęcały lekarzy do wyboru miejsca pracy w sektorze publicznym i tym samym została potwierdzona hipoteza H1. Średnie wartości dla czynników WWZ, DOB, CZA, TLG i ZOP w sektorze prywatnym również osiągnęły średnią ocenę powyżej 3 i tym samym została potwierdzona hipoteza badawcza H2.



Wykres. 5 Ocena przyciągania czynników w poszczególnych sektorach

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

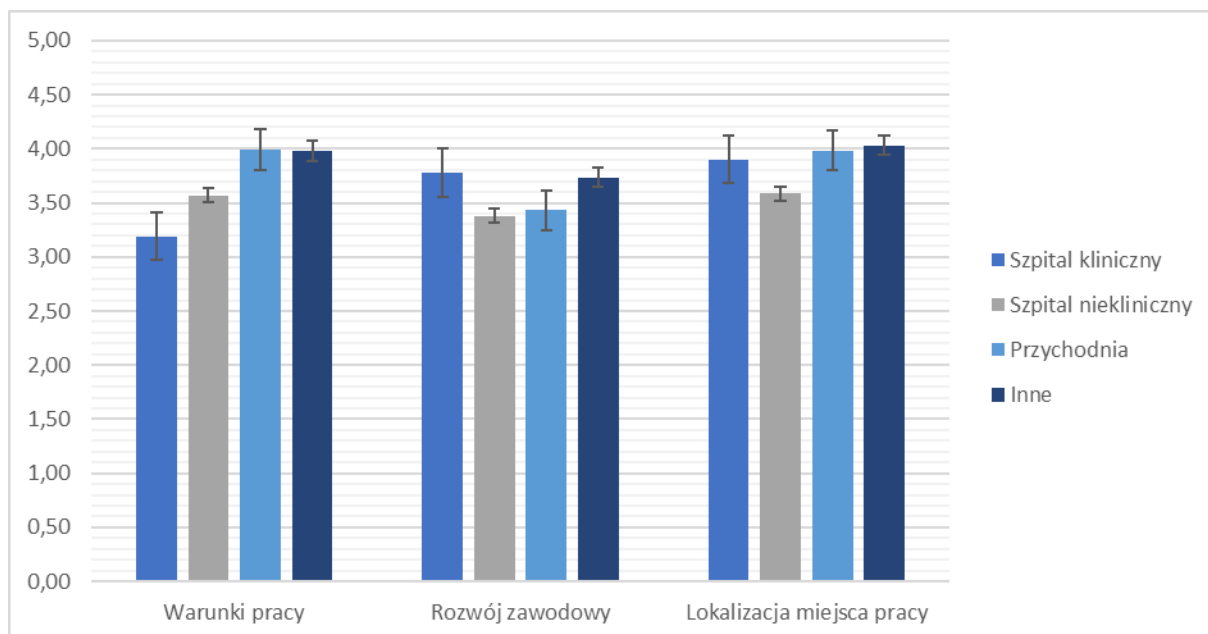
Na podstawie otrzymanych wyników można stwierdzić, że niemal wszystkie czynniki zostały wyżej ocenione w sektorze prywatnym niż w publicznym. Tylko w przypadku dwóch (BNA i ROZ) jest odwrotnie. W sektorze publiczno-prywatnym tylko 3 czynniki zostały ocenione wyżej niż w prywatnym (ROZ, BNA, LOK), 5 niżej (WWZ, CZA, TLG, ZOP, BHP) a reszta podobnie (DSF, AUT, DOB, STK, REK, PMP, WLB). Dokonując porównania ocen pomiędzy sektorami publicznym a publiczno-prywatnym można stwierdzić, że wszystkie (poza ROZ) osiągnęły wyższą średnią. Jeden tylko czynnik (ROZ) został oceniony podobnie w obu tych sektorach.

Ze względu na duże rozbieżności w liczebności grup (G1, G2 i G3) nie dokonano dalszych analiz z wykorzystaniem tego podziału.

5.2.1.2. Ocena związku czynników przyciągających z rodzajem miejsca pracy

W celu udzielenia odpowiedzi na pytanie **P3** (*W jaki sposób cechy lekarzy i miejsca pracy związane są z ważnością czynników wpływających na wybór miejsca pracy?*) w odniesieniu do oddziaływania rodzaju miejsca pracy na ważność czynników, wykonano jednoczynnikową analizę wariancji w ramach każdego z trzech czynników (WP, RZ, LM). W tym przypadku nie postawiono hipotez z uwagi na brak wystarczającej literatury. Ze względu na niską liczebność odpowiedzi dotyczących wielu rodzajów pracodawców, niektóre wskazania zostały zagregowane i przedstawione jako inne (łączna liczebność tej grupy i tak była najniższa i wynosiła 181 osób). Poza tą grupą wyszczególniono rodzaje miejsc pracy: szpital kliniczny (310 osób), szpital niekliniczny (535 osób), przychodnia (457 osób).

W wynikach oceny czynnika *warunki pracy* (wykres 6) stwierdzono istotne statystycznie różnice $F(3,1482) = 80,40$ $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,14$. Okazało się, że nie ma różnic jedynie między lekarzami, dla których miejscem pracy jest przychodnia, a lekarzami z innych placówek ($p = 1,000$). Pomędzy pozostałymi średnimi ocen czynników stwierdzono istotne różnice na poziomie $p < 0,001$. Oznacza to, że szpitale kliniczne najmniej zachęcały do wyboru tego miejsca pracy w aspekcie *warunków pracy*. Nieco lepiej ocenione zostały szpitale niekliniczne, jednak najwyższe placówki pozaszpitalne (przychodnie i inne).



Wykres 6. Ocena stopnia przyciągania czynników względem rodzaju miejsca pracy

Uwagi: Słupki błędów stanowią 95% przedział ufności otrzymanych wyników średnich.
 Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania.

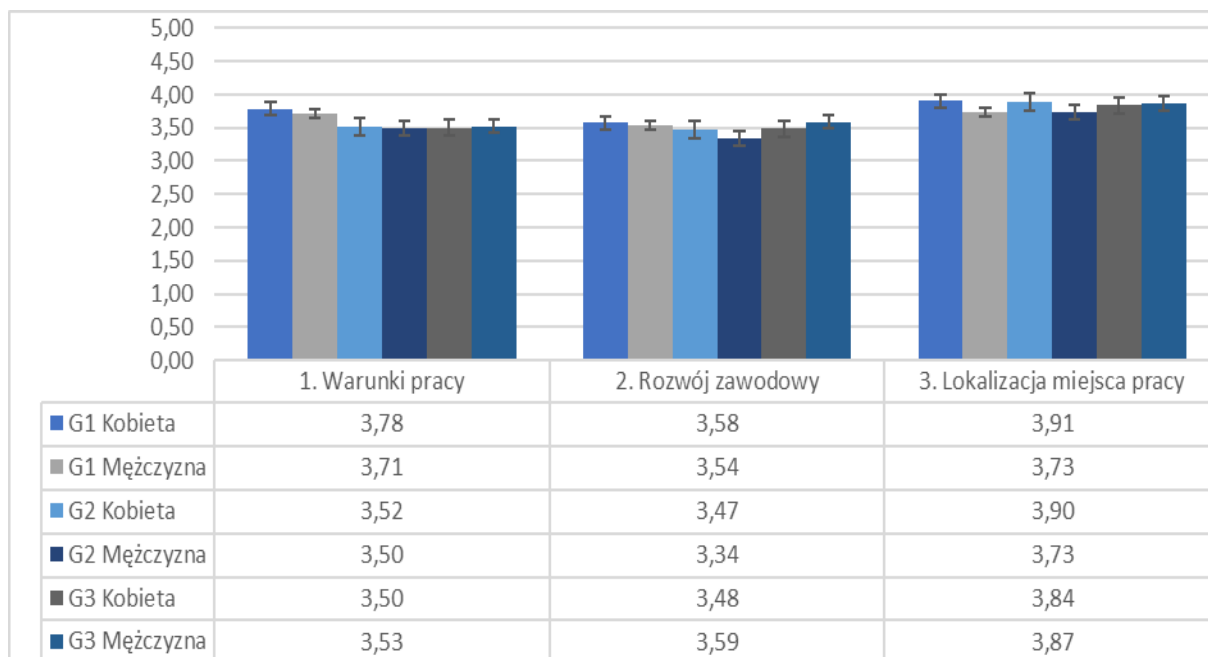
Rozwój zawodowy (wykres 6) również istotnie różnił się w ramach testowanych grup, $F(3,1482)=14,29$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,04$. Okazało się, że dla lekarzy ze szpitali nieklinicznych i przychodni *rozwój zawodowy* jest mniej zachęcający w porównaniu do lekarzy ze szpitali klinicznych i z innych placówek; różnice te były istotne na poziomie $p < 0,001$.

Także w przypadku *lokalizacji miejsca pracy* w badanej populacji zidentyfikowano istotne statystycznie różnice w zakresie $F(3,1482) = 17,12$; $p = 0,001$; $\eta^2 = 0,03$. Jak się okazało, *lokalizacja* jest istotnie mniej znacząca przy wyborze miejsca pracy dla lekarzy ze szpitali nieklinicznych w porównaniu do pozostałych rodzajów miejsc pracy ($p < 0,001$). Nie stwierdzono natomiast różnic pomiędzy innymi miejscami pracy w zakresie tego faktora.

5.2.1.3. Wpływ cech socjodemograficznych na ocenę czynników przyciągających

Aby odpowiedzieć na pytanie **P3** (*W jaki sposób cechy lekarzy i miejsca pracy związane są z ważnością czynników wpływających na wybór miejsca pracy?*) w odniesieniu do cech lekarzy przeprowadzono również analizę wariancji dla sprawdzenia interakcji płci z przynależnością do konkretnej grupy lekarzy (G1, G2, G3). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w żadnym z czynników (wykres 7).

Wyniki dla poszczególnych czynników kształtowały się następująco: *warunki pracy* $F(2,1434)=0,29$; $p=0,752$; $\eta^2<0,001$; *rozwój zawodowy* $F(2,1434)=0,92$; $p=0,401$; $\eta^2<0,001$; *lokalizacja miejsca pracy* $F(2, 1434)=0,57$; $p=0,568$; $\eta^2<0,001$.



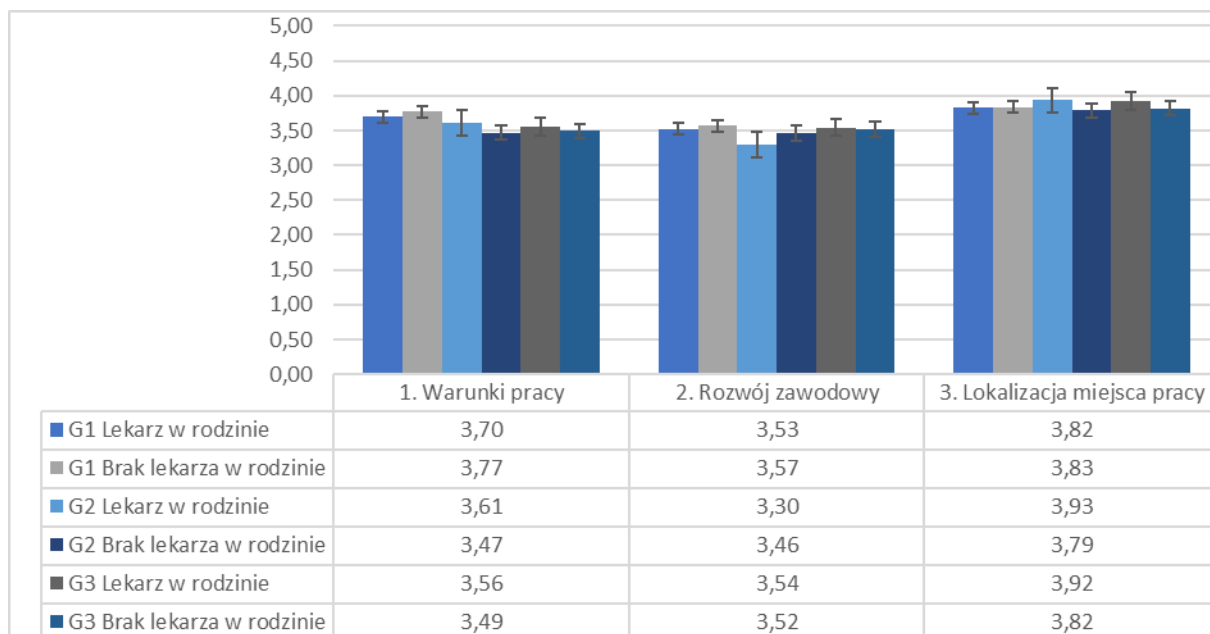
Wykres 7. Interakcja płci lekarzy specjalistów, bez specjalizacji i w trakcie kształcenia się dla czynników przyciągających

Uwagi: Słupki błędów stanowią 95% przedział ufności otrzymanych wyników średnich. G1- lekarze specjaliści, G2- lekarze bez specjalizacji, G3 – lekarze w trakcie kształcenia się.

Źródło-opracowanie własne na podstawie badania.

Następnie wykonano analizę wariancji dla sprawdzenia interakcji między miejscem zamieszkania a przynależnością do grupy (G1, G2, G3). Ze względu na znaczne rozdrobnienie odpowiedzi i brak reprezentatywności, pozycje zostały zagregowane, w wyniku czego powstały dwie grupy. Wsie i małe miasta z trzech kolejnych przedziałów liczebnych mieszkańców zostały zakwalifikowane do grupy „miasta do 100 tys. mieszkańców”. Drugą grupę stanowiły miasta mające 100 tys. i więcej mieszkańców. Efekt interakcji dla *warunków pracy* wynosił $F(2,1438) = 0,56$; $p = 0,572$; $\eta^2 < 0,01$, dla *rozwój zawodowy* $F(2,1438) = 0,83$; $p = 0,437$; $\eta^2 < 0,01$ oraz dla *lokalizacji* $F(2,1438) = 0,45$; $p = 0,636$; $\eta^2 < 0,01$.

Okazało się, że nie stwierdzono żadnych istotnych statystycznie różnic w zależności od miejsca pochodzenia lekarzy, niezależnie od przynależności do grupy (G1, G2, G3).



Wykres 8. Interakcja pochodzenia z rodziny lekarskiej lekarzy specjalistów, bez specjalizacji i w trakcie kształcenia się dla czynników przyciągających

Uwagi: Słupki błędów stanowią 95% przedział ufności otrzymanych wyników średnich. G1- lekarze specjaliści, G2- lekarze bez specjalizacji, G3 – lekarze w trakcie kształcenia się.

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania.

Analiza interakcji między pochodzeniem z rodziny lekarskiej a grupą lekarską, do której się przynależy (wykres 8), wykazała brak istotnych statystycznie różnic w ocenie poszczególnych czynników przyciągających do nowego miejsca pracy. Oznacza to, że pochodzenie z rodziny lekarskiej, niezależnie od stopnia wyedukowania, nie wiąże się z żadnymi preferencjami przy wyborze miejsca pracy. Wyniki kształtowały się następująco: WP $F(2,1438)=1,62$; $p=0,198$; $\eta^2<0,01$; RZ $F(2,1438)=0,52$; $p=0,596$; $\eta^2<0,01$; LM $F(2,1438)=0,46$; $p=0,631$; $\eta^2<0,01$.

W tabeli 12 przedstawiono wyniki analizy korelacji dla trzech zmiennych socjodemograficznych (wiek, liczba dzieci i staż pracy w danym miejscu pracy) w trzech grupach lekarzy. Żadna z otrzymanych wartości nie wykazuje istotnej korelacji poza słabą korelacją pomiędzy wiekiem a WP w grupie G3 (-0,243). Co oznaczać, może że dla lekarzy w trakcie kształcenia się warunki pracy wraz z wiekiem są mniej ważne. Warto jednak zauważyć, że wartość wskaźnika korelacji oznacza iż jest ona słaba.

Tabela 12. Analiza korelacji między faktorem przyciągającym a wiekiem, liczbą posiadanych dzieci i stażem pracy w miejscu A lekarzy specjalistów, bez specjalizacji i w trakcie kształcenia się

Grupa	czynnik			
	zmienna	WP	RZ	LM
G1	wiek	0,054	0,040	0,032
	liczba dzieci	0,079	-0,034	-0,014
	staż pracy	0,148	-0,047	-0,022
G2	wiek	0,088	0,044	-0,131
	liczba dzieci	0,104	-0,103	0,040
	staż pracy	0,107	-0,108	0,048
G3	wiek	-0,243	-0,146	-0,177
	liczba dzieci	0,110	-0,018	0,064
	staż pracy	0,189	0,102	-0,069

UWAGI: G1- lekarze specjaliści, G2- lekarze bez specjalizacji, G3 – lekarze w trakcie kształcenia się. WP- warunki pracy, RZ – rozwój zawodowy, LM- lokalizacja miejsca pracy

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

5.2.2. Czynniki wypychające

Ze względu na niewielkie liczebności grup osób, które całkowicie zrezygnowały ze współpracy z danym miejscem (miejsce B) i które jedynie ograniczały zaangażowanie godzinowe w danym miejscu (miejsce C) na rzecz podjęcia w nowym miejscu pracy (miejsce A), zostały one połączone.

Zabieg ten nie wystarczył by uzyskać podobną liczebność grup G1, G2 i G3. Najliczniejszą grupą okazali się lekarze specjaliści stanowiący ponad 85% łącznej liczby respondentów wypowiadających się na temat czynników wypychających. Tak niski odsetek lekarzy w trakcie kształcenia się wynikać może z faktu iż osoby te związane są często umowami i trudno jest zmienić na przykład miejsce rezydentury. Poza tym podczas kształcenia się lekarze często są na początku kariery zawodowej i jeszcze mogli nie mieć okazji do rezygnacji/opuszczenia miejsca pracy. W przypadku lekarzy bez specjalizacji świadczyć to może o wybieraniu nowych miejsc pracy bez rezygnacji z innych lub niższym wskaźniku fluktuacji w tej grupie lekarzy. Niewielka liczba odpowiedzi nie zawsze pozwalała na przeprowadzenie procedur statystycznych i ich interpretacje.

Dokonując analizy odpowiedzi od 1-5 dla wszystkich 15 czynników i w grupie wszystkich lekarzy czynnikiem najbardziej zachęcającym do opuszczenia miejsca pracy była *wysokość wynagrodzenia zasadniczego (WWZ)* i *stanowisko o znacznej autonomii w leczeniu*

(AUT)(tabela 13). Następnie *rozwój zawodowy (ROZ)*, *praca na stanowisku kierowniczym (STK)* oraz *lokalizacja miejsca pracy (LOK)*. Warto zauważyć, że wartości średnie są bliskie 3 i znacznie niższe niż w przypadku przyciągających. Oznaczać to może że oceniane czynniki raczej zniechęcały do opuszczenia co można określić jako zachęcające do pozostania. Tylko *stanowisko o znacznej autonomii w leczeniu* w grupie lekarzy bez specjalizacji raczej zachęcało (średnia 3,75) do opuszczenia miejsca pracy. Następną wartość średnią (3,56) osiągnął jako czynnik wypychający w grupie G2 *zakres obowiązków*. Może to świadczyć o poczuciu zbyt dużej odpowiedzialności i obciążenia pracą przez lekarzy, którzy nie posiadają specjalizacji.

Tabela 13. Ranking czynników wypychających z dotychczasowego miejsca pracy dla ogółu badanych i dla lekarzy z poszczególnych grup

Czynnik	Skrót	Suma odpowiedzi	średnia				D0				SD
			L	G1	G2	G3	L	G1	G2	G3	
Wysokość wynagrodzenia zasadniczego	WWZ	282	3,13	3,21	2,72	2,50	5	5	2	1	1,79
Stanowisko o znacznej autonomii w prowadzeniu leczenia	AUT	221	3,13	3,09	3,75	3,22	3	3	4	3	1,63
Możliwość rozwoju zawodowego	ROZ	237	3,08	3,04	3,50	3,15	5	3	5	3	1,86
Praca na kierowniczym stanowisku	STK	122	3,03	3,05	2,00	3,00	3	3	bd	3	1,63
Lokalizacja miejsca pracy	LOK	265	3,01	3,03	3,00	2,25	3	3	4	2	1,75
Możliwość doboru asysty do wykonywania procedur medycznych	DOB	156	2,97	2,99	2,50	2,50	3	3	1	3	1,71
Zakres obowiązków (obciążenie pracą)	ZOP	265	2,97	2,93	3,56	2,75	1	1	5	2	1,82
Opinie innych pracujących tam lekarzy	REK	213	2,95	2,90	3,40	3,18	3	3	4	3	1,69
Możliwość łączenia pracy zawodowej z życiem rodzinnym i prywatnym	WLB	263	2,94	2,96	3,00	2,39	3	3	4	1	1,77
Dodatkowe świadczenia finansowe	DSF	210	2,93	3,00	2,50	2,50	3	3	2	2	1,79
Możliwość prowadzenia badań naukowych w miejscu pracy	BNA	145	2,93	2,95	1,80	3,44	3	3	1	3	1,68
Wpływ na ustalanie własnych godzin pracy	CZA	249	2,93	2,93	3,00	3,18	1	1	5	4	1,83
Proponowana tygodniowa liczba godzin pracy	TLG	263	2,93	2,90	3,39	3,08	1	1	3	5	1,79
Bezpieczne i higieniczne warunki pracy	BHP	222	2,85	2,80	3,40	2,79	3	3	5	3	1,67
Prestż miejsca pracy	PMP	223	2,81	2,84	2,71	2,45	3	3	4	3	1,64

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.
bd-w grupie było tylko 2 respondentów (wskazane oceny to 1 i 3)

W grupie G1 najistotniejsza była WWZ. Wyniki w tej grupie, dla wszystkich powodów rezygnacji, są podobne i oscylują wokół średniej 3. W grupie G2 rozpiętość ocen jest znacznie większa i najbardziej zachęcający okazał się czynnik STK, a najmniej BNA. Natomiast w grupie G3 najwyżej oceniono BNA, a najniżej LOK. Interpretacja wyników z podziałem na grupy powinna być przeprowadzana ostrożnie ze względu na małe liczebności niektórych grup (na przykład dla SKT, w G2 N=2) i brak rzetelnych wniosków w takich przypadkach.

