

## Lekarze specjaliści i lekarze dentyści specjaliści 2015

Jest za mało a będzie jeszcze mniej.

O tym, że w Polsce jest mało lekarzy specjalistów i jeszcze mniej lekarzy dentyistów specjalistów słyszymy bardzo często. Słyszymy też, że przynajmniej w niektórych specjalnościach większość to lekarze starsi i że po zaprzestaniu wykonywania przez nich zawodu specjalistów będzie jeszcze mniej. To na pewno bardzo ważny problem systemu ochrony zdrowia. Wbrew medialnym sensacjom o tym, jak powodzi się lekarzom i lekarzom dentyistom Polska nie jest atrakcyjnym miejscem pracy w tych zawodach i tylko bardzo nieliczni lekarze do Polski przyjeżdżają, za to liczni wyjeżdżają. Musimy więc liczyć na siebie i warto dokładniej się przyjrzeć, na co możemy liczyć.

Dyskusje o demografii środowiska lekarskiego i stomatologicznego są obarczone niepewnością z powodu niemożności uzyskania dokładnych danych o zakończeniu wykonywania zawodu i o tym, co wykonywanie zawodu dokładnie oznacza. Trudno jest ustalić, ile czasu poświęca specjalista na praktykę w danej specjalności. Wiek emerytalny jest coraz mniej istotny, przypuszczalnie większość lekarzy po przejściu na emeryturę nadal pracuje.

Drugą wielką niewiadomą jest ilu specjalistów „powinno być”. Tego po prostu nie wiemy, bo zapotrzebowanie zależy od podziału kompetencji pomiędzy specjalnościami i zawodami, organizacji pracy, zwyczajów, kontraktów. Na przykład nie raz słyszymy o braku specjalistów w tej czy innej dziedzinie a w rzeczywistości oznacza to ograniczoną liczbę zakontraktowanych w tej dziedzinie świadczeń.

Coraz ważniejszym elementem w dostępności specjalistów staje się też czas pracy. W Polsce, podobnie do innych krajów Unii Europejskiej, zabezpieczenie potrzeb pacjentów byłoby niemożliwe, gdyby uczciwie stosować się do obowiązujących ograniczeń, ale te ograniczenia będą wdrażane coraz powszechniej, dla bezpieczeństwa chorych i pracowników. Również duży udział kobiet i osób starszych wśród specjalistów spowoduje skrócenie czasu pracy. W efekcie, w połączeniu ze zmianami demografii społeczeństwa, odczuwany brak specjalistów nasili się jeszcze bardziej.

Po tym wstępie wskazującym na wątpliwości co do wniosków na temat demografii lekarzy i lekarzy dentyistów specjalistów spróbujmy przyjrzeć się, co wynika z dostępnych danych. Dalsze rozważania opierają się na założeniu, że liczba absolwentów uczelni medycznych i liczba lekarzy uzyskujących specjalizację nie ulegała gwałtownym zmianom w przeszłości i że tak będzie w przyszłości. Zapewne sytuacja nie była i nie będzie aż tak stabilna, ale przedstawiona poniżej analiza wskazuje, gdzie można spodziewać się największych problemów i na tej podstawie można planować niezbędne działania. Niezbędne, ponieważ i w odniesieniu do całego środowiska i do poszczególnych specjalności zapowiadają się coraz większe problemy z liczbą i dostępnością specjalistów.

### Statystyka

Obecnie w Polsce mamy 81 specjalności lekarskich i 11 specjalności lekarsko-dentystycznych. Termin „**specjalność**” jest używany w tym opracowaniu do oznaczenia dziedziny, w której po ukończeniu programu kształcenia i zdaniu egzaminu można uzyskać specjalizację. „**Specjalizacja**” może oznaczać tak zwaną specjalizację bezstopniową po ukończeniu której uzyskuje się tytuł specjalisty (**SBS**), specjalizację 2. stopnia (**S2S**) lub tzw. specjalizację 1. stopnia (**S1S**).