Tabela 14. Ranking czynników wypychających dla odpowiedzi „nie był brany pod uwagę” przez lekarzy specjalistów, bez specjalizacji i w trakcie kształcenia się

Czynnik	G1	% w G		% w		G 3
		1	G2	G 2	G 3	
STK	174	60	22	92	16	76
BNA	158	55	19	79	12	57
DOB	143	50	18	75	17	81
DSF	103	36	10	42	11	52
BHP	96	<u>33</u>	9	<u>38</u>	7	<u>33</u>
ROZ	81	28	8	33	8	38
PMP	92	32	10	42	10	48
REK	103	36	9	38	10	48
CZA	69	24	6	25	10	48
TLG	57	20	6	25	8	38
AUT	89	31	12	50	12	57
WWZ	41	14	6	25	5	24
WLB	57	20	6	25	8	38
ZOP	54	19	6	25	9	43
LOK	56	19	4	17	9	43
Liczba respondentów	289	x	24	x	21	x

UWAGI: Pogrubione wartości wskazują 50% i więcej, Podkreślenia oznaczają wartości podobne, których różnica nie przekracza 5 punktów procentowych. G1- lekarze specjaliści, G2- lekarze bez specjalizacji, G3 – lekarze w trakcie kształcenia się.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Biorąc pod uwagę rozkład odpowiedzi „nie był brany pod uwagę” dla czynników wypychających w poszczególnych grupach (tabela 14), można zauważyć, że tylko w przypadku jednego czynnika (BHP) rozkład procentowy odpowiedzi jest podobny (pokreślone wartości w tabeli 14) w poszczególnych grupach lekarzy (G1, G2 i G3). W pozostałych

stwierdzono stosunkowo duże różnice. Nasuwa się wniosek o podobnym stosunku lekarzy specjalistów, bez specjalizacji i w trakcie kształcenia do *warunków bhp* (od 33 do 38%). Wykazano małe znaczenie szczególnie trzech czynników (STK, BNA i DOB w tabeli 14) we wszystkich grupach jednocześnie. Każdy z tych czynników został wskazany przez ponad połowę respondentów z każdej z grup.

Tabela 15. Struktury czynników wypychających z poprzedniego miejsca pracy

Oceniane czynniki	Wypychanie	
	Warunki pracy	Rozwój zawodowy
Proponowana tygodniowa liczba godzin pracy	0,83	0,15
Oferowany zakres obowiązków	0,85	0,27
Wpływ na ustalanie własnych godzin pracy	0,79	0,20
Work-life balance	0,74	0,19
Wysokość wynagrodzenia zasadniczego	0,83	0,15
Zapewnienie BHP	<u>0,57</u>	<u>0,49</u>
Stanowisko o znacznej autonomii w prowadzeniu leczenia	<u>0,43</u>	<u>0,49</u>
Dodatkowe świadczenia finansowe	0,67	0,26
Opinie od innych lekarzy	0,33	0,62
Lokalizacja miejsca pracy	0,27	0,17
Możliwość prowadzenia badań naukowych w miejscu pracy	0,18	0,83
Możliwość rozwoju zawodowego	0,37	0,72
Możliwość doboru asysty do wykonywania procedur medycznych	<u>0,59</u>	<u>0,50</u>
Praca na kierowniczym stanowisku	0,33	0,68
Prestiż miejsca pracy	-0,05	0,88
% wyjaśnionej wariancji		
	33,92	8,06
alfa Cronbacha		
	0,90	0,83
M		
	2,99	2,99
SD		
	1,26	1,07
KMO		
		0,88
Test sferyczności Bartletta		
	$\chi^2 = 1974,49; df = 105; p < 0,001$	
Macierz korelacji		
	0,003	

UWAGI: analiza przeprowadzona metodą osi głównej z wykorzystaniem rotacji ortogonalnej (Varimax). Pogrubione zostały wartości ładunków >0,4, które weszły w skład czynników głównych. Podkreślone zostały wartości >0,4, które interpretowane były jako jednoczynnikowe.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Dla czynników wypychających przeprowadzono analogicznie jak dla przyciągających eksploracyjną analizę czynnikową. Przy wyborze poszczególnych czynników wypychających do faktorów kierowano się wartością ich ładunków i przyjęto taką samą wartość graniczną 0,4 (Bedyńska i Cypryańska, 2013, s. 259, Tabachnick i Fidell, 2006) jak dla przyciągających. Ostatecznie wyodrębniono dwa faktory główne, które określono jako *warunki pracy* (WP) i faktor obejmujący aspekty *rozwoju zawodowego* (RZ). W wypychającym faktorze *warunki pracy* zostały zakwalifikowane czynniki: TLG, ZOP, CZA, WLB, WWZ i DSF. Natomiast w faktorze *rozwój zawodowy* znalazły się czynniki: REK, BNA, ROZ, STK, PMP. Podobnie jak w przypadku faktorów przyciągających *lokalizacja miejsca pracy* (LM) nie osiągnęła wartości 0,4 i tym samym została uznana za faktor nie powiązany z innymi. Dodatkowo w faktorach wypychających 3 czynniki (*stanowisko o znacznej autonomii w prowadzeniu...*(AT), *możliwość doboru asysty...* (AS) i *zapewnienie BHP* (BH)) osiągnęły zarówno w faktorach WP jak i RZ wartości powyżej 0,4 i w związku z tym nie zostały zaliczone do żadnego z faktorów (wartości podkreślone w tabeli 15).

Zasadność wykonania analizy czynnikowej została zweryfikowana poprzez wysoką wartość miary Kaisera-Myera-Olkina ($KMO > 0,80$) ora istotny statystycznie wynik testu sferyczności Bartletta. Wynik wyznacznika macierzy korelacji przyjął wartość bliską zeru, co świadczy o tym, że analizowane dane mają dobre właściwości do zastosowania analizy czynnikowej (Bedyńska i Cypryańska, 2013).

Wskaźnik alfa Cronbacha dla nowopowstałych faktorów wypychających przyjął odpowiednio wartość (WP) 0,9 i (RZ) 0,83. Wartości te wskazują na prawidłową rzetelność stworzonej skali. Faktory motywów przyciągających wyjaśniały niemal 42% wariacji danych.

Dalsze działania statystyczne dla faktorów wypychających były analogiczne jak dla przyciągających.

Uzyskane wyniki (tabela 16) wartości wskaźnika d Cohena wahają się w przedziale bardzo silnych efektów (od 2,14 do 2,81), można zatem stwierdzić, że występuje zgodność odpowiedzi. Najsilniejszy efekt wykazał *rozwój zawodowy*, a najmniejszy *lokalizacja miejsca pracy*. We wskazaniach ocen LM odnotowano też najwyższe odchylenie standardowe.

Tabela 16. Analiza wartości czynników wypychających z miejsca pracy

Faktor	Wartość testowana = 0		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD			LL	UL	
Warunki pracy (WP)	2,99	1,26	42,63	<0,001	2,85	3,13	2,38
Rozwój zawodowy (RZ)	2,99	1,07	47,69	<0,001	2,87	3,12	2,81
BHP (BH)	2,85	1,21	35,33	<0,001	2,69	3,01	2,35
Stanowisko o znacznej autonomii w prowadzeniu leczenia (AT)	3,13	1,26	37,37	<0,001	2,96	3,29	2,49
Lokalizacja miejsca pracy (LM)	3,01	1,41	35,10	<0,001	2,85	3,18	2,14
Możliwość doboru asysty do wykonywania procedur medycznych (AS)	2,97	1,25	29,83	<0,001	2,77	3,17	2,37

Uwagi: 95% CI oznacza przedział ufności wyników z 95% prawdopodobieństwem otrzymania wyniku prawdziwego, LL oznacza dolną granicę przedziału ufności, UL oznacza górną granicę przedziału ufności. Pogrubiona została najwyższa wartość wskaźnika d Cohena.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Dalsza interpretacja dla poszczególnych grup jest nierzetelna ze względu na dużą rozpiętość liczebności respondentów w poszczególnych grupach oraz zbyt niską liczbę odpowiedzi. Na przykład w G1 N=101, w G2 N=4, G3 N=3.

Taka sama sytuacja występuje w przypadku analizy odpowiedzi z podziałem na sektor i dla określenia korelacji czynników z cechami socjodemograficznymi.

5.2.3. Czynniki obojętne

Zgodnie z założeniami teorii push-pull autorka dokonała analizy wskazań ocenionych jako obojętne (ocena 3 – „ani nie zachęca, ani nie zniechęca”) dla wszystkich 15 czynników. Z analizy wyników oceny powodów przyciągających do danego miejsca pracy, wynika, że najbardziej obojętny był *prestiz miejsca pracy* (10%) i *warunki BHP* (niemal 9%). Kolejnymi wskazaniami była *wysokość wynagrodzenia zasadniczego* (7,5%), *oferowany zakres obowiązków* (7,5%) oraz *dodatkowe świadczenia finansowe* (nieco ponad 7%). Pozostałe czynniki nie osiągnęły 7% wskazań.

Wśród oceny powodów odejścia z miejsca pracy najbardziej obojętne okazały się *warunki BHP* (9,1%), *opinie innych lekarzy* (8,8%) i *autonomia w leczeniu* (8,4%). Następnie – jako ani nie zachęcające, ani zniechęcające do opuszczenia miejsca pracy – był *prestiz tego miejsca* (7,9%) i *możliwość doboru asysty do wykonywania procedur medycznych* (7,1%). Znaczna

część czynników uzyskała poniżej 7% wskazań, a wysokość wynagrodzenia zasadniczego i oferowanego zakresu obowiązków nie przekroczyły 5% odpowiedzi.

5.3. Oczekiwania wobec miejsca pracy

Pytanie dotyczące oczekiwań wobec miejsca pracy było otwarte i dobrowolne dla respondentów i 554 lekarzy udzieliło odpowiedzi. Lekarze, którzy nie podejmowali jeszcze pracy zawodowej, wskazywali w oczekiwaniach otwarcie „węższych specjalizacji” takich jak endokrynologia/okulistyka, godnych warunków pracy – w tym czasu pracy nieprzekraczającego normy 160 godzin miesięcznie plus kilka dyżurów, możliwość pracy w jednym miejscu i osiągnięcie w nim wynagrodzenia pozwalającego na utrzymanie rodziny i rozwijanie pasji. Kwestia rozwoju w szkole doktorskiej, pracy naukowej i możliwość prowadzenia badań naukowych w miejscu pracy była też dość częstym życzeniem respondentów.

Lekarze będący już aktywni zawodowo, w oczekiwaniach najczęściej wskazywali godne wynagrodzenie miesięczne netto – od około 4 200 zł (lekarze w trakcie kształcenia się – 18 wskazań, z czego aż 17 zadeklarowało oczekiwanie na poziomie ponad 7 000 zł), poprzez (lekarze bez specjalizacji) do 24 000 zł (lekarze specjaliści)). Niemal połowa odpowiedzi (około 270) zawierała aspekt finansowy. Kolejnym znaczącym czynnikiem były ogólnie określone warunki pracy, do których lekarze zaliczali: wpływ na ustalanie czasu pracy, wzrost zatrudnienia i ograniczenie zakresu obowiązków, zatrudnienie personelu pomocniczego do obsługi dokumentacyjnej (na przykład asystent medyczny), zmniejszenie biurokracji, pracę bez mobbingu, zapewnione zaplecze diagnostyczne, dobrą atmosferę w pracy i gabinet do pracy, pokój socjalny oraz osobne toalety dla personelu medycznego. W tej kategorii pojawiły się również wskazania respektowania praw człowieka oraz wzięcie pod uwagę roli kobiet w macierzyństwie i przestrzeganie prawa, szczególnie wobec nich. Liczbę godzin pracy i oczekiwanie możliwości rozwoju w miejscu pracy wskazywało około 15% -wyliczających oczekiwania wobec miejsca pracy. Jeden z respondentów podsumował swoje oczekiwania następująco: „Warunki pracy i wynagrodzenie umożliwiające pracę na 1 etapie bez konieczności dorabiania w innych miejscach pracy. Warunki pracy umożliwiające komfort diagnostyki i leczenia pacjentów na światowym poziomie, zapewniające godne i właściwe poszanowanie pacjenta, a nie pracę na akord”.

5.4. Podsumowanie wyników i wnioski

Przeprowadzona w poprzednich podrozdziałach analiza ma charakter eksploracyjny dzięki czemu udało się odpowiedzieć na postawione pytania badawcze oraz pozwoliła ona zweryfikować hipotezy badawcze H1 i H2.

Badanie potwierdziło, że czynniki zidentyfikowane w badaniach lekarzy z różnych stron świata działają również zachęcająco na polskich lekarzy.

Najistotniejsza okazała się *lokalizacja miejsca pracy* (M = 3,85; D0 = 5 w każdej grupie badanych), szczególnie ważna dla lekarzy bez specjalizacji; *wpływ na ustalenie godzin pracy* (M = 4,07; D0 = 5) – szczególnie ważny dla lekarzy specjalistów oraz *rozwój zawodowy* (M = 3,79; D0 = 4 w każdej badanej grupie), osiągnął najwyższą wartość średnią wśród lekarzy w trakcie kształcenia się. Przytoczone kwestie istotności wysokości zarobków okazały się w wynikach badań nadal aktualne dla lekarzy w Polsce, szczególnie dla specjalistów (M = 3,78; D0 = 4). Dla lekarzy bez specjalizacji średnia ocena była nieco niższa dla tego czynnika, a respondenci z tej grupy najczęściej wskazywali odpowiedź „ani nie zachęcał, ani nie zniechęcał” (M = 3,53; D0 = 3). W przypadku osób kształcących się można uznać, że czynnik ten był obojętny (M = 3,26; D0 = 3), co więcej nie był brany pod uwagę przy wyborach miejsca pracy aż przez 44% ankietowanych. Kwestie finansowe były również częstym wątkiem, na jaki zwracali uwagę lekarze, którzy jeszcze nie podejmowali pracy. W badaniu mieli możliwość przedstawienia swoich oczekiwań wobec pierwszego miejsca pracy. Wysokość oczekiwanego miesięcznego wynagrodzenia netto wahała się od 4 200 zł aż do 24 000 zł.

Podczas przeprowadzanych procedur statystycznych służących sprawdzeniu występowania zgodności respondentów w udzielanych kombinacjach odpowiedzi (czyli podczas analizy czynnikowej), wyłonił się jeden z bardzo istotnych wniosków.

Weryfikacja czynników ważnych przy wyborze miejsca pracy w poszczególnych sektorach wykazała, że do miejsc finansowanych ze środków NFZ jak i do tych z sektora prywatnego przyciągały wszystkie badane czynniki. Tym samym hipotezy H1 i H2 zostały potwierdzone (tabela 16).

Tabela 17. Weryfikacja hipotez badawczych

Hipoteza	Treść hipotezy	Potwierdzenie hipotezy
H1	<p><u>Czynnikami zachęcającym do wyboru miejsca pracy przez lekarzy w sektorze publicznym jest:</u></p> <p>H1(a) dodatkowo płatne świadczenia finansowe</p> <p>H1(b) rozwój zawodowy</p> <p>H1(c) możliwość prowadzenia badań w miejscu pracy</p> <p>H1(d) stanowisko o znacznej autonomii w prowadzeniu leczenia</p> <p>H1(e) praca na kierowniczym stanowisku</p> <p>H1(f) możliwość łączenia pracy zawodowej z życiem prywatnym</p>	<p>Potwierdzona</p> <p>a) potwierdzona</p> <p>b) potwierdzona</p> <p>c) potwierdzona</p> <p>d) potwierdzona</p> <p>e) potwierdzona</p> <p>f) potwierdzona</p>
H2	<p><u>Czynnikami zachęcającym do wyboru miejsca pracy przez lekarzy w sektorze prywatnym jest:</u></p> <p>H2(a) wysokość wynagrodzenia zasadniczego</p> <p>H2(b) możliwość doboru asysty do wykonywania procedur medycznych</p> <p>H2(c) wpływ na ustalanie własnych godzin pracy</p> <p>H2(d) proponowana tygodniowa liczba godzin pracy</p> <p>H2(e) oferowany zakres obowiązków</p>	<p>Potwierdzona</p> <p>a) potwierdzona</p> <p>b) potwierdzona</p> <p>c) potwierdzona</p> <p>d) potwierdzona</p> <p>e) potwierdzona</p>

Źródło: opracowanie własne.

Zgodnie z eksploracyjnym charakterem pracy oraz brakiem możliwości postawienia hipotezy, została dokonana analiza ocen miejsc funkcjonujących jako publiczno-prywatne. Najwyżej cenione w tych miejscach były: *autonomia w prowadzeniu badań naukowych w miejscu pracy* (M= 4,28), *wpływ na ustalanie własnych godzin pracy* (M = 4,22), *możliwość połączenia pracy zawodowej z życiem prywatnym* (M = 4,16) oraz *lokalizacja miejsca pracy* (M = 4,06). Zaobserwowano wyższy poziom ważności czterech czynników (*lokalizacja miejsca pracy, możliwość prowadzenia badań naukowych w miejscu pracy, możliwość rozwoju zawodowego, dodatkowe świadczenia finansowe*) w sektorze publiczno-prywatnym niż w prywatnym, kolejne pięć zostało ocenionych na podobnym poziomie (*prestż miejsca pracy, opinie innych pracujących tam lekarzy, praca na stanowisku kierowniczym, dobór asysty do wykonywania procedur medycznych i autonomia w prowadzeniu leczenia*). W porównaniu z sektorem publicznym niemal wszystkie otrzymały ocenę średnią wyższą w sektorze publiczno-prywatnym. Tylko jeden czynnik otrzymał średnią ocenę niższą (*możliwość prowadzenia badań naukowych w miejscu pracy*) i jeden podobną (*możliwość rozwoju zawodowego*).

Analiza w oparciu na 15 czynnikach zidentyfikowanych w literaturze odbyła się dla porównań średnich ważności w sektorach (ze względu na hipotezy), analizy odpowiedzi „nie był brany pod uwagę” oraz „ani nie zachęcał, ani nie zniechęcał”. Pozostałe wyniki interpretowane były na podstawie wyników analizy czynnikowej, dzięki której liczba czynników została zredukowana do dwóch głównych faktorów i jednego dodatkowego -w przypadku przyciągających- oraz czterech dodatkowych -w przypadku wypychających.

Analiza różnic w ocenie faktorów ze względu na rodzaj miejsca pracy, wykazała, że *warunki pracy* najważniejsze są dla lekarzy pracujących w przychodni i innych placówkach (na przykład własny gabinet, uczelnia wyższa, jednostka naukowa, fundacja). Faktor rozwoju zawodowego został najwyżej oceniony przez lekarzy świadczących pracę w szpitalu klinicznym. Uzasadnieniem tego wyniku jest zapewne fakt, że znaczna część badań realizowanych w ramach *rozwoju naukowego* lekarzy odbywa się w tego typu miejscu. A *lokalizacja miejsca pracy* była istotna dla lekarzy w każdym z rodzajów miejsc pracy. Najmniej jednak zachęcała w przypadku szpitali nieklinicznych.

Część badania poświęcona poszukiwaniu związków pomiędzy oceną czynników a cechami socjodemograficznymi wykazała, że miejsce pochodzenia, płeć, pochodzenie z rodziny lekarskiej, posiadanie dzieci w momencie wyboru miejsca pracy i staż pracy w tym miejscu, nie mają znaczenia przy ocenie powodów wyboru miejsca pracy. W zmiennej wieku słaba korelacja została wykryta tylko w grupie osób w trakcie kształcenia się. Wśród lekarzy specjalistów i bez specjalizacji nie odnotowano związku pomiędzy tymi zmiennymi.

Dodatkowej analizie poddano również odpowiedzi lekarzy dotyczące innych czynników, aby zweryfikować czy występują inne ważne dla polskich lekarzy czynniki. Wśród powodów zachęcających do wyboru miejsca pracy najczęstszym wskazaniem były powody osobiste i rodzinne (na przykład poczucie misji czy przeprowadzka), atmosfera w pracy i praca zespołowa, wyposażenie w nowoczesny sprzęt, warunki socjalne oraz chęć otwarcia własnego gabinetu lub pomoc koledze/ koleżance w jego/ jej praktyce.

Dokonywanie wyborów może być również uwarunkowane tym, z czego rezygnujemy lub co możemy stracić. Dobrana teoria push-pull pozwoliła na sprawdzenie tego faktu w badaniu będącym podstawą dysertacji i pozwoliła poznać faktory, które zachęcały do odejścia lub zmniejszenia zaangażowania zawodowego w jednym miejscu pracy na rzecz innego. W przypadku oceny powodów zachęcających do odejścia z miejsca pracy nie postawiono hipotez. Z wyników uzyskano następujące wnioski: na specjalistów wypychająco działała w

pierwszej kolejności *wysokość wynagrodzenia zasadniczego*, na lekarzy bez specjalizacji – brak *możliwości pracy na stanowisku o znacznej autonomii w leczeniu*, a na kształcących się – możliwości związane z *prowadzeniem badań naukowych w miejscu pracy*.

Trzy czynniki (*warunki BHP, stanowisko o znacznej autonomii w pracy oraz możliwość doboru asysty do wykonywania procedur medycznych*) posiadały bardzo wysokie ładunki (od 0,43 do 0,59) dla obu czynników wypychających i w związku z tym nie zostały włączone do żadnego z nich i interpretowane były one osobno. Ich wysokie ładunki dla obu czynników świadczyły o tym, że były wskazywane wraz z innymi czynnikami, które wchodziły w skład czynnika *warunki pracy* jak i *rozwój zawodowy*. Zatem dla respondentów *warunki BHP* i *stanowisko o znacznej autonomii w prowadzeniu leczenia* wypychały jako osobne powody, ale przy wyborze nowego miejsca pracy były postrzegane jako podstawowe *warunki pracy* (ładunki w przyciągających odpowiednio 0,66 i 0,55), na równi z wynagrodzeniem zasadniczym. Natomiast *możliwość doboru asysty do wykonywania procedur medycznych* przyciągało znacznie bardziej w aspekcie *rozwoju zawodowego* (ładunek 0,62).

Można tutaj też zauważyć, że dla lekarzy specjalistów miało znaczenie wynagrodzenie w przypadku rezygnacji z miejsca pracy oraz warunki pracy w nowym miejscu. Wnioskować to może o tym, że specjaliści dążą do poprawy warunków swojej pracy i zwrotu z inwestycji w swój kapitał intelektualny. W wyniku przeprowadzonej analizy czynnikowej uzyskano 2 główne czynniki i 4 jednoładunkowe. Trzy (*Możliwość doboru asysty do prowadzenia procedur medycznych, Stanowisko o znacznej autonomii w leczeniu i BHP*) z nich miały bardzo wysokie wartości ładunków dla obu czynników, a jeden (*lokalizacja miejsca pracy*) bardzo niskie. Dlatego wszystkie trzy były analizowane osobno. *Warunki BHP* i *Stanowisko o znacznej autonomii w leczeniu* po stronie czynników wypychających były dla respondentów podobnie ważne zarówno jako element warunków pracy jak i rozwoju zawodowego, natomiast przy wyborze nowego miejsca pracy były już tylko składową podstawowych warunków pracy (tak jak wynagrodzenie zasadnicze).

Bardzo mała liczebność respondentów, którzy udzielili odpowiedzi na temat czynników wypychających powoduje, że podawanie dalszych wyników z podziałem na grupy byłoby niezetelne (na przykład dla sektorów).

Wśród wskazań innych powodów opuszczenia miejsca pracy na rzecz pracy w nowym, najistotniejsze okazały się: konflikty interpersonalne i w zespole, mobbing oraz brak odpowiednich narzędzi do pracy. Warto jednak podkreślić, że wnioski te mogą wynikać

również z faktu nielicznej grupy badanych, którzy udzielili odpowiedzi na ten temat, co może stanowić pewnego rodzaju ograniczenie w interpretacji wyników.

Zgodnie z założeniami zastosowanej teorii push-pull, wyróżnia się również czynniki obojętne, którymi przy wyborze miejsca pracy był *prestż miejsca pracy i warunki BHP*, a przy opuszczaniu – *warunki BHP* i *opinie innych lekarzy*. Można zatem stwierdzić, że *warunki BHP* nie odgrywały zbyt dużej roli w ocenie badanej populacji. Warto podkreślić, że badanie przeprowadzane było już ponad 1,5 roku od rozpoczęcia pandemii SARS-CoV-2 i stąd może wynikać różnica w wynikach w porównaniu z badaniem Buchelt i Kowalska-Bobko (2020).

Reasumując, można stwierdzić, że dla polskich lekarzy posiadających specjalizację najistotniejszy jest *wpływ na ustalenie godzin pracy, możliwość autonomii w prowadzeniu leczenia (warunki pracy) i lokalizacja miejsca pracy*. Ten ostatni czynnik miał bardzo wysokie znaczenie również dla lekarzy z pozostałych grup (bez specjalizacji, w trakcie kształcenia się). Poza tym lekarzy bez specjalizacji zachęcały *warunki pracy*, a w trakcie kształcenia się *możliwość rozwoju zawodowego*. Doskonale to odzwierciedla sytuację tych osób, ponieważ to właśnie staż służy pozyskaniu nowej wiedzy i nabyciu doświadczenia, które są składowymi rozwoju. Innymi powodami wskazywanymi w badaniu były: sprawy osobiste i rodzinne, wyposażenie w nowoczesny sprzęt, warunki socjalne, chęć posiadania własnej praktyki lub współpraca ze znajomymi. Najmniej ważne okazały się natomiast: *możliwość prowadzenia badań naukowych w miejscu pracy, dodatkowe świadczenia finansowe oraz warunki BHP*. W badaniu brało udział niewielu respondentów z tytułem naukowym lub stopniem dr n. med. i z tego może wynikać marginalna pozycja czynnika *badań naukowych w miejscu pracy*. Zaskakującym wynikiem są jednak *warunki BHP*, ponieważ od czasu pandemii w Polsce (luty 2020) można by domniemywać, że znaczenie tego czynnika powinno być znaczące.

Zróznicowanie rankingów przyciągających i wypychających (tabele 10 i 15) jest znacznie większe w przypadku tych drugich. Świadczy o tym wartość odchyień standardowych oraz wartości dominant. Lekarze w przypadku większości czynników wypychających dokonali oceny poniżej 3, co oznaczać może, że czynniki z przyjętego katalogu wcale tak mocno nie zachęcały do rezygnacji. Jeśli natomiast lekarze decydowali się na wybór nowego miejsca pracy, to silniej oddziaływały czynniki przyciągające niż wypychające. Można to podsumować wnioskiem, że lekarze rzadko odchodzą z miejsc, lecz raczej szukają lepszych, aby uzyskać jak największy zwrot ze swojej inwestycji w kapitał ludzki.

Podsumowanie

Czynniki wpływające na wybory miejsca pracy przez lekarzy mogą być różne i zależeć od perspektywy ich rozpatrywania. W literaturze niewiele jest wyników badań z uwzględnieniem optyki ekonomicznej. Rozważania w dysertacji dotyczyły powodów wyborów miejsc pracy przez lekarzy w Polsce i tym samym dotyczą zachowań podmiotów rynku medycznego na rynku pracy. Zagadnienia te wchodzą w zakres ekonomii zdrowia i dlatego też wypełnienie zidentyfikowanej luki badawczej stanowiło pierwszą przesłankę napisania pracy doktorskiej.

Kolejnym ważnym uzasadnieniem powstania dysertacji jest ekonomiczny wpływ tej grupy zawodowej na wskaźnik bogactwa narodu, postrzeganego jako zdrowie obywateli. Rosnące potrzeby zdrowotne ludności oraz ograniczone zasoby kadr lekarskich skłaniają do szukania rozwiązań nad efektywnym gospodarowaniem zasobami ludzkimi w opiece medycznej. Parametry tych zasobów są zależne od wielu zmiennych, które trudno przewidywać, takich jak potrzeby zdrowotne obywateli czy uwarunkowania polityczne, a na podstawie definicji rynku można dodatkowo stwierdzić, że lekarz jest jednym z podmiotów w „procesie podaży pracy i popytu na pracę” (Francik i Pocztowski, 1993, s. 33). Poza tym napływ uchodźców wojennych z Ukrainy od lutego 2022 r. powoduje dalsze pogłębianie się deficytu. Znaczną część migracji stanowią matki z dziećmi, które korzystają z pomocy, szczególnie specjalistycznej (medycyna rodzinna, neonatologia, ginekologia i położnictwo, psychiatria), a liczba lekarzy i lekarek dostępnych w Polsce pozostaje niemal bez zmian. Poznanie czynników wpływających na wybory miejsc pracy przez lekarzy jest pomocne w dostosowaniu ich do oczekiwań, kształtowaniu polityki zdrowotnej w kraju oraz przewidywaniu migracji medyków. Ważne jest również dla osób zarządzających placówkami medycznymi, jak i dla samych lekarzy, którzy niejednokrotnie są pracodawcami.

Poruszanie się po słabo rozpoznanym obszarze w zakresie teorii ekonomii zdrowia, jak i małej liczby badań lekarzy w Polsce z tej perspektywy, wyznacza eksploracyjny charakter pracy. W związku z tym analiza skoncentrowana jest na identyfikacji czynników istotnych dla lekarzy w przypadku wyboru miejsca pracy.

Proces badawczy obejmował zgłębienie literatury różnych dziedzin i dyscyplin naukowych, aby zidentyfikować najbardziej dopasowane podstawy teoretyczne do specyficznych cech rynku medycznego, a w szczególności rynku pracy lekarzy. Wyodrębnione dwie teorie

ekonomii (teoria kapitału ludzkiego i migracji push-pull), pozwoliły na stworzenie katalogu czynników ważnych przy wyborach miejsca pracy. Poza nimi dołączono czynniki charakterystyczne dla rynku medycznego. Dzięki temu powstała lista 15 powodów istotnych dla lekarzy z całego świata. Wyniki wcześniejszych badań oraz podstawy teoretyczne pozwoliły na postawienie dwóch hipotez badawczych. Następnie weryfikowano je za pomocą danych uzyskanych w przeprowadzonym badaniu, które obejmowało lekarzy w Polsce.

Badanie miało na celu eksplorację i weryfikację:

- powodów istotnych przy wyborze miejsca pracy przez lekarzy i różnic w ich postrzeganiu przez wyszczególnione grupy lekarzy,
- powodów rezygnacji z miejsca pracy i różnic w ich postrzeganiu przez wyszczególnione grupy lekarzy,
- czynników obojętnych przy wyborze miejsca świadczenia usług przez medyków oraz
- oczekiwań wobec miejsca pracy lekarzy.

Rezultaty pozwoliły na poznanie oceny skatalogowanych czynników oraz identyfikację czynników ważnych przy wyborze miejsca pracy dla lekarzy w Polsce. Dzięki zastosowanej procedurze analizy czynnikowej zbadano powiązania wskazań i uzyskano dwa czynniki główne: *warunki pracy* i *rozwój zawodowy* oraz jeden dodatkowy *lokalizacja miejsca pracy*.

Zastosowana teoria kapitału ludzkiego umożliwiła poznanie różnic postrzegania czynników przez trzy różne grupy lekarzy (specjalistów, bez specjalizacji i w trakcie kształcenia się). Natomiast teoria migracji push-pull wzbogaciła wyniki o ocenę czynników istotnych przy rezygnacji z miejsca pracy oraz obojętnych. Tym samym uzyskano wiedzę na temat czynników przyciągających, wypychających oraz obojętnych dla lekarzy przy wyborze miejsca pracy. Czynniki zachęcające wykazały znacznie silniejsze oddziaływanie niż wypychające. Wśród nich największe oddziaływanie miała *lokalizacja miejsca pracy* i była wyżej ceniona niż *warunki pracy* i *rozwój zawodowy*.

W przypadku czynników wypychających średnie z otrzymanych ocen były niewiele wyższe od oceny obojętnej, więc można powiedzieć, że czynniki wypychające nie mają aż tak dużego znaczenia przy wyborze nowego miejsca pracy.

W wynikach badania uzyskano również informację o innych powodach warunkujących wybór miejsca pracy ważnych dla lekarzy w Polsce. Okazały się nimi zazwyczaj powody osobiste i rodzinne, atmosfera w pracy i praca zespołowa (osoba przełożonego i innych

lekarzy) oraz wyposażenie miejsca pracy w sprzęt i zaplecze socjalne. Własny gabinet lub pomoc koledze po fachu były również wskazywane jako czynnik zachęcający do wyboru tych miejsc pracy.

Powodami, których lekarze wszystkich grup najczęściej wcale nie brali pod uwagę przy wyborze miejsca pracy, było *stanowisko kierownicze*, *możliwość doboru asysty do wykonywania procedur medycznych* (lekarze specjaliści) i *możliwość prowadzenia badań naukowych w miejscu pracy* (lekarze bez specjalizacji i w trakcie kształcenia się).

Czynnikami obojętnymi okazały się: *prestż miejsca pracy*, *warunki BHP*, *wysokość wynagrodzenia zasadniczego*, *opinie innych lekarzy* oraz *autonomia w leczeniu*. Ostatni z motywów wraz z warunkami BHP, wykazały się natomiast dwukierunkowością, polegającą na postrzeganiu ich w przypadku wypychania jako osobne faktory, a w przyciąganiu jako warunki pracy. Oznacza to, że lekarze nie mając autonomii w leczeniu i zapewnionych odpowiednich warunków BHP byli zachęceni do rezygnacji z miejsca pracy, lecz szukając nowego miejsca pracy, były one równie ważne jak wynagrodzenie zasadnicze czy ustalenia dotyczące czasu pracy.

Badanie potwierdziło zachęcający charakter wszystkich czynników zarówno w sektorze publicznym, prywatnym jak i publiczno-prywatnym. Najbardziej zachęcająca w sektorze publicznym jest możliwość *rozwoju zawodowego*, w prywatnym *wpływ na ustalenie godzin pracy* a publiczno-prywatnym *autonomia w prowadzeniu leczenia*. Nie potwierdzono również istnienia związku pomiędzy wskazaniem czynników a atrybutami socjodemograficznymi lekarzy, poza słabą korelacją pomiędzy wiekiem z *warunkami pracy* w grupie lekarzy w trakcie kształcenia się.

W badaniu oczekiwań lekarzy wobec miejsca pracy lekarze jeszcze nieaktywni zawodowo wskazywali najczęściej możliwość realizacji wybranej specjalizacji, przestrzegania norm godzin pracy oraz możliwość pracy w jednym miejscu za wynagrodzenie pozwalające utrzymać rodzinę i realizację pasji. Ostatni czynnik potwierdził się w odpowiedziach lekarzy, którzy już pracowali. Następnie wskazywali oni wpływ na ustalenie czasu pracy, wzrost zatrudnienia i ograniczenie zakresu obowiązków, zatrudnienie personelu pomocniczego do obsługi dokumentacyjnej, zmniejszenie biurokracji, praca bez mobbingu, zapewnione zaplecze diagnostyczne, dobrą atmosferę w pracy i gabinet do pracy, pokój socjalny oraz osobne toalety dla personelu medycznego. W kategorii tej pojawiły się również wskazania

respektowania praw człowieka oraz wzięcia pod uwagę roli kobiet w macierzyństwie i przestrzeganie prawa szczególnie wobec nich.

Istotnym wkładem pracy jest dokonany przegląd teorii zajmujących się wyborami miejsc pracy z perspektywy różnych dyscyplin oraz scharakteryzowanie medycznego rynku pracy, którym poświęcono dwa pierwsze rozdziały. Dokonany przegląd badań z udziałem lekarzy i dotyczących wyborów miejsc pracy (przedstawiony w rozdziale trzecim) pozwolił na uzyskanie katalogu czynników, które można poddawać systematycznej ocenie. Kolejnym elementem jest opracowane autorskie narzędzie badawcze w oparciu o założenia teorii ekonomii, które może być wykorzystywane do badań innych grup zawodów medycznych (po wzięciu pod uwagę cech branżowego rynku pracy). Uzyskane i omówione wyniki badań (rozdział piąty) mają walor implikacji praktycznych na różnych poziomach decyzyjnych począwszy od osób zajmujących się ekonomią zdrowia, polityką zdrowotną a skończywszy na menadżerach zarządzających podmiotami medycznymi. Z punktu widzenia diagnozowania odejść lekarzy z miejsc pracy jak i organizowania procesu zatrudnienia wyniki niosą ważne wnioski dla działów personalnych.

Mocną stroną badania podmiotowego jest jego zasięg dzięki współpracy podjętej z Naczelną Izbą Lekarską i dostarczeniu zaproszenia do wzięcia udziału w badaniu (wysłano ponad 105 tys. zaproszeń). Pomoc NIL pozwoliła dotrzeć do znacznej liczby respondentów (odnotowano ponad 26,5 tys. unikalnych otwarć maila i 2,8 tys. kliknięć w link do ankiety oraz uzyskanie 1 834 całkowicie wypełnionych kwestionariuszy) i uzyskać reprezentatywność w zakresie płci. Z informacji zwrotnych od lekarzy biorących udział w badaniu należałoby w kolejnych edycjach doprecyzować zasadność stosowania określenia „lekarz medycyny” i być może dodać trzecią płęć – osoby binarne. Według autorki badanie powinno zawierać mniejszą liczbę pytań i opcji wyboru w przypadku miejsca pochodzenia i rodzaju miejsca pracy.

W przyszłości warto też zastosować rozwiązanie służące zmniejszeniu rozdrobienia specjalizacji, ponieważ ich duża liczba (77-załącznik nr 1) wraz z podwójnymi kombinacjami, spowodowała, że łącznie powstało ich ponad 100, co uniemożliwiło przeprowadzenie analizy statystycznej z uwzględnieniem tego kryterium. Autorka proponuje w przyszłości ograniczyć możliwość wskazania tylko 1 specjalizacji. Kwestie te stanowiły pewnego rodzaju ograniczenie w analizie wyników oraz mogły wpływać na zwrotność ankiet. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na weryfikację (w miarę możliwości) kwestii kompatybilności

systemów generowania linków do badań i mailingu masowego, ponieważ z tego powodu część zaproszeń trafiła do folderu „spam” i nie została dostrzeżona przez lekarzy. Na pewno napotkany problem techniczny ma swoje odzwierciedlenie w ilości otwarć zaproszenia i udziale respondentów w badaniu. Ci, którzy zdecydowali się na otwarcie ankiety, w 88% wypełniali ją kompletnie.

Analizując otrzymane wyniki, należy być świadomym wielu innych **ograniczeń** wynikających z trwającej pandemii SARS-CoV-2, zmęczenia i frustracji lekarzy z powodu obostrzeń i problemów rozliczeniowych związanych z dodatkami covidowymi; trwającego „białego strajku” w trakcie przeprowadzania badania oraz stosowanych podstaw teoretycznych i metod analizy. Autorka rekomenduje w przyszłości skupienie się na istotnych czynnikach dla lekarzy w Polsce ze zwróceniem szczególnej uwagi na kryterium sektora, w którym znajduje się miejsce pracy i atrybutów socjodemograficznych lekarzy.

Kolejną z przeszkód napotkanych w analizach zjawisk na medycznym rynku pracy jest sam fakt ustalenia liczby jego podmiotów. Różnice wynikają z innej definicji pojęcia pracowników medycznych w odniesieniu do lekarzy i odmiennej metodologii ich liczenia. Rozbieżności te powodują nieścisłości w prezentowanych danych z różnych źródeł, ich interpretację oraz wyciągane wnioski na forum zarówno krajowym, jak i międzynarodowym, dlatego też autorka skupiła się wyłącznie na rynku pracy lekarzy w Polsce oraz postanowiła podjąć współpracę z NIL i wspólnie przeprowadzić badanie. Badaniem objęci byli wyłącznie lekarze, którzy przynależą do NIL, posiadający PWZ i adres mailowy, co można postrzegać jako jedno z ograniczeń badania. Zaletą natomiast tego rozwiązania była możliwość zapewnienia gwarancji anonimowości respondentom. Drugą przeszkodą była pandemia koronawirusa SARS-CoV-2, która miała wpływ na duże obciążenie pracą lekarzy niektórych specjalizacji, ich zmęczenie oraz frustrację. Trwający „biały strajk” w czasie badania empirycznego (IX 2021) był tego jasnym dowodem.

W pracy autorka przyjęła pod pojęciem opuszczenia miejsca pracy całkowitą rezygnację z pracy w danym miejscu, jak i ograniczenie godzin pracy w nim (niezależnie od wielkości tego umniejszenia) na rzecz świadczenia pracy w innym. Jest to kolejne z ograniczeń owego badania, lecz wynikało ono z niskiej zwrotności. Być może rozdysponowanie ankiet przez OIL pozwoliłoby na interpretację wyników osobno dla czynników wpływających tylko na zmniejszenie liczby godzin pracy w danym miejscu i całkowitą rezygnację. Należało by jednak zadbać o zapewnienie anonimowości, na której lekarzom bardzo zależało.

Projektując badanie autorka przyjęła założenie, że każdy lekarz posiadający PWZ dokonuje wyboru miejsca pracy w Polsce. Choć powszechnie znany jest problem emigracji zagranicznej personelu medycznego, szczególnie lekarzy, to niestety nie jest możliwe oszacowanie jej rozmiarów i ustalenie, kto z lekarzy pracuje wyłącznie w Polsce. Wymagałoby to zadania dodatkowych pytań w arkuszu ankietowym, co wydłużałoby czas jego wypełnienia. Szacuje się, że poza granicami pracuje mniej niż 1%²⁷ lekarzy zarejestrowanych w NIL i dzięki niskiemu odsetkowi prawdopodobieństwo wpływu na zniekształcenie wyników badania jest niewielkie. W zaproszeniu do badania było to wyjaśnione, lecz zawsze istnieje prawdopodobieństwo, że lekarz pracujący tylko poza Polską mógł w pośpiechu nie zapoznać się z powitaniem i przejść od razu do wypełniania ankiety.