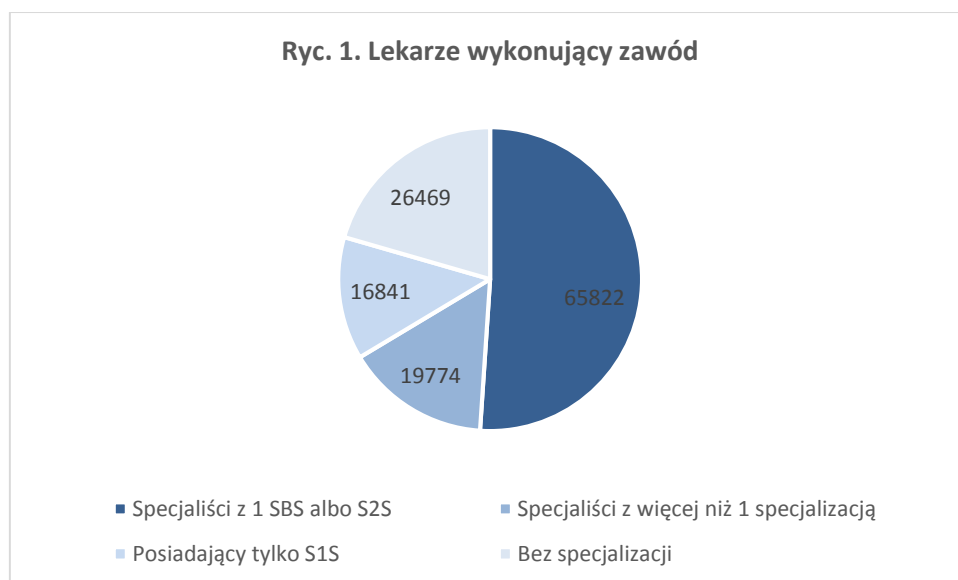
„**Specjalistą**” będziemy tu nazywać lekarza lub lekarza dentyistę, który ukończył przynajmniej 1 SBS lub przynajmniej 1 S2S. Część lekarzy i lekarzy dentyistów ukończyła tylko pierwszy stopień

specjalizacji dwustopniowej i tu będą oni nazywani „lekarzami/lekarzami dentystami posiadającymi S1S”. „Liczba posiadanych specjalizacji” obejmuje wszystkie uzyskane rodzaje specjalizacji. Jest ona zwykle większa od liczby osób praktykujących tę specjalność ponieważ część lekarzy i lekarzy dentystów posiada 2 lub więcej specjalizacji.

W tym opracowaniu specjalności dostępne dla lekarzy i dla lekarzy dentystów (epidemiologia, higiena i epidemiologia, oświata zdrowotna, pedagogika medyczna, zdrowie publiczne), w których zdecydowaną większość posiadanych specjalizacji mają lekarze, umieszczono wśród specjalności lekarskich. Jeszcze bardziej skomplikowana jest sytuacja chirurgii szczękowo-twarzowej, w której specjalizację mogą uzyskać lekarze i lekarze dentyści, a dodatkowo 80 osób posiada podwójne prawo wykonywania zawodu (lekarza i lekarza dentysty). Ponieważ z 344 osób posiadających specjalizację w tej dziedzinie tylko 30 to lekarze bez podwójnego prawa wykonywania zawodu, specjalność tę umieszczono wśród specjalności lekarsko-dentystycznych.