Według autorki **kolejne badania** powinny być przeprowadzane systematycznie w równych odstępach czasowych (na przykład co 5 lat), aby móc obserwować zmiany preferencji lekarzy. Może to być pomocne w przygotowaniu miejsc pracy dla lekarzy wkraczających na rynek pracy, jak i pomóc poznać oczekiwania uczestników medycznego rynku pracy.

Przygotowane narzędzie badawcze oraz schemat analizy danych może być również wykorzystany do badania innych zawodów medycznych. Świadczy o tym wysoka wartość wskaźnika alfa Cronbacha (dla czynników przyciągających 0,87 i 0,79, dla wypychających 0,9 i 0,83). Dzięki temu można by poznać powody migracji międzyorganizacyjnych na przykład pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologów.

Czynnikiem warunkującym prawidłowe funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej kraju są wielkość i jakość kadry medycznej (Włodarczyk i Domagała, 2011, s. 29-41). Dostępność można rozpatrywać na poziomie mikroekonomicznym (czyli konkretnego podmiotu leczniczego lub w zakresie tej samej specjalizacji) i makroekonomicznym, czyli całego systemu zdrowia (Wyszkowska, 2013, s. 90-99). Dostępność personelu medycznego, szczególnie lekarzy, wpływa na zdrowie ludności (Angus i Brothers, 1976, s. 381-385), a brak zasobów pracy w opiece zdrowotnej skutkuje zmniejszoną liczbą świadczonych usług medycznych, co w konsekwencji prowadzi do niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych (Wyszkowska i Hnatysz-Dzikowska, 2010, s. 433-442), dlatego tak ważnym według autorki jest branie pod uwagę preferencji lekarzy w zakresie miejsca pracy.

²⁷ ²⁷ Wynik został ustalony na podstawie liczby wydawanych zaświadczeń niezbędnych do poświadczenia specjalizacji i do podjęcia pracy lekarza w UE i poza UE (NIL, 2023).

Reasumując, można powiedzieć, że w przypadku wyboru miejsca pracy większe znaczenie dla lekarzy mają czynniki przyciągające niż wypychające, a największe z nich miała lokalizacja następnie warunki pracy i rozwój zawodowy. Wśród innych powodów ważnych dla lekarzy w Polsce, dominowały kwestie osobiste i rodzinne, atmosfera w pracy i praca zespołowa (osoba przełożonego i innych lekarzy) oraz wyposażenie miejsca pracy w sprzęt i zaplecze socjalne.

Lekarze w swoich oczekiwaniach dotyczących miejsca pracy najczęściej pożąдали spełnienia właśnie tych dwóch warunków. Stanowisko kierownicze i możliwość doboru asysty do wykonywania procedur medycznych są powodami, które nie wymagają uwagi w przypadku przygotowywania oferty miejsca pracy dla lekarza. Były one najczęściej wskazywane jako „w ogóle nie brane pod uwagę”. Natomiast prestiż miejsca pracy i warunki BHP, mimo iż były lekarzom obojętne, to były jednak i tak oceniane. W związku z powyższym, autorka zaleca przeprowadzanie systematycznej oceny migracji zawodowej lekarzy w Polsce wraz z poznaniem jej powodów.

Bibliografia

- Adamczyk-Kloczkowska, B. (2008). Komercyjne ubezpieczenia zdrowotne. W: E. Wierzbicka (red.), *Ubezpieczenia osobowe* (s. 79). Wolter Kluwer Polska
- Alurmani, G., Anuradha, J.B., Leong, T.L., Watts, A.G., (2014). The Manifestation of Career. W: Alurmani, G., *Handbook of Career Development*, s. 1. International Perspectives. http://doi:10.1007/978-1-4614-9460-7_1
- Andreassen, L., Di Tommaso, M.L., Strøm, S. (2012). *Do medical doctors respond to economic incentives?* CESifo Working Paper, 3802. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2050325
- Angus, D.E. i Brothers, D.A. (1976). The supply of physicians; the proximity of populations to physicians approach. *Canadian Journal of Public Health* 67. (381-385)
- Arango, J. (2000). Explaining Migration: a critical view. *International Social Science Journal*, 165, 283-296, Blackwell Publishers/UNESCO. http://syedalisociology.weebly.com/uploads/3/7/4/1/37410663/arango--migration_theory.pdf, s. 283-296
- Arnold, J. (1997). *Managing Careers into the 21 Century*, <https://doi.org/10.4135/9781446219034>, s. 16
- Arrow, K.J. (1979). *Lecznictwo z punktu widzenia niepewności i ekonomii dobrobytu*. Eseje z teorii ryzyka. PWN
- Arthur, M.B. i Lawrence, B.S. (1998). Perspectives on environment and career, *Journal of Occupational Behaviour*, (5), s.6, <http://www.jstor.org/stable/300030>
- Ashmore, J. (2013). Going private: a qualitative comparison of medical specialists' job satisfaction in the public and private sectors of South Africa. *Hum Resour Health* 11:1, Medline:23281664. s. 87, 92. [http://DOI: 10.1186/1478-4491-11-1](http://DOI:10.1186/1478-4491-11-1)
- Ashmore J. i Gilson, L. (2015). Conceptualizing the impacts of dual practice on the retention of public sector specialists - evidence from South Africa, *Human Resources of Health*, 13 (3) <https://10.1186/1478-4491-13-3>
- Ashton, T., Brown, P., Sopina, E., Cameron, L., Tenbenschel, T., Windsor, J. (2013). Sources of satisfaction and dissatisfaction among specialists within the public and private health sectors. *N Z Med J*. 126:9-19. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24157987/>

- Azizzadeh, A., McCollum, Ch.H., Miller 3rd, Ch. C., Holliday, K.M., Shilstone, H.S., Lucci Jr., A. (2003). Factors influencing career choice among medical students interested in surgery. 60(2):210-3. doi: 10.1016/S0149-7944(02)00679-7
- Bala, V. i Goyal, S. (1998). Learning from Neighbours, *Review of Economic Studies*, 65(3)
- Baliński, P. (2018). Co sądzymy o badaniach opinii naszego środowiska. *Raport z badania opinii środowiska lekarskiego*. NIL Ośrodek Studiów, Analiz I Informacji i obpis.
- Baliński, P. i Krajewski, R. (2018a). *Lekarze i Lekarze dentyści w Polsce-charakterystyka demograficzna. Stan w dniu 31.12.2017 roku*. Naczelna Izba Lekarska., 5,11,21. http://nil.org.pl/uploaded_images/1575630206_demografia-2017.pdf
- Baliński, P. i Krajewski, R. (2018b). Opinie środowiska lekarskiego o pracy zawodowej, proteście lekarzy, cyfryzacji w ochronie zdrowia oraz o badaniach opinii środowiska: podsumowanie najważniejszych wyników. OBPiS i Naczelna Izba Lekarska, https://nil.org.pl/uploaded_files/1575629771_osai-sondaze-2018-raport-skrocony.pdf
- Bańka, A. (2007). *Psychologiczne doradztwo karier*. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura. S. 65. <https://docplayer.pl/48778943-Psychologiczne-doradztwo-karier-augustyn-banka.html>
- Baran, A. (2016). *Lekarskie systemy czasu pracy: obowiązek pracy w ramach systemów przewidzianych ustawą o działalności leczniczej czy dopuszczenie możliwości stosowania systemów kodeksowych*. Gdańsko-Łódzkie Roczniki Prawa Pracy i Prawa Socjalnego (6), s. 21-36
- Barney, D. (2004). *Spółeczeństwo sieci*. Wydawnictwo Key Con Cept
- Barney, J.B. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage, *Journal of Management* (17), s. 99–120
- Barometr zawodów*. (2017). Opracowanie przygotowane w Wojewódzkim Urzędzie Pracy w Krakowie, w ramach ogólnopolskiego badania „Barometr zawodów” realizowanego na zlecenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. http://barometrzwodow.pl/forecast-card-zip/2017/report_pl/raport_ogolnopolski_2017.pdf
- Barometr zawodów. Prognoza zapotrzebowania na pracowników*. (2022). https://barometrzwodow.pl/modul/prognozy-na-mapach-wyniki?map_type=country&map_details=counties&profession%5B%5D=24&year%5B%5D=2022 &year %5B%5D=2021&year%5B%5D=2020&need=1

- Bednarska-Wnuk, I. (2013). Zachowania mobilne pracownika w miejscu pracy – próba identyfikacji kluczowych determinant, *Acta Universitatis Lodzensis Folia Oeconomica* 282, s. 43. <http://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/10158/04-wnuk.pdf>
- Bedyńska, S. i Cypryńska, M. (2013). *Statystyczny Drogowskaz 1*. Wydawnictwo SWPS
- Begg, D., Vernasca, G., Fischer, S., Dornbusch, R. (2014). *Mikroekonomia*, Wyd. V zmienione, rozdział X. Wydawnictwo Naukowe PWN
- Berhan, Y. (2008). Medical doctors profile in Ethiopia: production, attrition and retention. In memory of 100-years Ethiopian modern medicine & the new Ethiopian millennium. *Ethiop Med. J.* 46, 1:1-77. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18709707/>
- Bickerdyke, I., Dolamore, R., Monday, I., Preston, R. (2002). Supplier-Induced Demand for Medical Services. *Productivity Commission Staff Working Paper*. No 11
- Biffi, G. (1996). Imigrant Labour Integration, (w:) G. Schmid, J. O'Reilly, K. Schoemann, *International Handbook of Labour Market Policy and Evaluation*, Edward Elgar. s. 551-565
- Biuletyn Rządowej Rady Ludnościowej. (2007). nr 52. Nowy Jork.
- Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Biuletyny_informacyjny/biuletyn_2018_5c3deab703e35.pdf dostęp z dnia 10-08-2019 r.
- Blaug, M. (1976). The Empirical status of Human Capital Theory: A Slightly Jaundiced Survey, *Journal of Economic Literature*, nr 3, s. 304-307, 827-855. <http://www.jstor.org/fcgi-bin/jstor/listjournal.fcgi/00220515/.11-.20>
- Blaug, M. (1995). *Metodologia ekonomii*, PWN, s. 311
- Bludnik, I. (2010). *Neoklasyzm. Analiza krytyczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, s. 37. https://www.researchgate.net/publication/320466720_Neoklasyzm_Analiza_krytyczna
- Blythe, J. (2008). *Consumer Behavior*. Thomson Learning, s. 14-21
- Borgatti, S.P. i Halgin, D.S. (2011). On Network Theory, *Organization Science*, nr 22 https://www.researchgate.net/profile/Stephen_Borgatti/publication/310830484_On_Network_Theory/links/5b042cefaca2720ba099b5a6/On-Network-Theory.pdf, s. 1169-1181
- Boxal, P. F. (2013). Mutuality in the management of human resources: assessing the quality of alignment in employment relationships. *Human Resource Management Journal*. <https://doi.org/10.1111/1748-8583.12015>
- Brettell, C. B., Hollifield, J. F. (2007). *Migration Theory: Talking Across*. wyd.4. s. 2. <https://doi.org/10.4324/9781003121015>

- Brzeziński, T. (red.).(1995). *Historia medycyny*. wyd. III PZWL
- Buchan J. (2008). How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply?, HEN-OBS joint policy brief, nr 7. Pobrane 08.07.2020 z https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/75453/E93414.pdf
- Buchelt, B. i Frączkiewicz-Wronka, A. (2017). Identyfikacja czynników decydujących o atrakcyjności szpitala powiatowego jako pracodawcy, *Management Sciences*. Nr 3(32). s. 93-101.
- Buchelt, B. i Kowalska-Bobko, I. (2020). *Raport: po pandemii 15% lekarzy zamierza odejść z rynku pracy*. Pobrane 20.10.2020 z <https://pulsmedycyny.pl/raport-po-pandemii-15-proc-lekarzy-zamierza-odejsc-z-ryнку-pracy-1006274>
- Bukowska-Piestrzyńska, A. (2010). *Finansowanie marketingu w ochronie zdrowia*, s. 14. Wydawnictwo CedeWu.
- Bukowska-Piestrzyńska, A. (2014). *Lekarze i przedsiębiorczość od teorii do praktyki*. Wolters Kluwer Polska. s. 8-14
- Cabańska, J. (2013). Swobodny przepływ osób w Unii Europejskiej na przykładzie Polski. W: Gołemska, E. (red.). *Studia Doktorantów. Gospodarka Globalna. Technologia. Społeczeństwo*. Wydawnictwo: Uniwersytetu ekonomicznego w Poznaniu. s. 269-281
- Cabańska, J. (2011). Przegląd ekonomicznych teorii migracji ludności, w: Kuczera, M. (red.), *Nowe trendy w naukach humanistycznych i społeczno-ekonomicznych*. CREATIVETIME. 75-80
- Cabańska, J. (2015). Uwarunkowania migracji ludności na jednolitym rynku europejskim na przykładzie nowych państw członkowskich Unii Europejskiej. Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu. http://www.wbc.poznan.pl/Content/359874/Cabanska_Judyta-rozprawa_doktorska.pdf
- Callahan, D. (1990). *What Kind of Life: The Limits of Medical Progress*, Simon and Schuster, s. 495-498
- Calvo-Armengol, A. i Jackson, M.O. (2004). The Effects of Social Networks on Employment and Inequality. *American Economic Review*. nr 94(3)
- Castel, S. i Miller, M. J. (2011). *Migracje we współczesnym świecie*. Wydawnictwo PWN. s. 39
- Catton, W.R. Jr. i Berggren, L. (1964). Intervening opportunities and National Parks visitation rates. *The Pacific Sociological Review*. Vol. 7. No. 2: s. 29, 66-73.

- Cervantes, M. i Guellec, D. (2002). *The brain drain: Old myths, new realities*. Organisation for Economic Cooperation and Development OECD Observer <http://www.proquest.com/openview/0a5f4bfbdc5193782399ef19834cf419/1?pq-origsite=gscholar&cbl=35885>
- Ciekanowski, Z. (2013). Pozapłacowe instrumenty motywowania w organizacji, *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach*, Seria: Administracja i Zarządzanie”, nr 99, s. 57, 62, 177-185. <http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.ekon-element-000171326547>
- Cofta, SZ., Domagała, A., Dubas-Jakóbczyk, K., Gerberprof. P., Golinowska, S., Haber, M., Kolek, R., Sokołowski, A., Sowada, Ch., Więckowska, B. (2020). Alert zdrowotny. http://www.researchgate.net/publication/357151397_Alert_zdrowotny_1-_Szpitale_w_czasie_pandemii_i_po_jej_zakonczeniu
- Cook, T.M., El-Boghdadly, K., McGuire, B., McNarry, A.F., Patel, A., Higgs, A. (2020). *Consensus guidelines for managing the airway in patients with COVID-19*. *Anaesthesia*. nr 75(6), s.785-799. <https://doi:10.1111/anae.15054>
- Czarny. B. i Rapacki, R. (2002). *Podstawy ekonomii*. Wyd. 2 zmienione. Wydawnictwo PWN
- Dafaye, F., Desalegn, D., Danis, M., Hurst, S., Berhane, Y., Norheim, O., Miljeteig, I. (2015). *A survey of Ethiopian physicians' experiences of bedside rationing: extensive resource scarcity, tough decisions and adverse consequences*. <http://doi:10.1186/s12913-015-1131-6>
- De Haas, H. (2008). *Migration and development: A theoretical perspective*. Working papers. (9). s. 19-20. <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26900199/>
- Dickens, W.T. i Lang, K. (1992). *Labor Market Segmentation Theory: Reconsidering The Evidence*, Working Papers, 4087. <https://www.nber.org/papers/w4087.pdf>
- Dobija, D. (2002). *Pomiar kapitału ludzkiego i możliwości raportowania wyników*, *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi* nr 5. s. 28. http://www.academia.edu/2685887/Pomiar_kapitału_ludzkiego_i_możliwości_raportowania_wyników
- Dobska, M. i Rogoziński K. (2008). (red.). *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Warszawa. Wydawnictwo Naukowe PWN. s. 315, 397
- Dohn, K. i Łyp, K. (2017). Analiza wpływu kultury organizacyjnej na postawę społeczno-zawodową personelu medycznego. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie*, 101. Nr kol. 1974, s. 97-110. <http://web-1b-1ebsohost-1com-100002bkq>

Of88.han3.ue.poznan.pl/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=23&sid=6ea95237-05ef-4374-b88e-ba8f44359386%40pdc-v-sessmgr03

- Dolan, P. i Olsen J. (2008). *Dystrybucja usług medycznych. Zagadnienia ekonomiczne i etyczne*, Wydawnictwa Fachowe CeDeWu, Warszawa, s. 83-85
- Domagała, A. (2013). Planowanie kadr medycznych systemu zdrowotnego – potrzeba czy konieczność, *Zdrowie publiczne i Zarządzanie*, 11 (2), s. 155. http://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/133132/domagala_planowanie_kadr_medycznych_systemu_zdrowotnego_2013.pdf?sequence=1
- Domański, S.R. (2004). *Kapitał ludzki i wzrost gospodarczy*. PWN, s. 17
- Dorio, G. i Tolber, W. (1983). Push-Pull Migration Laws, *Annals of the Association of American Geographers*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8306.1983.tb01392.x>
- Dranove, D. i Wehner P. (1994). Physician-Induced Demand for Childbirths, *Journal of Health Economics*. 1994, No 13; [https://10.1016/0167-6296\(94\)90004-3](https://10.1016/0167-6296(94)90004-3)
- Drobnik, A. (2015). *Naukowiec czy klinicysta?* Pobrane 20 stycznia 2020 z <https://podyplomie.pl/medical-tribune/18494,naukowiec-czy-klinicysta>
- Duszczak, M. (2012). *Konwergencja polityki imigracyjnej na świecie na przykładzie analizy stosowania wybranych instrumentów*. Instytut Polityki Społecznej. Studia i dyskusje. Uniwersytet Warszawski.
- Edvinsson, L. i Malone, M.S. (2001). *Kapitał intelektualny*, PWN, s. 17
- Employment statistics*. (2021). Pobrane 26.10.2020 i 1 czerwca 2021 z https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Employment_statistics/
- Evans, R. (1974). Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications. W: M. Perlman, Macmillan (red.), *The Economics of Health and Medical Care* (s. 162–201). https://10.1007/978-1-349-63660-0_10
- Falkowski, A. (2000). Spostrzeżenie jako mechanizm tworzenia doświadczenia za pomocą zmysłów. W: J. Strelau (red.), *Psychologia*, t. 2, GWP. (s. 46)
- Ferrinho, P., Lerberghe, W.V., Fronteira, I., Hipólito, F., Biscaia, A. (2004). Dual practice in the health sector: review of the evidence. *Human Resources for Health*, vol. 2, nr. 14. <https://10.1186/1478-4491-2-14>
- Fijałek, J. i Indulski J., (1996). Opieka zdrowotna w Łodzi od roku 1945, *Studium organizacyjno-historyczne*, s. 58
- Fierla, L. (1976). *Migracje ludności w Polsce, a uprzemysłowienie*. PWN, Warszawa

- Folland, S., Googman, A.C., Stano, M. (2011) *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*. Wolter Kluwer, s. 11
- Francik, A. i Pocztowski, A. (1993). *Wybrane problemy zatrudnienia i rynku pracy*, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, s. 9, 18, 33.
- Frączkiewicz-Wronka, A. i Austen, A. (2011). Wyzwania nowego zarządzania publicznego dla menadżerów w ochronie zdrowia. Wyniki badań empirycznych, *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 2_2011, s. 09-28.
- Friediger, J. (2021). *HCC 2021: brakuje lekarzy specjalistów? A może mamy za dużo specjalizacji*. Pobrane 25 lipca 2021 z <https://www.rynekzdrowia.pl/Nauka/HCC-2021-brakuje-lekarzy-specjalistow-A-moze-mamy-za-duzo-specjalizacji,222357,9.html>
- Friedman, M. (1975). *Rola polityki pieniężnej w Teoria i polityka stabilizacji koniunktury, Wybór tekstów*, (red.) A. Szerowski, PWE, s. 271
- Gazeta Lekarska nr 6/2001
- Ghosh, B. (1996). Economics Migration and the Sending Countries. W: J. van den Broeck, *The Economics of Labour Migration*, s. 77-113
- Getzen, T. E., (2000) *Ekonomika zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 89, 131, 138-139, 433, 459
- Gierszewska, G. i Romanowska, M. (1999). *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa*, PWE s. 140
- Giegiel, A. i Wildowicz, A. (2007). Human Capital and International Competitiveness of OECD Countries. W: *Quality of Labor Resources*, (red.) D. Kopycińska, Uniwersytet Szczeciński, s. 60
- Gliksman, A. (2008). *Równowaga Praca-Życie*, Biuletyn Informacyjny NSZZ Solidarność Małopolska, nr 11/12
- Goldberg, O. (1925). *Zagadnienie Kas Chorych i projekt jego rozwiązania*. Media Społeczne, Warszawskie Czasopismo Lekarskie, 6, 224-225
- Golinowska, S. (1994). *Polityka społeczna państwa w gospodarce rynkowej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 3
- Golinowska, S. (2001). Teorie migracji a debata o swobodzie przepływu pracowników w rozszerzonej Unii Europejskiej. W: *Problemy polityki społecznej. Studia i dyskusje* 3, s. 17-31

- Golinowska, S. (2008). Rynek pracy w sektorze zdrowotnym – zaniedbany obszar zarządzania. *Polityka społeczna* 7/2008, s. 1. https://www.ipiss.com.pl/wp-content/uploads/downloads/2012/10/ps_7_2007_s_golinowska.pdf
- Golinowska, S. (red.) (2015). *Od ekonomii do ekonomiki zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 34, 42, 44-52, 96, 105, 110, 271-278
- Golinowska, S., Czepulis-Rutkowska, Z., Sitek, M. (2002). *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, CASE, s. 80
- Golub, B. i Jackson, M.O. (2010). Naïve Learning in Social Networks and the Wisdom of Crowds, *American Economic Journal: Microeconomics*. nr 2(1). <http://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/mic.2.1.112>
- Goyal, S. (2007). *An Introduction to the Economics of Networks. Introductory Chapters*. W: *Connections*. Princeton University Press
- Górny, A. i Kaczmarczyk, P. (2003). *Uwarunkowania i mechanizmy migracji zarobkowych w świetle wybranych koncepcji teoretycznych*, Instytut Studiów Społecznych UE, *Prace Migracyjne* nr 49, s. 14-15, 40, 76, 83. <http://www.migracje.uw.edu.pl/wp-content/uploads/2016/12/049-1.pdf>
- Grabowska-Lusińska, I. i Jaźwińska, E. (2012). Mobilność przestrzenna, społeczna i kariery zawodowe migrantów: cele; problemy i podejście badawcze. *Studia Migracyjne- Przegląd Polonijny*. Wydział Studiów Międzynarodowych i Politycznych Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Polska Akademia Umiejętności. Vol. 38, nr 2(144). s. 71. <https://bwmeta1.element.desklight-cfafb7a2-f5b6-4da6-a375-34d266edbd1c>.
- Granovetter, M.S. (1973). The Strength of Weak Ties, *American Journal of Sociology*, nr 78(6)
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Health Economics*, nr 80, s. 224. <http://www.jstor.org/stable/1830580>
- Gruen, R., Anwar, R., Begum, T., Killingsworth, J.R., Normand, CH. (2002). Dual job holding practitioners in Bangladesh: an exploration. *Soc Sci Med*. 54(2):267-79. doi: 10.1016/s0277-9536(01)00026-0.
- GUS (2013). *Warunki Pracy*. <http://stat.gov.pl/wyszukiwarka/?query=tag:warunki+pracy>
- GUS. (2016). *Zdrowie i ochrona zdrowia*. Pobrane 10.09.2019 z www.stat.gov.pl
- GUS (2019). *Rocznik Statystyczny Pracy 2019*. tab. ważniejsze dane z zakresu rynku pracy. s. 16. GUS. <https://www.gus.pl>
- GUS. (2018). *Zdrowie i ochrona zdrowia*. Pobrane z www.stat.gov.pl, w dniu 20.05.2020

- GUS. (2020). *Zdrowie i ochrona zdrowia*. Pobrane z www.stat.gov.pl, w dniu 21.06.2022
- GUS (2023). *Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w latach 2019-2020*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zasoby-kadrowe-w-wybranych-zawodach-medycznych-na-podstawie-zrodel-administracyjnych-w-latach-2019-2020,28,1.html>
- Hall, R. (1992). The Strategic Analysis of Intangible Resources, *Strategic Management Journal*, nr 2(13), s. 135-144
- Hannerz, U. (2006). Odkrywanie miasta. Antropologia obszarów miejskich. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. s. 193-233
- Heiliger, P.J. i Hingstman, L. (2000). Career preferences and the work-family balance in medicine: gender differences among medical specialists. *Soc Sci Med*. 50(9):1235-46. doi: 10.1016/s0277-9536(99)00363-9
- Henderson, J.W. (2012) *Health Economics and Policy*. Wyd. 5. Cengage
- Holecki, T. i Syrkiewicz-Świtąła, M. (2017). *Zarządzanie zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia*. Śląska Akademia Medyczna. s. 33, 35-36. 44-45 http://wydawnictwo.sum.edu.pl/product_info.php?products_id=80
- Holzer, J. (2003). Demografia. Migracja, a powierzchnia. Modele migracji. *Przegląd Zagranicznej Literatury Geograficznej*, z. 3/4: 349-383., PWE
- Hryniewicz, J. i Jałowiecki, B. (1994). Rynek pracy intelektualnej a migracje. W: S. Golinowska, E. Marek (red.). *Studia o procesach migracji zagranicznych*, tom II - Ekonomiczne aspekty procesów migracyjnych, *Studia i Materiały IPISS*, z. 3
- Ile zarabia lekarz*. (2021). Pobrane 30 marca 2021 z <https://wynagrodzenia.pl/moja-placa/ile-zarabia-lekarz>
- Indulski, J. i Leowski, J. (1971). *Podstawy medycyny społecznej*, wydawnictwo PZWL, s. 32
- Internetowy Słownik Poprawnej Polszczyzny. <https://dobryslownik.pl/>
- Informacje statystyczne. (2021). Pobrane 02 października 2021, <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>
- Itami, H. (1987). *Mobilizing Invisible Assets*, Harvard University Press, s. 45
- Iwanowska, A. (2001). *Regionalne programy rynku pracy: europejskie doświadczenia, polska praktyka*, Wyższa Szkoła Humanistyczna, s. 83, <http://www.gbv.de/dms/zbw/351139419.pdf>

- Jach-Męczekalska, I. (2016). *Prawne aspekty transformacji systemu ochrony zdrowia w Polsce po 1989 roku. Interdyscyplinarne studium z zakresu nauk o zdrowiu i nauk prawnych*. Uniwersytet Medyczny w Poznaniu Wydział Nauk o zdrowiu, Praca doktorska, s. 93, <http://www.wbc.poznan.pl/Content/394525/index.pdf> w dniu 30.07.2020
- Jackson, M.O. (2008). *Social and Economic Networks*, Princeton University Press, s. 334-353, <http://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0166046209000374>
- Jamka, B. (2011). *Czynnik ludzki we współczesnym przedsiębiorstwie: zasób czy kapitał?* Oficyna wydawnicza
- Janicki, W. (2007). *Przegląd teorii migracji ludności*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, vol. 62, s. 301. <http://dlibra.umcs.lublin.pl/dlibra/docmetadata?id=4027&from=publication>
- Janusauskas, A. i Tumas, V. (2014). Medical professional`s emigration: causes and the consequences, *European Scientific Journal*. 10 (8) s. 47-58
- Jarecki, W. (2007). Prekursorzy myśli ekonomicznej w kwestii kształcenia i kwalifikacji. W: *Zarządzanie kapitałem ludzkim w gospodarce* (red.) D. Kopycińska, Katedra Mikroekonomii Uniwersytetu Szczecińskiego, s. 21-22, http://mikro.wneiz.pl/system/publication_files/333/original/1.pdf?1314953981
- Jarmołowicz, W. i Knapieńska, M. (2005). *Polityka państwa na rynku pracy w warunkach transformacji i integracji gospodarczej*. Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, s. 13, 41-43
- Jarmołowicz, W. i Knapieńska, M. (2011). *Współczesne teorie rynku pracy a mobilność i przepływ pracowników w dobie globalizacji*. Zeszyty Naukowe nr 9 Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego, s. 127, <http://bazekon.icm.edu.pl/bazekon/element/bwmeta1.element.ekon-element-000171201467>
- Jarugowa, A. i Fijałkowska, J. (2002). *Rachunkowość i zarządzanie kapitałem intelektualnym – koncepcje i praktyka*. Wydawnictwo ODDK. s. 60
- Jastrzębowski, M. (1925). O nowelizację ustawy o Kasach Chorych. *Przegląd Gospodarczy*, Warszawa, 22(23) s. 1-2
- Johannes, L. (1995). Meet the Doctor: A Computer That Knows a Few Things, *The Wall Street Journal*, s. B1
- Johansson, K., Miljeteig, I., Kigwangalla, H., Norheim, O. (2011). HIV priorities and health distributions in a rural region in Tanzania: a qualitative study. *J Med Ethics*. 2011; 37(4), s. 221–. <https://DOI: 10.1136/jme.2010.038570>

- Kaczmarczyk, P. (2002). *Migracje o charakterze cyrkulacyjnym a inne formy mobilności terytorialnej w świetle doświadczeń badawczych*. Instytut Studiów Społecznych UW. s.6
- Kaczmarczyk, P. (2005). *Migracje zarobkowe Polaków w dobie przemian*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego. s. 19
- Kaczmarczyk, P. Kołodziejska, A., Makulec, A., Szulecka, M. (2012). *Mobility of Health Professionals. PolandCountry*. Report of the 7 Framework Programme EU - MoHPrpf (Mobility of health professionals)
- Kadra medyczna. (2019). GUS. Pobrane 20 marca 2020 z <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica>
- Kapiriri, L. i Martin, D., (2006). Priority setting in developing countries health care institutions: the case of a Ugandan hospital. doi: 10.1186/1472-6963-6-127
- Kapała, A. (2018). *Czas pracy lekarza jako pracownika szczególnej kategorii*. Praca doktorska. Wydział Prawa i Administracji. Uniwersytet Łódzki. <http://repozytorium.uni.lodz.pl/handle/11089/24741>
- Kargulowa, A. (2007). *O teorii i praktyce poradnictwa. Odmiany poradoznawczego dyskursu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 21
- Kasprzak, E. (2013). *Poczucie jakości życia pracowników realizujących różne wzory kariery zawodowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, s. 38, 131-149
- Kautch, M. i Czabanowska, K. (2011). When the grass gets greener at home: Poland's changing incentives for health professional mobility. W: Wismar, M., Maier, C.B., Glinos, I.A., Dussault, G., Figueras, J. (red.). *Health Professional 23 Mobility and Health Systems*. 1142-libre.pdf (d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net)
- Kędzierski, S. (2021). *Zestawienie ilościowe według rodzaju PWZ*. Zestawienie nr 7. Pobrane dnia 20.10.2021 z https://nil.org.pl/uploaded_files/1631106091_za-sierpien-2021-zestawienie-nr-07.pdf
- Kijak, R. (2004). Dyżur medyczny, polski anachronizm. *Służba Zdrowia*, nr 13 – 16
- Kijak, R. (2005). Chleba naszego kontraktowanego, *Gazeta Lekarska*, nr 5
- Klinger, K. (2021). *Ochrona zdrowia: Za jakieś piętnaście lat będzie znacznie lepiej*. Pobrane 20 grudnia 2021 z <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/8243538,liczba-lekarzy-w-polsce-kiedy-bedzie-lepiej.html>
- Komisja Europejska. (2010). *Europa 2020, Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu*. <https://eur->

lex.europa.eu/%20%20%20%20

LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:PL:PDF, w dniu 10.06.2020

Komunikat ZK OZZL w sprawie ankiety przeprowadzonej wśród lekarzy na temat ich gotowości do pracy w jednym miejscu. Większość lekarzy jest gotowa pracować w jednym tylko miejscu pracy - co minister na to? Wyniki ankiety (ozzl.org.pl)

Kotlorz, D. (1995) Rynek pracy w systemie społecznej gospodarki rynkowej. Materiały do studiowania, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, s. 8-9

Kotlorz, D. (2012). Przepływy osób między zasobami na rynku pracy w Polsce w latach 2000-2010. *Folia Oeconomica* nr 268. s. 231. <https://dspace.uni.lodz.pl/bitstream/handle/11089/1794/231-247%20.pdf>

Koussa, E., Atun, M.R., Bowser, M., Kruk M.E. (2016). Factors influencing physicians' choice of workplace: systematic review of drivers of attrition and policy interventions to address them. *Journal of Global Health* 6 (2): 020403. doi:10.7189/jogh.06.020403.

Kowalczyk, K., Krajewska-Kułak, E., Jankowiak, B., Klimaszewska, K., Rolak, H., Kondzior, D., Kowalewska, B. (2008). Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy. *Probl Hig Epidemiol* 2008, 89(2), s. 211-215 dostęp 10.08.2019, https://www.researchgate.net/profile/Barbara_Jankowiak/publication/237822644_Zagrozenia_zawodowe_pielengniarek_poloznnych_i_lekarzy_w_srodowisku_pracy_Occupational_hazards_for_nurses_midwives_and_physicians/links/53f5e7550cf2888a7491f659.pdf

Kowalczyk, E. (2011). *Proces negocjacji w sprawie pracy. Aspekty psychospołeczne i organizacyjne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, s. 261, 313-316

Kowalczyk, E. (2012). Wpływ cech i umiejętności pracobiorców na ich funkcjonowanie na rynku pracy. *Ekonomista*. 2012, nr 1, s. 53-77, <http://journals.pan.pl/dlibra/publication/100569/edition/86587/content/ekonomista-2012-no-1-wplyw-cech-i-umiejetnosci-pracobi-orcow-na-ich-funkcjonowanie-na-ryнку-pracy-kowalczyk-elzbieta?language=en>

Kozioł, L., Piechnik-Kurdziel, A., Kopeć, J. (2000). Zarządzanie zasobami ludzkimi w firmie, Wydawnictwo Biblioteka Prawnicza, s. 22, <http://katalog.bg.szczecin.pl/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?bib=271406>

Krajewski, R., Perendyk, T., Wojtaszczyk, K. (2012). Możliwości i bariery rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów. Wyniki ogólnopolskiego badania opinii lekarzy i lekarzy dentyistów. *Gazeta Lekarska*. Pismo IZB Lekarskich, s. 42, pobrane 27.10.2020, <https://gazetalekarska.pl/>

- Krajewski, R., Perendyk, T., Wojtaszczyk, K. (2013). Warunki pracy lekarzy i lekarzy dentystów. *Gazeta Lekarska*, https://nil.org.pl/uploaded_files/1575629208_gl10.pdf.
- Król, H. (2006). Kapitał ludzki w organizacji. W: Król, H. i Ludwiczynski, A. (red.) *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Krotkiewska, Ł. (1968). *Rozwój administracji służby zdrowia w PRL*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, s. 69
- Kryńska, E. (1995). Podział rynku pracy. Koncepcje segmentacyjne. *Folia Oeconomica* 137. Acta Universitatis Lodziensis, s. 16-21
- Kryńska, E. (1996). *Segmentacja rynku pracy. Podstawy teoretyczne i analiza statystyczna*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 5-6
- Kryńska, E. (1998). Wybrane teorie rynku pracy a prognozowanie. W: E. Kryńska, J. Suchecka, B. Suchecki, *Prognoza podaży i popytu na pracę w Polsce do roku 2010* (s. 44-49, 56-57). Studia i Materiały, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.
- Kryńska, E. (red.). (2000). *Mobilność zasobów pracy*, Wydawnictwo IPISS, s. 9, 15-22, 24, 33, 93
- Kryńska, E., Suchecka, J., Suchecki, B. (1998). *Prognoza podaży i popytu na pracę w Polsce do roku 2010*, Studia i Materiały, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. s. 16-17, 23-24, 33, 49
- Kubot, Z. (2005). Praca ponadwymiarowa. *Praca i Zabezpieczenie Społeczne*. Nr 12 s. 23-29
- Kucharski, L. (2001). *Przeptyw siły roboczej w Polsce w latach dziewięćdziesiątych*, Katedra Ekonomii Uniwersytetu Łódzkiego, s. 56-57, 61
- Kulik, T.B. i Latański, M. (red.) (2002). *Zdrowie Publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów Wydziałów Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznych*
- Kumaniecki, K. (red.)(1984). *Słownik łacińsko-polski*. Wydawnictwo PWN. s. 284
- Kupiszewski, M. i Rees, P. (1998). Arbeitslosigkeit, Binnenwanderung und regionale Bevölkerungsentwicklung- Ergebnisse der gesamteuropäischen Forschung. *Informationene zur Raumentwicklung*, Heft 11/12, Wanderungen-regionale Strukturen und Trends, <http://link.springer.com/article/10.1007/s10037-006-0002-3>
- Kwiatkowski, E. (2002). *Bezrobocie, Podstawy teoretyczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN. s. 26, 140-141
- Kwiatkowski, E. (2003). Elastyczność popytu na pracę w teoriach rynku pracy. W: E. Kryńska. *Elastyczne formy zatrudnienia i organizacji pracy a popyt na pracę w Polsce*. IPISS

- Lach, E. (2013). Czas pracy lekarzy. Wybrane zagadnienia. *Medyczna Wokanda*, Nr. 5. (101-123). Pobrano 05 sierpnia 2020 z https://old.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0020/105626/5_2013.pdf#page=113
- Lalonde, M. (1981). *A New Perspective on the Health of Canadians*- a working document / Marc Lalonde, Minister of National Health and Welfare. <https://publications.gc.ca/site/eng/9.692294/publication.html>
- Laskowska, I. (2000). *Równość w finansowaniu i dostępności świadczeń medycznych*, s. 15
- Leczenie uzdrowiskowe*. (2021). Pobrane 15 maja 2021 z https://www.nfz-szczecin.pl/loxgu_leczenie_uzdrowiskowe.htm
- Leduc, R., Kabene, S.M., Orchard C., Howard, J.M., Soriano, M. (2011). The importance of human resources management in health care: A global context. https://www.researchgate.net/publication/330356788_The_importance_of_human_resources_management_in_health_care_A_global_context
- Lee, E.S. (1966). A theory of migration, *Demography*, s. 47-57
- Leontaridi, M. R. (1998). Segmented labour markets: theory I evidence. *Journal of Economic Surveys*, 12 (1)
- Leoński, Z. (1998). *Ustrój i zadania samorządu terytorialnego*, s. 30
- Leowski, J. (2004). *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*. Wydawnictwo CeDeWu
- Leung, S.A. (2008). The Big Five Career Theories. W: J.A. Athanasou, R. Van Esbroeck, (red.). *International Handbook of Career Guidance*, International Perspectives, Springer
- Lewis, W.A. (1954). Economic Development with Unlimited Supplies of Labour, *Manchester School of Economic and Social Studies*, nr 22, s. 139
- Lindbeck, A. i Snower, D.J. (1986). Wage Setting, Unemployment and Insider-Outsider Relations. *The American Economic Review*, t. 76, nr 2, *Papers and Proceedings of the Ninety-Eighth Annual Meeting of the American Economic Association*, s. 235.
- Lönnroth, K., Thuong, L.M., Linh, P.D., Diwan, V. (1998). Risks and benefits of private health care: exploring physicians' views on private health care in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Health Policy*. 45:81-97. doi:10.1016/S0168-8510(98)00035-9
- Luboga, S., Hagopian, A., Ndiku, J., Bancroft, E., McQuide, P. (2011). Satisfaction, motivation, and intent to stay among Ugandan physicians: a survey from 18 national hospitals. *Int J Health Plann Manage*. 26:2-17. doi:10.1002/hpm.1036

- Ławrynowicz, M. (2004). Ujęcie zasobowe zżl a przewaga konkurencyjna i wyniki działalności firmy, *Zarządzanie zasobami ludzkimi* 1/2004, s. 29. <https://www.ipiss.com.pl/?zżl=ujecie-zasobowe-zżl-a-przewaga-konkurencyjna-i-wyniki-dzialalnosci-firmy>
- Łoś, A., Puciato, D. (2011). Niedoskonały rynek świadczeń zdrowotnych. cejsz.icm.edu.pl/.../c/handel_wew_1-2011.17-24.pdf
- Łuczak, W. (1974). Kształtowanie się zasad prawnych socjalistycznego systemu opieki zdrowotnej w PRL, *Archiwum Historii Medycyny*, nr 3, s. 28
- Malaka, A. (2013). Ustawa scalenkowa –okoliczności jej uchwalenia i znaczenie dla rozwoju ubezpieczenia społecznego. W: *Ubezpieczenie społeczne –dawniej i dziś. W 80-lecie uchwalenia ustawy o ubezpieczeniu społecznych*. Wydawnictwo Polskie Stowarzyszenie Ubezpieczenia Społecznego, https://www.zus.pl/documents/10182/167609/Konferencja_Wroclaw.pdf/6605badc-7731-4d2e-9967-d2c586af3ab3, s. 15
- Malik, AA., Yamamoto, SS., Souares, A., Malik, Z., Sauerborn, R. (2010). Motivational determinants among physicians in Lahore. *BMC Health Serv Res.* 10:201. doi:10.1186/1472-6963-10-20
- Mankiw, N. i Taylor, M. (2009). *Mikroekonomia*. PWE, s. 607
- Mano-Negrin, R. i Kirschenbaum, A. (1999). Push and pull factors in turnover decisions: the effects of careerist approach and organizational benefits on the decision to leave the job. *International Journal of Human Resource Management.* 10 (4), 689-702. http://researchgate.net/publication/274952960_Mano-Negrin_R_A_Kirschenbaum_1999_Push_and_pull_factors_in_turnover_decisions_the_effects_of_careerist_approach_and_organizational_benefits_on_the_decision_to_leave_the_job_International_Journal_of_Hu
- Masiołek, A., Gierus, J., Margański, M., Margańska, M., Szulc, A. (2020). Konsekwencje zachowań agresywnych ze strony pacjentów z zaburzeniami psychicznymi dla personelu medycznego. *Psychiatria*. Tom 17. Nr 23-28. Via Medica. Dostęp 04.08.2021, <http://web-1b-1ebsohost-1com-100002bkq0f8d.han3.ue.poznan.pl/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=0e4bdbaa-5f94-4a35-80c2-c8eb91436be5%40pdc-v-sessmgr02>
- Massey, D.S., Arango, J., Hugo, G., Kouaouci, A., Pellegrino, A., Taylor, J.E. (1993). Theories of international migration: review and appraisal. *Population and Development Review*, vol 19, s. 431-467. <https://www.jstor.org/stable/2938462>

- Massey, D.S., Arango, J., Hugo, G., Kouaouci, A., Pellegrino, A., Taylor, J.E. (1998). Words in Motion. Understanding International Migration at the End of the Millennium. *Economic Geography*. vol. 77, no. 3, 2001, Published By: Taylor & Francis, Ltd. <https://www.jstor.org/stable/3594080?origin=crossref&seq=1>
- McMahon, M. (2014). New Trends in Theory Development in Career Psychology. W: G. Alurmani (red.) *Handbook of Career Development*. International Perspectives. Wydawnictwo Springer
- McMahon, M., Wattson, M., Patton, W. (2014). Context – Resonant Systems. Perspectives in Career Theory. W: G. Alurmani (red.) *Handbook of Career Development*. International Perspectives. Wydawnictwo Springer, s. 36
- McPake, B., Russo, G., Tseng, F.M. (2012). How do dual practitioners divide their time? The cases of three African capital cities. *Soc Sci Med*. 122:113-21. doi:10.1016/j.socscimed.2014.10.040
- Mickiewicz, A. (2002). *Pan Tadeusz*. Wydawnictwo Greg
- Midttun, L., (2007). Private or public? An empirical analysis of the importance of work values for work sector choice among Norwegian medical specialists. *Social Science & Medicine* 64(6):1265-77. S. 91. <http://doi:10.1016/j.socscimed.2006.11.003>
- Milewski, R. i Kwiatkowski, E. (2000). (red.) *Podstawy ekonomii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 145
- Miljeteig, I. i Norheim, O. (2006). My job is to keep him alive, but what about his brother and sister? How Indian doctors experience ethical dilemmas in neonatal medicine. *Dev World Bioeth*. 2006; 6(1)(23–32), <https://doi.10.1111/j.1471-8847.2006.00133.x>
- Miljeteig, I., Sayeed, S., Jesani, A., Johansson, K., Norheim, O. (2009). Impact of ethics and economics on end-of-life decisions in an Indian neonatal unit. *Pediatrics*. 124(2). (e322–e328). <https://doi.org/10.1542/peds.2008-3227>
- Miljeteig, I., Johansson, K., Sayeed, S., Norheim, O. (2010). End-of-life decisions as bedside rationing. An ethical analysis of life support restrictions in an Indian neonatal unit. *J Med Ethics*. 36(8). <https://doi:10.1136/jme.2010.035535>
- Minta, J. (2014). Oblicza współczesnych karier w perspektywie poradowniczej. *Dyskursy Młodych Andragogów* (15). Uniwersytet Zielonogórski. s.124
- Miś, A. (2006). Kształtowanie karier w organizacji. W: H. Król, A. Ludwicyński (red.), *Zarządzanie zasobami ludzkimi* (s. 478-479). Wydawnictwo PWN.