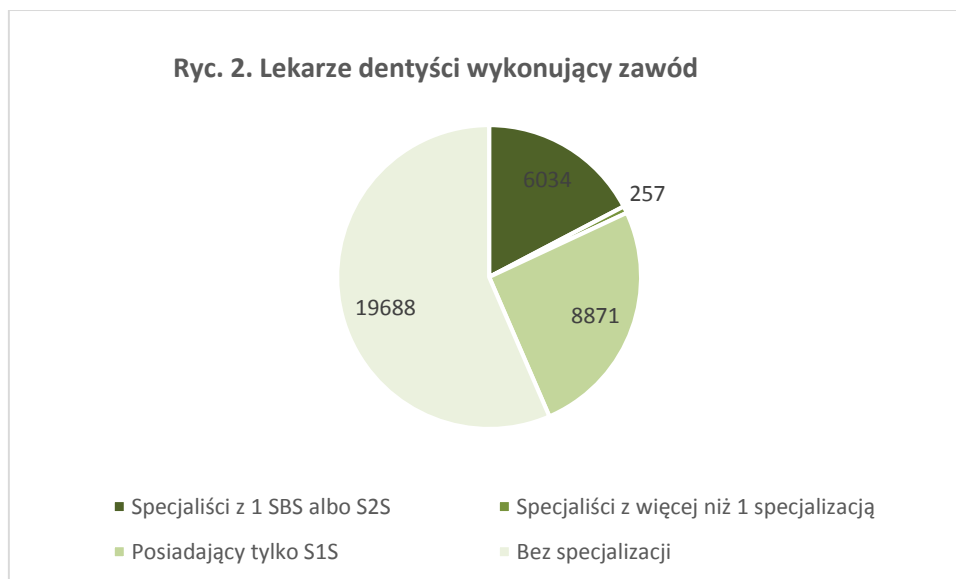
Łącznie lekarzy, którzy są specjalistami albo posiadają S1S jest 102437 i stanowią oni 79% wśród 128906 lekarzy wykonujących zawód, zaś lekarzy dentystów jest 15162 i stanowią oni 44% wśród 34850 lekarzy dentystów wykonujących zawód. Lekarzy posiadających jedynie S1S (jedną lub więcej) jest 16841 zaś lekarzy dentystów 8871. Zgodnie z przyjętą powyżej definicją nieobejmującą osób posiadających tylko S1S, lekarzy specjalistów jest 85596 zaś lekarzy dentystów specjalistów jest 6291. 18403 lekarzy posiada S1S w jednej z dziedzin i SBS lub S2S w innej (jednej lub więcej). Wśród lekarzy dentystów takich osób jest 2828. <sup>1</sup>

Część lekarzy i lekarzy dentystów posiada więcej niż 1 specjalizację. Dlatego liczba posiadanych specjalizacji (SBS, S2S, S1S) wynosi dla lekarzy 141190, a dla lekarzy dentystów 18070. Wśród 85596 lekarzy specjalistów 65822 posiada tylko 1 specjalizację a wśród 6291 lekarzy dentystów specjalistów posiadających tylko 1 specjalizację jest 6034. Ryciny 1 i 2 przedstawiają udział specjalistów i osób posiadających tylko S1S w ogólnej liczbie wykonujących zawód.



<sup>1</sup> Na liczbę posiadanych w danej specjalności specjalizacji składają się wszystkie osoby posiadające SBS, S2S albo S1S. Ponieważ część tych osób posiada także specjalizacje w innych dziedzinach, mamy osoby posiadające w danej dziedzinie tylko SBS albo S2S, osoby posiadające tylko S1S w tej dziedzinie (i ewentualnie tylko S1S w innych dziedzinach), osoby posiadające S1S w tej dziedzinie i SBS, S2S w innych dziedzinach. Interpretując przedstawiane w opracowaniu liczby należy to brać pod uwagę. Na przykład w stomatologii ogólnej są tylko S1S, ale 2502 z posiadających je osób posiada także SBS lub S2S w innej specjalności, a więc posiadających tylko S1S jest 7928.