- Miś, W. (2007). *Kapitał ludzki w gospodarce rynkowej. Podstawy koncepcji kapitału ludzkiego w historii myśli ekonomicznej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Prawa w Warszawie, s. 24-25, 28
- Moir, F., Yelder, J., Sanson, J., Chen, Y. (2018). Depression in medical students: current insights, *Adv ed Educ Pract.* nr 7; 9; s. 323-333, pobrane 10.01.2021, [https://doi: 10.2147/AMEP.S137384](https://doi.org/10.2147/AMEP.S137384)
- Morris, S., Devlin, N., Parkin, D. (2012). *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wydawnictwo ABC a Wolters Kluwer business, s.13-15, 110-112,172, 177
- Mortimer-Szymczak, H. (1992). Przestrzenne zróżnicowanie rynku pracy i bezrobocia. W: U. Sztanderska (red.). *Rynek pracy w trakcie transformacji systemowej w Polsce*, Polish Policy Research Group, s. 223.
- Murdoch A. (2011). *Emigracja lekarzy z Polski*. Oficyna Wydawnicza. Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.
- Muszyński, M. i Żylnel, M. (2006). *Analiza potrzeb rodziców w zakresie organizacji opieki nad dziećmi w świetle rozwiązań sprzyjających godzeniu życia zawodowego i rodzinnego*. Wydawnictwo Wyższa Szkoła Ekonomiczna w Białymstoku
- Myszka-Strychalska, L. (2017). Koncepcje rozwoju zawodowego – przegląd wybranych stanowisk teoretycznych, *Szkoła - Zawód – Praca*. Numer 14 [19]. Pobrane 23.07.2020 <http://repozytorium.ukw.edu.pl/handle/item/5461>, s. 74
- Najlepsze rozwiązania w dobie kryzysu*. (2009). Kompendium Nowoczesna Firma. Kadry w Polsce
- Nicholson, J.S. (1891). The Living Capital of the United Kingdom. *The Economic Journal*. (1 nr 1-4), s. 95, http://en.wikisource.org/wiki/The_Living_Capital_of_the_United_Kingdom
- Niedzielski, Kadra medyczna z punktu widzenia płatnika prezentacji "Kadra medyczna z punktu widzenia płatnika. Mity i fakty" prezentacja podczas *Hospital & Healthcare Management 2019*. Pobrane 20.11.2021. <https://www.bing.com/ck/a?!&&p=38e95d83571bd70fJmltdHM9MTY4NTMxODQwMCZpZ3VpZD0yYTQzNGJjNi0xZDZhLTZmNDgtMDEyOS01OTQ2MTk2YTY5YTUmaW5zaWQ9NTE3NQ&ptn=3&hsh=3&fclid=2a434bc6-1d6a-6f48-0129-5946196a69a5&psq=Niedzielski%2c+Kadra+medyczna+z+punktu+widzenia+p%5c%82atnika+prezentacji+%22Kadra+medyczna+z+punktu+widzenia+p%5c%82atnika.+Mity+i+fakty%22+podczas+%22Hospital+%26+Healthcare+Management+2019%22.+www.&u=a1aHR0cHM6Ly9>

3d3cubmZ6Lmdvdi5wbC9kb3dubG9hZC9nZngvbmZ6L3BsL2RlZmF1bHRzdHJvbmFvcGlzb3dhLzM0OS80Mi8xL2thZHJhX21lZlJlcm5hXy1fcHJlcmVudGFjamEucGRm&ntb=1

- NIL. (2018). *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów wg przynależności do okręgowej izby lekarskiej i tytułu zawodowego*. Pobrane 20 sierpnia 2018 z <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>
- NIL. (2019). *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów wg przynależności do okręgowej izby lekarskiej i tytułu zawodowego*. Pobrane 21 kwietnia 2019 z <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>
- NIL. (2020). *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów wg przynależności do okręgowej izby lekarskiej i tytułu zawodowego*. Pobrane 18 stycznia 2020 z <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>
- NIL. (2021). *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów wg przynależności do okręgowej izby lekarskiej i tytułu zawodowego*. Pobrane 20 lutego 2021 z <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>
- NIL. (2022). *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów wg przynależności do okręgowej izby lekarskiej i tytułu zawodowego*. Pobrane 20 marca 2022 z <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>
- NIL. (2023). *Zestawienie liczbowe wg liczby wydanych zaświadczeń, województwa miejsca zamieszkania, oraz okresu wydania zaświadczenia*. Pobrane 03 marca 2023 z <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>
- Nowak, S. (1985). *Metodologia badań społecznych*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe
- OECD. (2017). Organization for Economic Cooperation and Development, *Health Care Resources*. Pobrane 23 czerwca 2020 z https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC
- Olsson, G. (1965). Distance and Human Interaction. A Migration Study, *Geografiska Annaler Journal: Series B, Human Geography*. (Vol. 47), Issue 1. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/04353684.1965.11879282>
- O`Neal, S. (1998). The Phenomenon of Total Rewards. *ACA Journal*. s. 7
- Orłowska, R. (2013). *Uwarunkowania i skutki migracji ekonomicznych w Unii Europejskiej w świetle wybranych teorii międzynarodowych*. s. 36, 38. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

- Otto, P. i Nowosielska, P. (2020). *Lekarze zostali na posterunku. Choć mogą, nie odchodzą na emeryturę*. <https://www.google.com/amp/s/serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1495432,lekarze-emerytury-statystyki-2020.html.amp>
- Osbert-Pociecha, B. i Karaś, M. (1999). Wykorzystanie koncepcji zarządzania zintegrowaną wiedzą pracowników w reengineeringu przedsiębiorstwa, *Przegląd Organizacji*. (3), s. 18-21
- Patton, W. i McMahon, M. (2006). Career Development and Systems Theory. *Connecting Theory and Practice*, s. 10, 112
- Patulski, A., Patulski, W., Walczak, K., Orłowski, G., Nałęcz, M. (2007). *Prawo pracy i ubezpieczeń społecznych – podręcznik dla studentów ekonomii i zarządzania*. Wydawnictwo: C.H. Beck
- Pekez-Pavlisko, T., Racic, M., Gavran, L., Rotar, Pavlic, D., Sukriev, L., Zivanovic, S.R., Jurisic, D. (2019). *Workplace Violence and Sanctioning of Family Medicine Physicians Due to the Rules of Health Insurance Funds in the Western Balkan*, pobrane 11.12.2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6690306/>
- Peteraf, M.A. i Barney, J.B. (2003). Unraveling the Resource-Based Tangle, *Managerial and Decision Economics* (nr 24). s. 309-323
- Petty, W. (1699). *Political Arithmetic*. s. 192, <http://www.gutenberg.org/files/5619/5619-h/5619-h.htm>
- Philips, C.J. (2005). *Health economics: as introductions for health professionals*, s. 4 – 5
- Piasecki, P. (2018). Segmentacja zatrudnienia w bankach spółdzielczych w Polsce. s. 19, 30, 38. Wydawnictwo IPISS,
- Piekut, M. (2014). Wydatki na zdrowie w gospodarstwach domowych – porównanie międzynarodowe, *Economics and Management* 1/2014, s. 79-96, <https://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.element.baztech-662ebed2-98e0-4ece-846b-6cd38102a0b2> w dniu 15.08.2018
- Pietrzak, M. (2018). Dostęp do usług medycznych a zamożność Polaków, *Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego w Zielonej Górze*. (nr 9). <http://DOI:10.26366/PTE.ZG.2018.142>
- Piorunek, M. (2009). *Bieg życia zawodowego człowieka. Kontekst transformacji kulturowych*, Poznań, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza

- Piotrowska, D. (2006). Wstęp, W: K. Borowiecka-Strug (red.). *Zarządzanie karierą*. Wydawnictwo Studio EMKA. s. 10.
- Pocztowski, A. (2003). *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, s. 335
- Pocztowski, A. (2007). *Zarządzanie zasobami ludzkimi: strategie – procesy – metody*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, s. 33-41
- Podstawowa opieka zdrowotna. Dostępność świadczeń.* (b.d.). Pobrane 02 maja 2019 z <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna>
- Pogonowska, B. (red.). (2000). *Elementy etyki gospodarki rynkowej*. s. 138. Wydawnictwo PWE
- Plewka, Cz. (2017). Potrzeby i oczekiwania pracodawców współczesnego rynku pracy – wyzwania, bariery, kierunki działań. W: *Wybrane aspekty dotyczące człowieka współczesnej cywilizacji*. s. 37. Wydawnictwo Uczelniane Politechniki Koszalińskiej
- Pracowity jak młody lekarz – najszybszy sukces na rynku pracy.* (2020). Pobrane 16 października 2021 z https://www.ela.nauka.gov.pl/pl/labor-market/pracowity_jak_mlody_lekarz
- Practising doctors per 1000 population.* (2019). Pobrane 26.08.2020 https://www.oecd-ilibrary.org//sites/b33ab4c1-en/index.html?itemId=/content/component/b33ab4c1-en#figure-d1e24_091
- Prawny poradnik lekarza. Zawieranie Umów.* (2018). Pobrane 22 listopada 2018 z <https://izba-lekarska.pl/wp-content/uploads/2016/09/Prawny-poradnik-lekarza-zawieranie-um%C3%B3w.pdf>
- Prętki, K. (2007). Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej. s. 55-56, 58, 64, 136, 165. Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
- Pryor, R.J. (1985). Integrating international and internal migration theories. *Global trends in migration.* (s. 110-129). <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/019791838101501s08>
- Putz, J. (2004). Ustawiczne doskonalenie zawodowe lekarzy na przykładzie lekarzy rodzinnych, *Zdrowie i Zarządzanie*, nr 3-4, s. 86
- Ranking: Czas poszukiwania...* (2020) <https://ela.nauka.gov.pl>
- Raport płacowy.* (2021). Pobrane 10 kwietnia 2021 z <https://strefabiznesu.pl/tag/raport-placowy>

- Raporty z badań OSAI. (2020). Pobrane 11.01.2020 z <https://nil.org.pl/dzialalnosc/osrodki/osrodek-studiow-analiz-i-informacji/raporty-z-badan-osai>
- Ravenstein, E.G. (1885). The Laws of Migration. <https://doi.org/10.2307/2979181>
- Ribeiro, J.S., Conceicao, C., Pereira, J, Leone, C., Mendonca, P., Temido, M., Vieira, C.P., Dussault, G. (2014). Health professionals moving to...and from Portugal, *Health Policy* 114 (2) s. 97-108
- Romanowska, M. (2001). Kształtowanie wartości firmy w oparciu o kapitał intelektualny. W: *System informacji strategicznej. Wywiad gospodarczy a konkurencyjność przedsiębiorstwa*, (red.) R. Borowiecki, M. Romanowska. Wydawnictwo Difin, s. 28
- Rossi, P.H. (1955). Why families move, Glencoe: Glencoe Free Press, *American Journal of Sociology*, (Vol. 62)(3), s. 123-132, <http://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/222018>
- Rothschild, K. W. (1993). Employment, Wages and Income Distribution, *Critical Essays in Economics*, Routledge, s. 5. <https://doi.org/10.4324/9780203027264>
- Rudawska, I. (2007). *Opieka zdrowotna aspekty rynkowe i marketingowe*. s. 59. Wydawnictwo Naukowe PWN
- Rudawska, I. (2011). Zintegrowana opieka zdrowotna - w poszukiwaniu poprawy efektywności. *Problemy Zarządzania*. 3/2011(33). <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-808669e3-fa8d-4f82-bf61-7d17b24082db>
- Rutkowska, M. (2006). *Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Społeczne aspekty funkcjonowania w ubezpieczeniach zdrowotnych*. PWN
- Russo, G., de Sousa, B., Sidat, M., Ferrinho, P., Dussault, G. (2013). Why do some physicians in Portuguese-speaking African countries work exclusively for the private sector? Findings from a mixed-methods study. *Hum Resour Health*. 2014;12:51. DOI: 10.1186/1478-4491-12-51
- Rój, J. i Sobiech J. (2006). *Zarządzanie finansami szpitala*. s. 25. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska Sp z o.o.
- Sadowska, J. (1993). *Polski system ubezpieczenia na wypadek choroby w latach 1920-1939*, s. 120
- Sadowska, J. (2002). *Kasy Chorych w Polsce w latach 1920 -1933*, s. 131-133

- Sadowska-Snarska, C. (2009). Równowaga praca-życie-rodzina. W: C. Sadowska-Snarska (red.). *Równowaga praca-rodzina-życie*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Białymstoku
- Saint-Paul, G. (2008). Brain drain: some evidence from European expatriates in the united States. *CESifo Forum*. (nr 3) s. 19-27
- Salop, A. (1979). A Model of Natural Rate of Unemployment. *American Economic Review*. (vol. 69. nr 1). <http://www.jstor.org/stable/1802502>
- Savickas, M.L. (2002). Constructing careers. A developmental theory of vocational behavior. W: Brown D., Brooks L., (red.). *Career Choice and Development*.
- Say, J.B. (1960). *Traktat o ekonomii politycznej*. s. 855-856. PWN.
- Schnapp, B.H., Slovis, B.H., Shah, A., Fant, A.L., Gisondi, M.A., Shah, K.h., Lech, Ch.A. (2016). Workplace Violence and Harassment Against Emergency Medicine Residents. Pobrane 10.12.2020, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27625721/>, DOI:10.5811/westjem.2016.6.30446
- Schulz, T.W. (1976). Investment in Human Capital, *The Free Press*. s. 30. <http://www.journals.uchicago.edu/doi/epdf/10.1086/260106>
- Shapiro, C. i Stiglitz, J.E. (1984). Equilibrium Unemployment as a Worker Discipline Device, *American Economic Review*. (vol 74 nr 3). s. 433-444. <https://www.jstor.org/stable/1804018>
- Shenk, L. (2021). Minimalne wynagrodzenie pracowników medycznych. Pobrane 22 lutego 2022 z [www://poradnikpracownika.pl/-minimalne-wynagrodzenie-pracownikow-medycznych-w-latach-2017-2021](http://www.poradnikpracownika.pl/-minimalne-wynagrodzenie-pracownikow-medycznych-w-latach-2017-2021)
- Sjaastad, L.A. (1962). The costs and returns of human migration, *The Journal of Political Economy*. (nr. 70) (5), s. 80-93, <http://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/258726>
- Skąd się biorą bezrobotni lekarze*. (2019). Pobrane 16 października 2020 z <https://podyplomie.pl/aktualnosci/04552,skad-sie-biora-bezrobotni-lekarze>
- Skrzypczak, Z. (2011). Wydatki gospodarstw domowych na ochron zdrowia w Polsce. *Studies& Proceedings of Polish Association for Knowledge Management*. (Nr 55), s. 167-175
- Skrzypek, E. (1999). Wpływ zarządzania wiedzą na jakość, *Problemy Jakości*. 11, s. 5
- Słowik, P. i Sosnowska, M. (2020). Chore statystyki. Ilu w końcu mamy lekarzy? Ile jest wolnych łóżek szpitalnych. <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1494920,korona-wirus-liczba-lekarzy-w-polsce-liczba-lozek-statystyki.html>

- Słownik pojęć GUS*. (2022). Pobrane 10.01.2022 z <https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/893,pojecie.html>
- Smandek, I. M. (red.). (1993). *Teorie rynku pracy Praca zbiorowa*, s. 5-11. Akademia Ekonomiczna im. Karola Adamieckiego
- Smith, A. (2007). *Bogactwo Narodów*. Cz. II. s. 37. PWN,
- Smith, A. (2013). *Bogactwo Narodów. Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów*. s. 345-348. PWN,
- Sobczak, A. (2007). *Finansowanie ochrony zdrowia*. s. 12. Wydawnictwo Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego
- Sobieraj, D. (2020). *Średnia krajowa 2020*. Pobrane 12 stycznia 2021 z <https://www.zadluzeni.a.com/srednia-krajowa-2020/>
- Sokół, A. (2014). Satysfakcja zawodowa lekarzy- uwarunkowania i specyfika problemu w świetle publikowanych badań. [niepublikowana praca magisterska]. Uniwersytet Jagielloński
- Solek, A. (2010). Ekonomia behawioralna a ekonomia neoklasyczna. *Zeszyty Naukowe nr 8. Polskie Towarzystwo Ekonomiczne*. s. 25. [http:// bazekon.icm.edu.pl/bazekon/element/bwmeta1.element.ekon-element-000167919916](http://bazekon.icm.edu.pl/bazekon/element/bwmeta1.element.ekon-element-000167919916)
- Sorokin, P. A. (1959). Social and Cultural Mobility. https://ia801604.us.archive.org/8/items/in.ernet.dli.2015.275737/2015.275737.Social-And_text.pdf
- Sorokin, P. (2009). *Ruchliwość społeczna*. s. 131, 133. Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN,
- Sowada, Ch. (2015). Rynek w ochronie zdrowia: jego właściwości i ograniczenia. W: S. Golinowska (red.). *Od ekonomii do ekonomiki zdrowia* (s. 90-106). Wydawnictwo PWN.
- Sozański, T. (2002). Sieć społeczna. W: *Encyklopedia socjologii*. (t. 4). s. 28, 33. Oficyna Naukowa
- Spooner, S., Pearson, E., Gibson, J., Checkland, K., (2017). How do workplaces, working practices and colleagues affect UK doctors` career decisions? A qualitative study of junior doctors` career decision making in the UK. *BMJ Open*, 7 (10), <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018462>
- Stark, O. (2004). Rethinking the Brain Drain. *World Development*, nr. 32, s. 15-21
- Stański, M. (1968). *Społeczna opieka lekarska na wsi Wielkopolski latach 1920-33*, s. 77