Ryc. 2. Lekarze dentyści wykonujący zawód

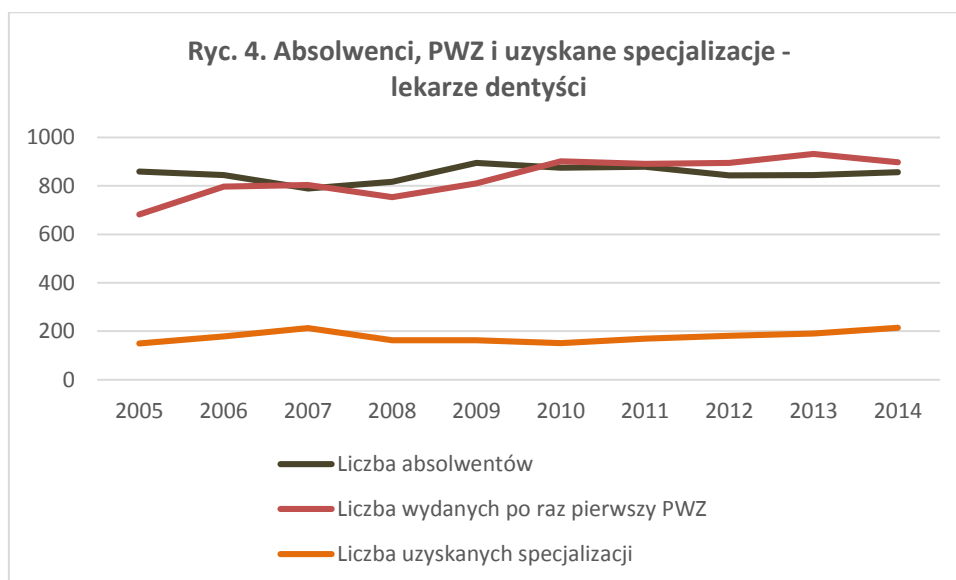
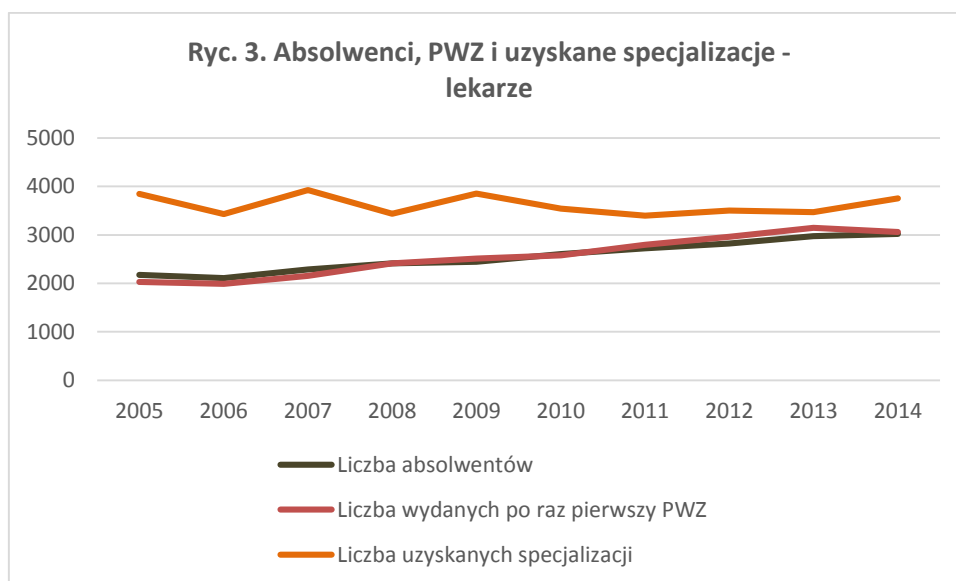


Specjalizacje dwustopniowe nie są dostępne (nie można ich rozpocząć) już od 15 lat, a więc liczba S1S będzie się stale zmniejszać. Obecnie osoby posiadające S1S stanowią jeszcze znaczną grupę i przynajmniej częściowo udzielają świadczeń specjalistycznych, więc należy uwzględnić je w ocenie demografii specjalistów. Istnieją znaczne różnice w liczbie osób posiadających tylko S1S pomiędzy specjalnościami. W części specjalności takich osób nie ma, ale np. jest ich 25% w dermatologii i wenerologii, 30% w medycynie pracy. W stosunku do liczby wszystkich lekarzy posiadających jakąkolwiek specjalizację jest to 16%. Wśród specjalności lekarsko-dentystycznych osoby z S1S stanowią 59% posiadających jakąkolwiek specjalizację. Największy wpływ na tę liczbę ma stomatologia ogólna, w której S1S posiada 10430 osób, a nie ma w niej specjalistów. Szczegółowe dane dotyczące poszczególnych specjalizacji znajdują się w załączniku 1.

Do oceny dostępności specjalistów ważniejsze jest, ilu lekarzy ma przynajmniej 1 specjalizację, gdyż jeżeli 1 osoba posiadająca dwie lub więcej specjalizacji dzieli czas pomiędzy specjalności, w każdej z nich pracuje w niepełnym wymiarze. Nie ma dokładnych danych o tym, jak czas takich osób jest dzielony. Dlatego oceniając sytuację poszczególnych specjalności trzeba analizować liczby uzyskiwanych i posiadanych specjalizacji w danej dziedzinie, a jednocześnie pamiętać, że zwłaszcza w przypadku mniej licznych specjalności te liczby mogą być istotnie większe niż liczby specjalistów rzeczywiście praktykujących w tej specjalności i do pełnej oceny potrzebne byłyby dane o zatrudnieniu, kontraktach, liczbie praktyk itp.

### Kształcenie specjalistów

Kariera zawodowa lekarza zaczyna się od uzyskania prawa wykonywania zawodu (PWZ) po ukończeniu studiów medycznych. W ciągu ostatnich 10 lat studia medyczne kończyło średnio 2558 lekarzy i 850 lekarzy dentyków, zaś po raz pierwszy PWZ uzyskiwało średnio 2564 lekarzy i 857 lekarzy dentyków rocznie (Ryc. 3 i 4). Średnio każdego roku absolwentów studiów na kierunku lekarskim było o 76 więcej niż w roku poprzednim, na kierunku lekarsko-dentystycznym było to odpowiednio 17 absolwentów. Natomiast liczba lekarzy uzyskujących po raz pierwszy PWZ średnio była większa od roku poprzedniego o 80 osób, zaś wśród lekarzy dentyków było to odpowiednio 21 osób. Liczba otrzymujących po raz pierwszy PWZ była bardzo niewiele większa od liczby absolwentów (w ciągu 10 lat o 61 lekarzy i o 72 lekarzy dentyków).



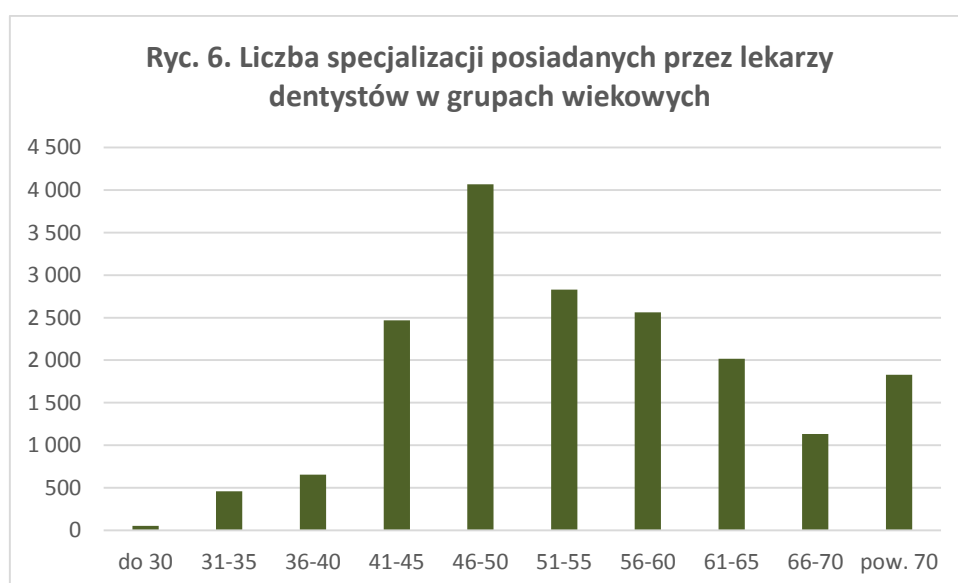
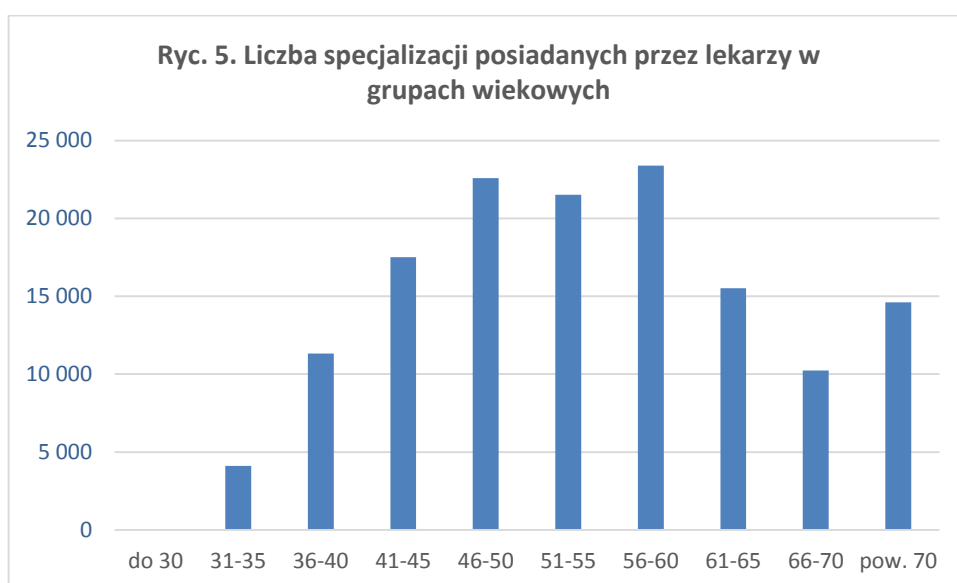
Osoby posiadające PWZ mogą rozpocząć szkolenie specjalizacyjne i po odbyciu specjalizacji uzyskać tytuł specjalisty. W ciągu ostatnich 10 lat tytuły specjalistów uzyskiwało średnio 3616 lekarzy (Ryc. 3) i 177 lekarzy dentyistów rocznie (Ryc. 4). „Tytuły specjalistów”, czyli SBS, ponieważ w tym okresie liczba kończonych S1S i S2S była już bardzo mała. Średni wiek lekarza uzyskującego tytuł specjalisty wyniósł 37,6 lat, lekarza dentyisty 34,3 lat. W specjalnościach podstawowych (jest ich 38) tytuł specjalisty uzyskiwano wcześniej – średni wiek wyniósł tu 36,5 lat. W specjalnościach szczegółowych (28) było to 42,8 lat. Wszystkie uzyskiwane w ciągu ostatnich 10 lat tytuły lekarza dentyisty specjalisty należały do specjalności podstawowych. 96% z ogólnej liczby 36157 specjalizacji uzyskali lekarze w wieku do 50 lat a 99% lekarze w wieku do 60 lat. Lekarze dentyści uzyskiwali specjalizację wcześniej – w ciągu ostatnich 10 lat 94% z 1772 specjalizacji uzyskali w wieku do 40 lat a 98% w wieku do 45 lat.