- Stokowska, D. (2006). Nowa ekonomia instytucjonalna jako nowa perspektywa badawcza w analizowaniu procesów gospodarczych. W: E. Frajtag-Mika (red.). *Teoria i praktyka ekonomii a konkurencyjność gospodarowania*. s.118. Wydawnictwo Difin
- Stouffer, S. A. (1960). Intervening opportunities and competing migrants. *Journal of Regional Science*. (vol.2): 1-26. s. 96-124. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9787.1960.tb00832.x>,
- Straubhaar, Th. i Wolburg. M.R. (1999). Brain Drain and Brain Gain in Europe. An Evaluation of the East West Migration in Europe, *Jahrbuch fuer Nationaloekonomie und Statistik* t. 218 nr 5 i 6
- Straus, S.E., Straus, Ch., Tzanetos, K. (2006). Career Choice in Academic Medicine: Systematic Review. *J Gen Intern Med*. 21(12):1222-9. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00599.x.
- Striker, M. (2016). Zmiany w postrzeganiu ról zawodowych menadżerów medycznych w publicznym szpitalu. *Edukacja Ekonomistów i Menedżerów*. Vol. 40. Issue 2. s. 144-147. <http://web-1b-1eb.scohost-1.com-100002bkq0f8d.han3.ue.poznan.pl/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=0e4bdbaa-5f94-4a35-80c2-c8eb91436be5%40pdc-v-sessmgr02>
- Suchar, M. (2009). *Organizational Switching and Personality: Career Analysis of Polish Job Applicants*, 14th European Congress of Work and Organizational Psychology
- Suchecka, J. (2016). *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*. Wydanie 2 rozszerzone i uaktualnione. Wydawnictwo Wolter Kluwer SA. s. 9, 77, 79, 81-82, 110, 118
- Surówka, A. (2012). Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela, *Przegląd Prawa Konstytucyjnego*, nr 3, s. 94
- Ślusarska, B., Dobrowolska, B., Zarzycka, D. (2013). Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. (t: 94, nr 4) s. 668
- Tabachnick, B.G. i Fidell L.S. (2006). *Using multivariate statistics*. 5th Edition, Allyn and Bacon
- Tarasiewicz, P. (2013). Migracje a drenaż mózgów. W: *Człowiek w kulturze*. Pismo poświęcone filozofii i kulturze. Emigracja i cywilizacje, Fundacja Lubelska Szkoła Filozofii Chrześcijańskiej 23, s. 145-160
- Teece, D.J., Pisango, G., Shuen, A. (1994). *Firm Capabilities, Resources and the Concept of Strategy*. Economic Analysis and Policy Working Paper. University of California, s. 5. <http://econbiz.de/Record/firm-capabilities-resources-and-the-concept-of-strategy-teece-david/10004154184>
- Tokarski, J. (1980). *Słownik wyrazów obcych*. PWN

- Topolski J. (1978). *Dzieje Polski*, wyd. II, PWN
- Topór-Mądry, R., Gilis-Januszewska, A., Kurkiewicz, J., Pająk, A. (2002). Szacowanie potrzeb zdrowotnych. Priorytety zdrowotne - Narzędzia oceny i analizy, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, s. 38
- Torado, M.P. (1976). Urban Job Expansion, induced Migration and Rising Unemployment: a Formulation and Simplified Empirical Test for LDCs. *Journal of Development Economics*. s. 138-148. [http://doi.org/10.1016/0304-3878\(76\)90049-3](http://doi.org/10.1016/0304-3878(76)90049-3)
- Torado, M.P. (1980). *Internal migration in developing countries*. International Labour Office.
- Traktat Wspólnoty Europejskiej (TWE) opublikowanego w Dz.Urz. UE (2006) C 321E dostępny 08.07.2020 na http://oide.sejm.gov.pl/oide/index.php?option=com_content&view=article&id=14436&Itemid=436
- Treibel, A. (2011). *Migration In modern Gesellschaften*, Soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht, Juventa Verlag, s. 21.
- Ujwary-Gil, A. (2009). *Koncepcja zasobowej teorii przedsiębiorstwa – całościowe ujęcie i kierunek dalszych badań*. Wydawnictwo Przegląd Organizacji. (nr 6) s. 24-27
- Urbaniak, B. i Bohdziewicz, P. (2008). Zarządzanie zasobami ludzkimi. Kreowanie nowoczesności. *Raport z badań przeprowadzonych wśród firm biorących udział w IX edycji Konkursu Lider Zarządzania Zasobami Ludzkimi*, Wydawnictwo IPISS
- Walley, F., Haycox, A., Boland, A. (2004). *Pharmacoeconomies*, s. 27. Churchill Livingstone,
- Walsh, R. (1935). Capital Concept Applied to Man, *The Quarterly Journal of Economics*, 225, <http://doi.org/10.2307/1884067>
- Warneryd, K. (2002). Rent, risk and replication: Preference adaptation in winner-take-all-markets. *Games and economic behavior*. 41 (2), 344-364
- Wąsowicz, J. (2007). *Ekonomia rynku pracy*. W: D. Kotlorz (red.). *Prace Naukowe Wydawnictwa AE w Katowicach*, s. 55-56
- Weiss, A. (1990). *Efficiency Wages: Models of Unemployment. Layoffs and Wage Dispersion*, Princeton University Press, <https://www.jstor.org/action/doBasicSearch?Query=rt:%22Efficiency%20Wages%22%20AND%20rt:%22Models%20of%20Unemployment%2C%20Layoffs%2C%20and%20Wage%20Dispersion%22&refreqid=excelsior%3Aba44dada336d6c00f68f2561a8f676e5>
- Wernerfelt, B. (1984). A Resource-Based View of the Firm. *Strategic Management Journal*. Vol. 5. No 2. Wyd. Wiley. s. 171-180. <https://www.jstor.org/stable/2486175>

- Wdowiak, L. (1981). *Zarys organizacji służby zdrowia w Polsce*. (s. 23). Akademia Medyczna w Lublinie
- WHO Raport. (2006). *Human resources for Health in the WHO European Region*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, pobrane 07 lipca 2020 z https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/98403/E87923.pdf
- WHO. (2009). *Global Atlas of the Health Workplace*. Pobrane 07 lipca 2020 z <https://www.who.int/csr/resources/cdrom/globalatlas/en/>
- WHO. (2013). *World health statistics 2013*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564588>
- Wichłacz, M. (2011). Sieć a rozumienie przestrzeni polityki. W: A. Czajowski, L. Sobkowiak (red.). *Polityka i polityczność. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Atlas 2 Wrocławskie Wydawnictwo Naukowe (s. 106)
- Wiatrowski, Z. (2009). *Dorastanie, dorosłość i starość człowieka w kontekście działalności i kariery zawodowej*, Wydawnictwo Technologii Eksploatacji. s 66
- Wilczyński, W. (2000). *Rynek i pieniądz w Polsce u progu XXI wieku*, WSB. s. 17
- Willekens, F. (1995). Monitoring international migration flows in Europe. Towards a statistical data base combining data from different sources, *European Journal of Population*, vol 10. <http://doi.10.1007/BF01268210>
- Willis-Shattuck, M., Bidwell, P., Thomas, S., Wyness, L., Blaauw, D., Ditlopo, P. (2008). Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res* .DOI: 10.1186/1472-6963-8-247
- Włodarczyk, C. (1998). Dekada reform. *Służba Zdrowia*. nr 60-62
- Włodarczyk, W.C. i Domagała, A. (2011). Kadry medyczne opieki zdrowotnej. Niektóre problemy, postulowane działania. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*. Nr. 2 s. 29-41 pobrane 23.06.2020 z http://www.ipiss.com.pl/wp-content/uploads/downloads/2013/12/wlodarczyk_w_domagala_a_zzl_2-2011.pdf
- Wojciechowska, R. (2005). Niepełna informacja na rynku pracy. W: W. Pacho (red.). *Szkice ze współczesnej teorii ekonomii*, SGH w Warszawie. (s. 104-105, 110)
- Wojtyna, A. (1994). Czy Polsce grozi efekt histerezy? *Gospodarka Narodowa*. nr 9 (53), s.4
- Wojtyna, A. (2000). *Ewolucja keynesizmu a główny nurt ekonomii*, Wydawnictwo naukowe PWN, s. 225, 232-235
- Woods, R. (1982). *Theoretical population geography*, Longman

- Woynarowska, B. (2013). *Edukacja zdrowotna: podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Naukowe PWN
- Woźniak, B. (2008). *Bezrobocie równowagi i nierównowagi a polityka państwa wobec rynku pracy*. Wydawnictwo AE w Poznaniu. (s. 35). http://www.researchgate.net/publication/268213738_Bezrobocie_rownowagi_i_nierownowagi_a_polityka_panstwa_w_obec_ryнку_pracy
- Współczynnik statystyki demograficznej. (2019). Pobrane dnia 26 maja 2020 z www.dzieciwpolisce.pl/statystyka/24/wspolczynnik-dynamiki-demograficznej
- Wyszkowska, Z. (2013). Współczesne tendencje w zarządzaniu kadrami w zakładach opieki zdrowotnej. *Współczesne Zarządzanie*. Pobrane 08.07.2020 z <http://31.186.81.235:8080/api/files/view/13099.pdf>
- Wyszkowska, Z. i Hnatyszyn-Dzikowska, A. (2010). Ocena konwergencji sytuacji zdrowotnej w polskich regionach na tle podaży usług medycznych. *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*. Nr 17
- Zdankiewicz, L. (1983). Pojęcie zdrowia. W: Makowski M., Nakayama H. (red.). *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania*. s. 10
- Zaleśkiewicz, T. (2004). Percepcja działań ekonomicznych. W: Tyszka T. (red). *Psychologia ekonomiczna*. GWP
- Zaleśkiewicz, T. (2012). *Psychologia ekonomiczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN. s. 38
- Zarys systemu ochrony zdrowia Polska* (2012). W: S. Golinowska (red.), D. Paneli, A. Sagen, R. Busse. Wydawnictwo NFZ i European Observatory on Health Systems and Policies. <https://www.zanotowane.pl/1019/7076/>
- Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyków wg specjalizacji. (2022). Pobrane 23 wrzesień 2021 z https://nil.org.pl/uploaded_files/1631106091_za-sierpien-2021-zestawienie-nr-04.pdf
- Zybała, A. (2009). *Wyzwania w systemie ochrony zdrowia – zasoby ludzkie i zasoby organizacyjne w centralnych instytucjach*. Krajowa Szkoła Administracji Publicznej
- 10 specjalizacji lekarskich najbardziej deficytowych w polskich szpitalach. (2019). Pobrane 25 maja 2020 z <https://www.pl/10-specjalizacji-lekarskich-najbardziej-deficytowych-w-polskich-szpitalach-961495>

Akty prawne

Dyrektywa 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady, z dnia 04.11.2003 r. w sprawie niektórych aspektów organizacji czasu pracy, Dz. U. UE I. 299 z 18 listopada 2003 dostępna na <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=celex%3A32003L0088> w dniu 01.05.2018

Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z dnia 22 lipca 1952 r. (Dz. U. z 1952r. Nr 33, poz. 232)

Konstytucja RP (DZ. U. z 1997r. Nr 78, poz. 483)

Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 21 lipca 2008 w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. nr 136 z 2008r., poz. 857)

Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 26 marca 2012 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. z 2012r., poz. 572)

Obwieszczenie Marszałka Sejmu RP z dnia 10 marca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry Dz. U. z 2015 r., poz. 464 z późn. zm.),

Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 28 stycznia 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020r. Nr. 295, art. 4)

Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 16 marca 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r., poz. 711)

Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 19 marca 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2011r. , poz. 790)

Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 25 czerwca 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (poz. 1285)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1973 roku w sprawie organizacji zespołów opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1973 r. Nr 7, poz. 52)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2005 zmieniające rozporządzenie w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich (Dz. U. z 2005r. Nr 158, poz. 1333 z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 30 marca 2019 r., poz. 602)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury (Dz. U. z 2020r., poz. 1134)

Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz.U. 1920 r. Nr 44, poz. 272)

Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. z 1933r. Nr 51, poz. 396)

Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz. U. z 1948r. Nr 55, poz. 434)

Ustawa z dnia 20 lipca 1950 roku o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 1950, Nr 36, poz. 333)

Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. z 1974, Nr 24, poz. 141)

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 1997r. Nr 28 poz. 152, Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 z późn. Zmianami; Dz. U. z 2021 r., poz. 790 i 1559)

Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. z 2003r. Nr 124, poz. 1152)

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011r. Nr 112, poz. 654)

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. (tekst jednolity, Dz.U. z 2018r., poz. 2190 z późn. zm)

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020r., poz. 295)

Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2015r., poz. 1994)

Ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz.U. z 2020r., poz. 1493)

Ustawa z dnia 24 czerwca 2021 r. o zmianie ustawy o Agencji Badań Medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021r., poz. 1559)

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Lublinie z dnia 13 grudnia 2011 r., III SA/Lu
653/11

Skróty stosowane w pracy

CRL – Centralny Rejestr Lekarzy

GUS – Główny Urząd Statystyczny

KE – Komisja Europejska

LEK – Lekarski Egzamin Końcowy

MZ – Ministerstwo Zdrowia

NIL – Naczelna Izba Lekarska

OECD – Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju

OIL – Okręgowa Izba Lekarska

ONZ – Organizacja Narodów Zjednoczonych

OPWZ – Ograniczone Prawo Wykonywania Zawodu

PWZ – Prawo Wykonywania Zawodu

SOR – Szpitalny Oddział Ratunkowy

TKL – Teoria Kapitału Ludzkiego

UE – Unia Europejska

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia

ZOZ - Zakład Opieki Zdrowotnej

ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Spis tabel, rysunków i wykresów

Tabela 1. Podstawowe elementy składowe sektora ochrony zdrowia	73
Tabela 2. Zestawienie badań uwzględniających czynniki przyciągające i wypychające brane pod uwagę przy wyborze miejsca pracy przez lekarzy	93
Tabela 3. Wyodrębnienie czynników wpływających na wybór miejsca pracy z wybranych teorii	110
Tabela 4. Czynniki wpływające na wybór miejsca pracy przez lekarzy w świetle wybranych teorii	112
Tabela 5. Przebieg procesu badawczego	116
Tabela 6. Liczba lekarzy w Polsce według wieku w przedziałach 5-letnich	120
Tabela 7. Zestawienie liczbowe lekarzy w Polsce według wieku i płci w 2021 r.	121
Tabela 8. Podstawowe wyniki oceny czynników przyciągających	138
Tabela 9. Ranking czynników przyciągających dla odpowiedzi „nie był brany pod uwagę” przez lekarzy specjalistów, bez specjalizacji i w trakcie kształcenia się	140
Tabela 10. Struktury czynników przyciągających do nowego miejsca pracy	143
Tabela 11. Analiza ważności czynników przyciągających do nowego miejsca pracy	144
Tabela 12. Analiza korelacji między czynnikami przyciągającymi a wiekiem, liczbą posiadanych dzieci i stażem pracy w miejscu A, lekarzy specjalistów, bez specjalizacji i w trakcie kształcenia się	151
Tabela 13. Ranking czynników wypychających z dotychczasowego miejsca pracy dla ogółu badanych i dla lekarzy z poszczególnych grup	152
Tabela 14. Ranking czynników wypychających dla odpowiedzi „nie był brany pod uwagę” przez lekarzy specjalistów, bez specjalizacji i w trakcie kształcenia się	153
Tabela 15. Struktury czynników wypychających z poprzedniego miejsca pracy	154
Tabela 16. Analiza wartości czynników wypychających z poprzedniego miejsca pracy	156
Tabela 17. Weryfikacja hipotez badawczych	159

Rysunek 1. Model relacji popytowo-podażowej w opiece zdrowotnej	67
Rysunek 2. Wejście i wyjście z medycznego rynku pracy	77
Rysunek 3. Rynki w procesie tworzenia podaży kadry lekarskiej	79
Rysunek 4. Prognoza relacji między dostępnymi pracownikami a potrzebami pracodawców w zawodzie lekarza w latach 2020-2023	125
Rysunek 5. Proces analizy danych	132
Wykres 1. Liczba lekarzy z PWZ w latach 2013 - 2021 w Polsce	119
Wykres 2. Struktura ocen czynników przyciągających przy wyborze miejsca pracy	137
Wykres 3. Rozkład oceny czynników nie branych pod uwagę przy wyborze miejsca pracy w poszczególnych grupach lekarzy	141
Wykres 4. Ocena stopnia przyciągania czynników dla lekarzy specjalistów, bez specjalizacji i w trakcie kształcenia	145
Wykres. 5 Ocena przyciągania czynników w poszczególnych sektorach	146
Wykres 6. Ocena stopnia przyciągania czynników względem rodzaju miejsca pracy	148
Wykres 7. Interakcja płci lekarzy specjalistów, bez specjalizacji i w trakcie kształcenia się dla czynników przyciągających	149
Wykres 8. Interakcja pochodzenia z rodziny lekarskiej lekarzy specjalistów, bez specjalizacji i w trakcie kształcenia się dla czynników przyciągających	150

Załączniki

Załącznik 1. Wykaz specjalizacji lekarskich wraz z kodem specjalizacji

- 1) alergologia (0731);
- 2) anestezjologia i intensywna terapia (0701);
- 3) angiologia (0732);
- 4) audiologia i foniatria (0733);
- 5) balneologia i medycyna fizykalna (0734);
- 6) chirurgia dziecięca (0702);
- 7) chirurgia klatki piersiowej (0735);
- 8) chirurgia naczyniowa (0736);
- 9) chirurgia ogólna (0703);
- 10) chirurgia onkologiczna (0737);
- 11) chirurgia plastyczna (0738);
- 12) chirurgia szczękowo-twarzowa (0704);
- 13) choroby płuc (0739);
- 14) choroby płuc dzieci (0792);
- 15) choroby wewnętrzne (0705);
- 16) choroby zakaźne (0706);
- 17) dermatologia i wenerologia (0707);
- 18) diabetologia (0740);
- 19) diagnostyka laboratoryjna (0708);
- 20) endokrynologia (0741);
- 21) endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość (0799);
- 22) endokrynologia i diabetologia dziecięca (0796);
- 23) epidemiologia (0710);
- 24) farmakologia kliniczna (0742);
- 25) gastroenterologia (0743);
- 26) gastroenterologia dziecięca (0797);
- 27) genetyka kliniczna (0709);
- 28) geriatria (0744);

- 29) ginekologia onkologiczna (0787);
- 30) hematologia (0745);
- 31) hipertensjologia (0788);
- 32) immunologia kliniczna (0746);
- 33) intensywna terapia (0801);
- 34) kardiochirurgia (0747);
- 35) kardiologia (0748);
- 36) kardiologia dziecięca (0762);
- 37) medycyna lotnicza (0793);
- 38) medycyna morska i tropikalna (0794);
- 39) medycyna nuklearna (0749);
- 40) medycyna paliatywna (0750);
- 41) medycyna pracy (0711);
- 42) medycyna ratunkowa (0712);
- 43) medycyna rodzinna (0713);
- 44) medycyna sądowa (0714);
- 45) medycyna sportowa (0751);
- 46) mikrobiologia lekarska (0716);
- 47) nefrologia (0752);
- 48) nefrologia dziecięca (0798);
- 49) neonatologia (0753);
- 50) neurochirurgia (0717);
- 51) neurologia (0718);
- 52) neurologia dziecięca (0763);
- 53) neuropatologia (0789);
- 54) okulistyka (0719);
- 55) onkologia i hematologia dziecięca (0755);
- 56) onkologia kliniczna (0754);
- 57) ortopedia i traumatologia narządu ruchu (0720);
- 58) otorynolaryngologia (0721);
- 59) otorynolaryngologia dziecięca (0790);
- 60) patomorfologia (0722);

- 61) pediatria (0723);
- 62) pediatria metaboliczna (0795);
- 63) perinatologia (0800);
- 64) położnictwo i ginekologia (0724);
- 65) psychiatria (0725);
- 66) psychiatria dzieci i młodzieży (0756);
- 67) radiologia i diagnostyka obrazowa (0726);
- 68) radioterapia onkologiczna (0727);
- 69) rehabilitacja medyczna (0728);
- 70) reumatologia (0757);
- 71) seksuologia (0758);
- 72) toksykologia kliniczna (0759);
- 73) transfuzjologia kliniczna (0760);
- 74) transplantologia kliniczna (0761);
- 75) urologia (0729);
- 76) urologia dziecięca (0791);
- 77) zdrowie publiczne (0730).

Źródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów.

Załącznik 2. Zestawienie ilościowe według rodzaju Prawa Wykonywania Zawodu

Rodzaj PWZ	Opis rodzaju	Liczba lekarzy z PWZ
10	Lekarz nie wykonujący zawodu	10 811
11	Prawo wykonywania zawodu lekarza	139 807
12	PWZ lekarza – na czas odbycia stażu (stażysta)	8 114
13	PWZ lekarza cudzoziemca	53
14	PWZ lekarza cudzoziemca – na czas określony	386
15	PWZ lekarza cudzoziemca z UE	313
16	PWZ lekarza – ograniczone uchwałą ORL	41
17	PWZ lekarza spoza UE – określony zakres czynności	52
18	PWZ lekarza spoza UE - warunkowe	149
19	PWZ lekarza - zawieszono	118
Łącznie		156 844

Źródło: Naczelna Izba Lekarska w Warszawie. Zestawienie nr 7 pobrane 07.09.2021r, <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>.

Załącznik 3. Kwestionariusz ankietowy

Kwestionariusz był utworzony w elektronicznym systemie do zbierania danych i wersja analogowa jest próbą odwzorowania przekierowań pomiędzy pytaniami.

Dzień dobry,

Przygotowuję pracę doktorską na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu poświęconą wyborom miejsca pracy wśród lekarzy w Polsce. Ankieta powstała i została rozesłana przy współpracy z Naczelną Izbą Lekarską (NIL), ponieważ zrozumienie Państwa wyborów jest szczególnie ważne, ze względu na tak ważną funkcję, jaką pełnią Państwo w społeczeństwie. Wyniki moich badań mają być pomocne w projektowaniu warunków i polityki zatrudniania lekarzy w Polsce w publicznym i prywatnym sektorze opieki zdrowotnej.

Zapraszam do wzięcia udziału w badaniu naukowym.

Zbierane dane będą udostępnione NIL tylko i wyłącznie w formie raportu końcowego co uniemożliwia identyfikację poszczególnych Respondentów. W żadnej części ankiety nie podajcie Państwo danych osobowych ani numeru PWZ.

Niniejsza ankieta jest anonimowa, a jej wypełnienie na ogół zajmuje około 8-9 minut.