Pomimo widocznych na ryc. 3 i 4 wahań, praktycznie w ciągu ostatnich 10 lat w każdym roku liczba lekarzy uzyskujących specjalizację nie zmieniała się (średnio różnica pomiędzy latami wyniosła 1). Liczba lekarzy dentyistów uzyskujących specjalizację zwiększała się średnio w każdym roku o 16 osób. Także w liczbach uzyskiwanych specjalizacji występują bardzo duże różnice pomiędzy specjalnościami (załącznik 1). Największy wzrost liczby uzyskujących specjalizację wystąpił w kardiologii (średnio o 29

osób rocznie) a najbardziej zmniejszała się liczba uzyskujących specjalizację z medycyny rodzinnej (średnio o 79 osób rocznie).

### Praca specjalistów

Średni wiek lekarza wykonującego zawód w Polsce wynosi 49,5 lat zaś średni wiek lekarza posiadającego specjalizację i wykonującego zawód 54,5 lat. Liczba lekarzy wykonujących zawód zaczyna zmniejszać się od grupy w wieku 61-65 lat (Ryc. 5). Od tego wieku zaczyna także zmniejszać się liczba lekarzy specjalistów. Wśród lekarzy dentyków średnia wieku wynosi 47,1 lat. Średnia wieku lekarza dentystry posiadającego specjalizację tak samo jak wśród lekarzy wynosi 54,5 lat. Liczba lekarzy dentyków wykonujących zawód zmniejsza się od grupy wiekowej 51-55 lat i również od tego wieku zaczyna zmniejszać się liczba lekarzy dentyków specjalistów (Ryc. 6). Uwzględniając informacje o wieku uzyskiwania specjalizacji w ciągu ostatnich 10 lat można przyjąć, że wśród lekarzy granicą wieku pomiędzy przybywaniem a zmniejszaniem się liczby specjalistów jest około 50 lat. Wśród lekarzy dentyków taką granicą jest wiek około 45 lat.



Przyjęta granica wieku, od której specjalistów już nie przybywa może być obarczona błędem, zwłaszcza w odniesieniu do poszczególnych specjalności, gdyż ustalenie tej granicy opiera się na danych ze stosunkowo niedługiego wycinka z czasu trwania życia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków oraz nie uwzględnia zmian zachodzących w systemie w bardziej odległej przeszłości. Na przykład liczba specjalistów w starszych grupach wiekowych zależy od czynników biologicznych i czasu aktywności zawodowej, ale także od liczby specjalizacji uzyskiwanych 20 i więcej lat temu. Wspomnianym już we wstępie założeniem opracowania jest brak bardzo dużych zmian i opieranie się na najnowszych danych. Ze względu na zmiany systemu kształcenia porównywanie dawnych i nowych danych byłoby zresztą trudne, i również budziłoby wiele zastrzeżeń i wątpliwości.

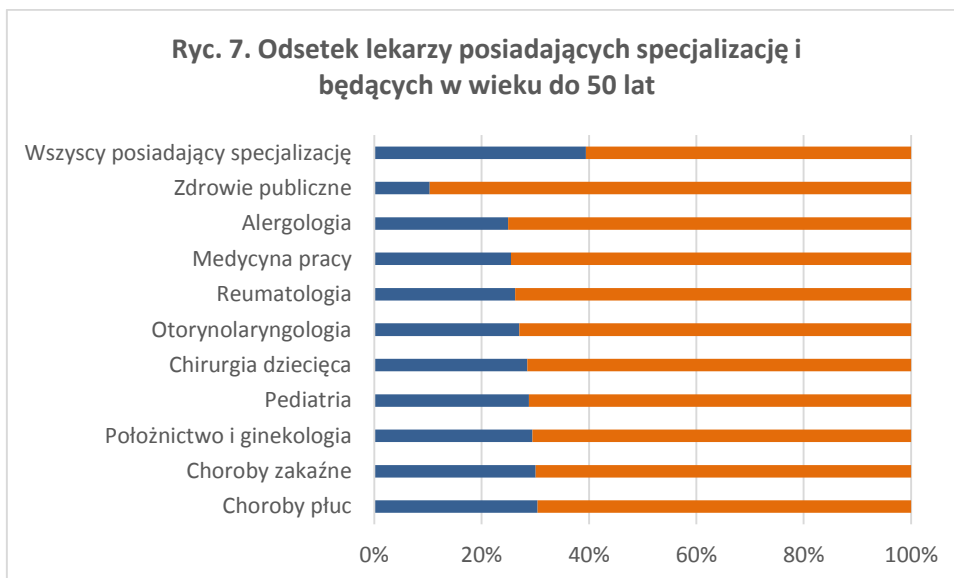
Należy także wziąć pod uwagę, że wprowadzony niedawno system modułowy może skrócić czas odbywania specjalizacji. Obecnie różnica średniego wieku uzyskiwania tytułu specjalisty pomiędzy specjalnościami podstawowymi i szczegółowymi wynosi 6,3 roku, co wpływa na średni wiek uzyskiwania tytułu specjalisty wynoszący 37,6 lat. Czas trwania specjalizacji zarówno podstawowych jak i szczegółowych jest jednak przeciętnie wyraźnie dłuższy niż przewidują to programy specjalizacji.