*Dziękuję.
Marta Pietrzak*

Metryczka:

1. Płeć

Zaznacz tylko jedną odpowiedź

- kobieta
- mężczyzna

2. Wiek _____

3. Miejsce pochodzenia

Zaznacz tylko jedną odpowiedź

- wieś
- miasto poniżej 10 000 mieszkańców
- miasto 10 000- 19 999 mieszkańców
- miasto 20 000- 49 999 mieszkańców
- miasto 50 000- 99 999 mieszkańców
- miasto 100 000-499 999 mieszkańców
- miasto 500 000 mieszkańców i więcej

4. Czy rodzice bądź dziadkowie wykonywali zawód lekarza/ lekarza dentysty?

Zaznacz kilka odpowiedzi

- nie
- matka
- ojciec
- babcia za strony matki
- babcie ze strony ojca
- dziadek ze strony matki
- dziadek ze strony ojca

5. Posiadana specjalizacja I

Zaznacz tylko jedną odpowiedź z listy

- brak specjalizacji

- lekarz stażysta w trakcie stażu specjalistycznego
- alergologia (0731)
- anesteziologia i intensywne terapie (0701)
- angiologia (0732)
- audiologia i foniatryka (0733)
- balneologia i medycyna fizykalna (0734)
- chirurgia dziecięca (0702)
- chirurgia klatki piersiowej (0735)
- chirurgia naczyniowa (0736)
- chirurgia ogólna (0703)
- chirurgia onkologiczna (0737)
- chirurgia plastyczna (0738)
- chirurgia szczękowo-twarzowa (0704)
- choroby płuc (0739)
- choroby płuc dzieci (0792)
- choroby wewnętrzne (0705)
- choroby zakaźne (0706)
- dermatologia i wenerologia (0707)
- diabetologia (0740)
- diagnostyka laboratoryjna (0708)
- endokrynologia (0741)
- endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość (0799)
- endokrynologia i diabetologia dziecięca (0796)
- epidemiologia (0710)
- farmakologia kliniczna (0742)
- gastroenterologia (0743)
- gastroenterologia dziecięca (0797)
- genetyka kliniczna (0709)
- geriatria (0744)
- ginekologia onkologiczna (0787)
- hematologia (0745)
- hipertensjologia (0788)
- immunologia kliniczna (0746)
- intensywne terapie (0801)
- kardiochirurgia (0747)
- kardiologia (0748)
- kardiologia dziecięca (0762)
- medycyna lotnicza (0793)
- medycyna morska i tropikalna (0794)
- medycyna nuklearna (0749)
- medycyna paliatywna (0750)
- medycyna pracy (0711)
- medycyna ratunkowa (0712)
- medycyna rodzinna (0713)
- medycyna sądowa (0714)
- medycyna sportowa (0751)

- mikrobiologia lekarska (0716)
- nefrologia (0752)
- nefrologia dziecięca (0798)
- neonatologia (0753)
- neurochirurgia (0717)
- neurologia (0718)
- neurologia dziecięca (0763)
- neuropatologia (0789)
- okulistyka (0719)
- onkologia i hematologia dziecięca (0755)
- onkologia kliniczna (0754)
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu (0720)
- otorynolaryngologia (0721)
- otorynolaryngologia dziecięca (0790)
- patomorfologia (0722)
- pediatria (0723)
- pediatria metaboliczna (0795)
- perinatologia (0800)
- położnictwo i ginekologia (0724)
- psychiatria (0725)
- psychiatria dzieci i młodzieży (0756)
- radiologia i diagnostyka obrazowa (0726)
- radioterapia onkologiczna (0727)
- rehabilitacja medyczna (0728)
- reumatologia (0757)
- seksuologia (0758)
- toksykologia kliniczna (0759)
- transfuzjologia kliniczna (0760)
- transplantologia kliniczna (0761)
- urologia (0729)
- urologia dziecięca (0791)
- zdrowie publiczne (0730)

6. Posiadana specjalizacja II

Zaznacz tylko jedną odpowiedź z listy

- brak specjalizacji
- lekarz stażysta w trakcie stażu specjalistycznego
- alergologia (0731)
- anestezjologia i intensywne terapię (0701)
- angiologia (0732)
- audiologia i foniatria (0733)
- balneologia i medycyna fizykalna (0734)
- chirurgia dziecięca (0702)
- chirurgia klatki piersiowej (0735)
- chirurgia naczyniowa (0736)
- chirurgia ogólna (0703)
- chirurgia onkologiczna (0737)

- chirurgia plastyczna (0738)
- chirurgia szczękowo-twarzowa (0704)
- choroby płuc (0739)
- choroby płuc dzieci (0792)
- choroby wewnętrzne (0705)
- choroby zakaźne (0706)
- dermatologia i wenerologia (0707)
- diabetologia (0740)
- diagnostyka laboratoryjna (0708)
- endokrynologia (0741)
- endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość (0799)
- endokrynologia i diabetologia dziecięca (0796)
- epidemiologia (0710)
- farmakologia kliniczna (0742)
- gastroenterologia (0743)
- gastroenterologia dziecięca (0797)
- genetyka kliniczna (0709)
- geriatria (0744)
- ginekologia onkologiczna (0787)
- hematologia (0745)
- hipertensjologia (0788)
- immunologia kliniczna (0746)
- intensywna terapia (0801)
- kardiochirurgia (0747)
- kardiologia (0748)
- kardiologia dziecięca (0762)
- medycyna lotnicza (0793)
- medycyna morska i tropikalna (0794)
- medycyna nuklearna (0749)
- medycyna paliatywna (0750)
- medycyna pracy (0711)
- medycyna ratunkowa (0712)
- medycyna rodzinna (0713)
- medycyna sądowa (0714)
- medycyna sportowa (0751)
- mikrobiologia lekarska (0716)
- nefrologia (0752)
- nefrologia dziecięca (0798)
- neonatologia (0753)
- neurochirurgia (0717)
- neurologia (0718)
- neurologia dziecięca (0763)
- neuropatologia (0789)
- okulistyka (0719)
- onkologia i hematologia dziecięca (0755)
- onkologia kliniczna (0754)

- ortopedia i traumatologia narządu ruchu (0720)
- otorynolaryngologia (0721)
- otorynolaryngologia dziecięca (0790)
- patomorfologia (0722)
- pediatria (0723)
- pediatria metaboliczna (0795)
- perinatologia (0800)
- położnictwo i ginekologia (0724)
- psychiatria (0725)
- psychiatria dzieci i młodzieży (0756)
- radiologia i diagnostyka obrazowa (0726)
- radioterapia onkologiczna (0727)
- rehabilitacja medyczna (0728)
- reumatologia (0757)
- seksuologia (0758)
- toksykologia kliniczna (0759)
- transfuzjologia kliniczna (0760)
- transplantologia kliniczna (0761)
- urologia (0729)
- urologia dziecięca (0791)
- zdrowie publiczne (0730)

7. Posiadany poziom wykształcenia/ stopnie i tytuły naukowe

Zaznacz tylko jedną odpowiedź z listy

- lekarz medycyny
- doktor nauk medycznych
- doktor habilitowany/docent
- profesor

8. Co planuje Pan/i w kwestii aktywności zawodowej po uzyskaniu prawa do emerytury?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź z listy

- zmniejszenie aktywności zawodowej (wpisz o ile procent): _____
- pozostawienie na dotychczasowym poziomie aktywności zawodowej
- zwiększenie aktywności zawodowej (wpisz o ile procent): _____
- jeszcze nie wiem

9. Czy podejmował/a Pan/i kiedykolwiek pracę zawodową jako lekarz?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź z listy

- Tak
- Nie (system przekierowuje do pytania 40)

10. W którym roku ostatnio podejmował/a Pan/i pracę w nowym miejscu pracy (np. szpital, jednostka naukowa, własny gabinet)? _____

UWAGA!

Podczas odpowiedzi na dalsze pytania proszę brać pod uwagę tylko i wyłącznie datę oraz miejsce pracy wskazane w pytaniu powyżej. W dalszej części ankiety to miejsce pracy będzie nazywane **miejscem A**

11. Czy posiadał Pan/i dzieci na utrzymaniu w momencie wyboru miejsca A?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź

- Tak (można podać liczbę dzieci): _____
- Nie

12. Proszę wskazać jak ważne były poniższe powody przy dokonywaniu wyboru miejsca pracy A

W każdym wierszu zaznacz tylko jedną odpowiedź

	Nie był brany pod uwagę	Zdecydowanie zniechęcał	Raczej zniechęcał	Ani nie zniechęcał ani nie zachęcał	Raczej zachęcał	Zdecydowanie zachęcał
Wysokość wynagrodzenia zasadniczego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dodatkowe świadczenia finansowe np. premie, dodatkowe płatne dyżury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rozwój zawodowy np. staże, szkolenia, praca z autorytetami, mentor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Możliwość prowadzenia badań naukowych w miejscu pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stanowisko o znacznej autonomii w prowadzeniu leczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Możliwość doboru asysty do wykonywania procedur medycznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca na kierowniczym stanowisku np. koordynator projektu badań, kierownik oddziału	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wpływ na ustalanie własnych godzin pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proponowana tygodniowa liczba godzin pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oferowany zakres obowiązków (obciążenie pracą)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokalizacja miejsca pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opnie innych pracujących tam lekarzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestiż miejsca pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Możliwość łączenia pracy zawodowej z życiem rodzinnym i prywatnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bezpieczne i higieniczne warunki pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Jeśli występował jeszcze jakiś inny powód można go opisać tutaj _____

14. W jaki sposób dowiedział/a się Pan/i o miejscu A _____

15. Określ formę własności miejsca A

Zaznacz tylko jedną odpowiedź

- Prywatne
- Publiczne
- Publiczne z możliwością przyjęć prywatnych

16. Określ rodzaj miejsca A

Zaznacz tylko jedną odpowiedź

- Przychodnia
- Przychodnia przyszpitalna
- Szpital kliniczny
- Szpital niekliniczny
- Gabinet własny
- Uczelnia wyższa
- Jednostka prowadząca badania naukowe
- Fundacja
- Wolontariat
- Firma farmaceutyczna
- Towarzystwo ubezpieczeniowe
- Producent/Dystrybutor sprzętu medycznego
- Pracodawca spoza sektora opieki zdrowotnej
- Inne (proszę wpisać jakie): _____

17. Wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce A

Zaznacz tylko jedną odpowiedź

- wieś
- miasto poniżej 10 000 mieszkańców
- miasto 10 000- 19 999 mieszkańców
- miasto 20 000- 49 999 mieszkańców
- miasto 50 000- 99 999 mieszkańców
- miasto 100 000-499 999 mieszkańców
- miasto 500 000 mieszkańców i więcej

18. Czy podjęcie pracy w miejscu A wiązało się ze zmianą liczby godzin pracy w pozostałych miejscach pracy?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź

- tak, zmieniły się liczby godzin w innych miejscach (system przekierowuje do pytań 37-40)
- tak, nastąpiła całkowita rezygnacja z co najmniej jednego miejsca (system przekierowuje do pytań 19-26)
- nie, liczba godzin w innych miejscach pozostała bez zmian (system przekierowuje do pytania 27 i 40)
- nie, nie było innych miejsc (system przekierowuje do pytania 40)

19. Wskaż jak ważne były powody owej rezygnacji (przyjmujemy że jest to miejsce B).

W każdym wierszu zaznacz tylko jedną odpowiedź

	Nie był brany pod uwagę	Zdecydowanie zniechęcał	Raczej zniechęcał	Ani nie zniechęcał ani nie zachęcał	Raczej zachęcał	Zdecydowanie zachęcał
Wysokość wynagrodzenia zasadniczego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dodatkowe świadczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

finansowe np. premie, dodatkowe płatne dyżury						
Rozwój zawodowy np. staże, szkolenia, praca z autorytetami, mentor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Możliwość prowadzenia badań naukowych w miejscu pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stanowisko o znacznej autonomii w prowadzeniu leczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Możliwość doboru asysty do wykonywania procedur medycznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca na kierowniczym stanowisku np. koordynator projektu badań, kierownik oddziału	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wpływ na ustalanie własnych godzin pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tygodniowa liczba godzin pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zakres obowiązków (obciążenie pracą)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokalizacja miejsca pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opinie innych pracujących tam lekarzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestiż miejsca pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Możliwość łączenia pracy zawodowej z życiem rodzinnym i prywatnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bezpieczne i higieniczne warunki pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Jeśli były jeszcze jakieś inne powody rezygnacji można je tutaj opisać _____

21. Forma własności miejsca B

Zaznacz tylko jedną odpowiedź

- Prywatne
- Publiczne
- Publiczne z możliwością przyjęć prywatnych

22. Określ rodzaj miejsca B

Zaznacz tylko jedną odpowiedź

- Przychodnia
- Przychodnia przyszpitalna
- Szpital kliniczny
- Szpital niekliniczny
- Gabinet własny
- Uczelnia wyższa
- Jednostka prowadząca badania naukowe

- Fundacja
- Wolontariat
- Firma farmaceutyczna
- Towarzystwo ubezpieczeniowe
- Producent/Dystrybutor sprzętu medycznego
- Pracodawca spoza sektora opieki zdrowotnej
- Inne (proszę wpisać jakie): _____

23. Wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce B

Zaznacz tylko jedną odpowiedź

- wieś
- miasto poniżej 10 000 mieszkańców
- miasto 10 000- 19 999 mieszkańców
- miasto 20 000- 49 999 mieszkańców
- miasto 50 000- 99 999 mieszkańców
- miasto 100 000-499 999 mieszkańców
- miasto 500 000 mieszkańców i więcej

24. Dotychczasowa liczba godzin pracy w miejscu B?

25. Czy miejsce B było głównym miejscem pracy?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź

- tak
- nie

26. Czy w momencie wyboru miejsca A oraz rezygnacji z miejsca B uległy zmianie godziny pracy w pozostałych miejscach

Zaznacz tylko jedną odpowiedź

- tak, dokonana się zmiana w innych miejscach (system przekierowuje do pytania 36)
- nie, w pozostałych miejscach liczba godzin nie uległa zmianie (system przekierowuje do pytania 35)
- nie było już innych miejsc (system przekierowuje do pytania 40)

27. Opisz miesięczną liczbę godzin pracy w pozostałych miejscach

Jeśli nie było miejsca C lub D proszę wpisać w tabeli "nd"

	Dotychczasowa liczba godzin w miesiącu	Zmiana liczby godzin - bez zmian
A- nowe miejsce pracy	x	zwiększenie
B		Bez zmian
C		Bez zmian
D		Bez zmian

Po wpisaniu liczby w wierszu dla miejsca C – system przekierowuje do pytań 28-30 i 40 jeśli zostanie wpisane nd. system przekierowuje do pytania 40

Po wpisaniu liczby w wierszu dla miejsca D – system przekierowuje do pytań 31-34 i 40 jeśli zostanie wpisane nd. system przekierowuje do pytania 40

28. Forma własności miejsca C

Zaznacz tylko jedną odpowiedź

- prywatne
- publiczne
- publiczne z możliwością przyjęć prywatnych

29. Określ rodzaj miejsca C

Zaznacz tylko jedną odpowiedź

- Przychodnia
- Przychodnia przyszpitalna
- Szpital kliniczny
- Szpital niekliniczny
- Gabinet własny
- Uczelnia wyższa
- Jednostka prowadząca badania naukowe
- Fundacja
- Wolontariat
- Firma farmaceutyczna
- Towarzystwo ubezpieczeniowe
- Producent/Dystrybutor sprzętu medycznego
- Pracodawca spoza sektora opieki zdrowotnej
- Inne (proszę wpisać jakie): _____

30. Wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce C

Zaznacz tylko jedną odpowiedź

- wieś
- miasto poniżej 10 000 mieszkańców
- miasto 10 000- 19 999 mieszkańców
- miasto 20 000- 49 999 mieszkańców
- miasto 50 000- 99 999 mieszkańców
- miasto 100 000-499 999 mieszkańców
- miasto 500 000 mieszkańców i więcej

31. Czy chcesz opisać miejsce D?

Zaznacz tylko jedną odpowiedź

- Tak (przejdź do pytania 32)
- Nie (przejdź do pytania 40)

32. Określ formę własności miejsca D.

Zaznacz tylko jedną odpowiedź

- prywatne
- publiczne
- publiczne z możliwością przyjęć prywatnych

33. Określ rodzaj miejsca D

Zaznacz tylko jedną odpowiedź

- Przychodnia
- Przychodnia przyszpitalna
- Szpital kliniczny
- Szpital niekliniczny
- Gabinet własny

- Uczelnia wyższa
- Jednostka prowadząca badania naukowe
- Fundacja
- Wolontariat
- Firma farmaceutyczna
- Towarzystwo ubezpieczeniowe
- Producent/Dystrybutor sprzętu medycznego
- Pracodawca spoza sektora opieki zdrowotnej
- Inne (proszę wpisać jakie): _____

34. Wielkość miejscowości, w której znajduje się miejsce D

Zaznacz tylko jedną odpowiedź

- wieś
- miasto poniżej 10 000 mieszkańców
- miasto 10 000- 19 999 mieszkańców
- miasto 20 000- 49 999 mieszkańców
- miasto 50 000- 99 999 mieszkańców
- miasto 100 000-499 999 mieszkańców
- miasto 500 000 mieszkańców i więcej

35. Opisz miesięczną liczbę godzin pracy w pozostałych miejscach

Jeśli nie było miejsca C lub D proszę wpisać w tabeli "nd"

	Dotychczasowa liczba godzin w miesiącu	Zmiana liczby godzin - bez zmian
A- nowe miejsce pracy	x	zwiększenie
C		Bez zmian
D		Bez zmian

Po wpisaniu liczby w wierszu dla miejsca C – system przekierowuje do pytań 28-30 i 40 jeśli zostanie wpisane nd. system przekieruje do pytania 40

Po wpisaniu liczby w wierszu dla miejsca D – system przekierowuje do pytań 31-34 i 40 jeśli zostanie wpisane nd. system przekieruje do pytania 40

36. Opisz miesięczną liczbę godzin pracy w pozostałych miejscach w momencie wyboru miejsca A i rezygnacji z B

Jeśli nie było miejsca C lub D, proszę wpisać w tabeli "ND"

	Dotychczasowa liczba godzin w miesiącu	Wybierz jaka to zmiana zwiększenie/zmniejszenie/bez zmian
A- nowe miejsce pracy	x	x
C		
D		

Po wpisaniu liczby w wierszu dla miejsca C – system przekierowuje do pytań 28-30 i 40, jeśli zostanie wpisane nd. system przekieruje do pytania 40

Po wpisaniu liczby w wierszu dla miejsca D – system przekierowuje do pytań 31-34 i 40, jeśli zostanie wpisane nd. system przekieruje do pytania 40

37. Wskaż jak ważne były poniższe powody zmniejszenia liczby godzin pracy w miejscu z największym zmniejszeniem

W każdym wierszu zaznacz tylko jedną odpowiedź

	Nie był brany pod uwagę	Zdecydowanie zniechęcał	Raczej zniechęcał	Ani nie zniechęcał ani nie zachęcał	Raczej zachęcał	Zdecydowanie zachęcał
Wysokość wynagrodzenia zasadniczego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dodatkowe świadczenia finansowe np. premie, dodatkowe płatne dyżury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rozwój zawodowy np. staże, szkolenia, praca z autorytetami, mentor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Możliwość prowadzenia badań naukowych w miejscu pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stanowisko o znacznej autonomii w prowadzeniu leczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Możliwość doboru asysty do wykonywania procedur medycznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca na kierowniczym stanowisku np. koordynator projektu badań, kierownik oddziału	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wpływ na ustalanie własnych godzin pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tygodniowa liczba godzin pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zakres obowiązków (obciążenie pracą)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokalizacja miejsca pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opinie innych pracujących tam lekarzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestiż miejsca pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Możliwość łączenia pracy zawodowej z życiem rodzinnym i prywatnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bezpieczne i higieniczne warunki pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Jeśli występują jeszcze inne powody zmniejszenia można je tutaj opisać _____

39. Opisz miesięczną liczbę godzin pracy w pozostałych miejscach w momencie wyboru miejsca A i zmiany w innych

Jeśli nie było miejsca C lub D, proszę wpisać w tabeli "ND"

	Dotychczasowa liczba godzin w miesiącu	Jaka zmiana nastąpiła zmniejszenie/zwiększenie/bez zmian
A- nowe miejsce pracy	x	x
C		zmniejszenie
D		

Po wpisaniu liczby w wierszu dla miejsca C – system przekierowuje do pytań 21-30 i 40, jeśli zostanie wpisane nd. system przekieruje do pytania 40

Po wpisaniu liczby w wierszu dla miejsca D – system przekierowuje do pytań 31-34 i 40, jeśli zostanie wpisane nd. system przekieruje do pytania 40

40. Tutaj można opisać oczekiwania wobec swojego głównego miejsca pracy (biorąc pod uwagę liczbę godzin pracy) jeśli w ankiecie wcześniej nie było to możliwe (np. wysokości wynagrodzenia, warunki pracy itp.)

Serdecznie dziękuję za poświęcony czas na wzięcie udziału w badaniu. Wyniki dostępne będą w mojej dysertacji. Jeśli jesteście Państwo zainteresowani otrzymaniem wyników drogą mailową proszę o kontakt martapawlicka-pietrzak@wp.pl

Pozdrawiam
Marta Pietrzak tel. 600-338-584