### **Co nas czeka?**

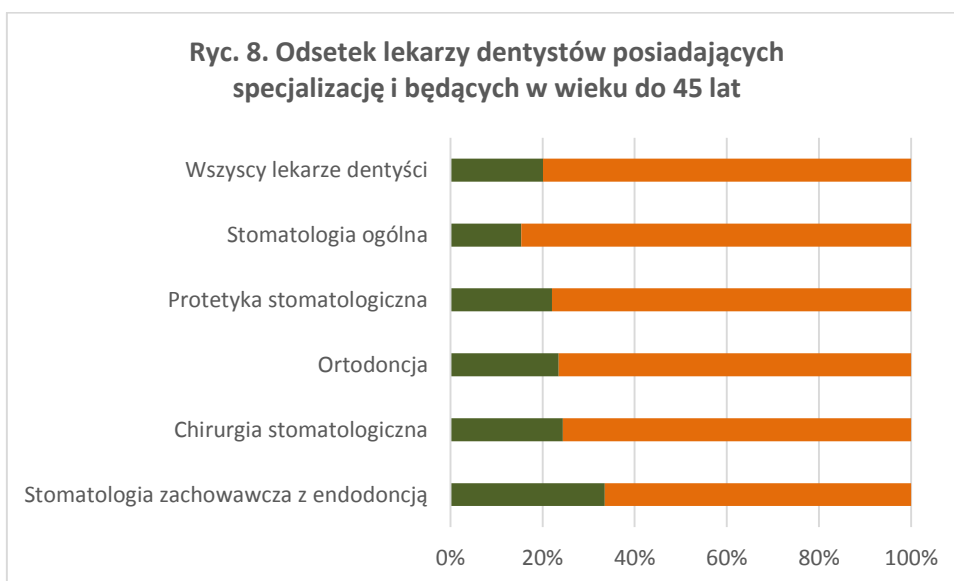
Aby utrzymać tę samą liczbę specjalistów, liczba specjalistów poniżej przyjętego granicznego wieku 50 lat dla lekarzy specjalistów i 45 lat dla lekarzy dentyków specjalistów powinna być co najmniej równa liczbie starszych specjalistów, czyli stanowić przynajmniej około 50% ogólnej liczby posiadanych specjalizacji w tej dziedzinie. W ocenie tego aspektu demografii specjalistów napotykamy wspomniany we wstępie problem z policzeniem ile osób i w jakim zakresie czasowym pracuje w danej specjalności. Ze względu na posiadanie więcej niż jednej specjalizacji przez dużą liczbę lekarzy różnice pomiędzy liczbą posiadanych specjalizacji a liczbą pracujących w danej specjalności mogą być bardzo istotne, zwłaszcza w przypadku specjalizacji mniej licznych. Wśród specjalności lekarsko-dentystycznych różnice wynikające z posiadania więcej niż 1 specjalizacji są mniejsze.

Nie jest także jasne, czy i w jaki sposób uwzględniać osoby posiadające S1S. Poniższe zestawienia oparto na liczbach wszystkich posiadanych specjalizacji (SBS, S2S, S1S). Jeżeli wyliczylibyśmy z tych obliczeń osoby posiadające S1S, wnioski byłyby bardziej optymistyczne – takie osoby występują głównie w starszych grupach wiekowych i wobec tego proporcja młodszych specjalistów do starszych byłaby znacznie korzystniejsza. Jednak z zaprzestaniem wykonywania zawodu przez osoby posiadające S1S pojawiłby się nieuwzględniony w oszacowaniu problem wynikający z zapewniania części dostępu do świadczeń specjalistycznych przez te osoby i braku specjalistów, którzy je zastąpią.

W odniesieniu do wszystkich lekarzy specjalistów liczba specjalizacji posiadanych przez lekarzy będących w wieku do 50 lat stanowi 39% liczby wszystkich posiadanych specjalizacji (Ryc. 7), ale pomiędzy poszczególnymi specjalnościami są bardzo duże różnice (załącznik 1). Rycina 7 przedstawia 10 specjalności, w których specjalizację ma przynajmniej 1000 osób i w których liczba specjalizacji posiadanych przez lekarzy będących w wieku do 50 lat jest mniejsza lub równa 30% liczby wszystkich posiadanych specjalizacji w tej dziedzinie. Szczególnie w tych specjalnościach zmniejszanie się liczby specjalistów w ciągu najbliższych kilkunastu lat praktycznie nie da się już uniknąć. W przypadku mniej licznych specjalności ogólne oszacowania są mniej miarodajne, ponieważ liczba specjalistów może się w nich szybciej zmieniać. Na przykład wzrost zapotrzebowania na specjalistów może spowodować, że osoby posiadające poszukiwaną specjalizację zajmą się wyłącznie pracą w tej dziedzinie lub znacząco zwiększą poświęcony jej czas. Interpretacja danych dla każdej specjalności musi być więc indywidualna i brać pod uwagę specyfikę danej dziedziny.

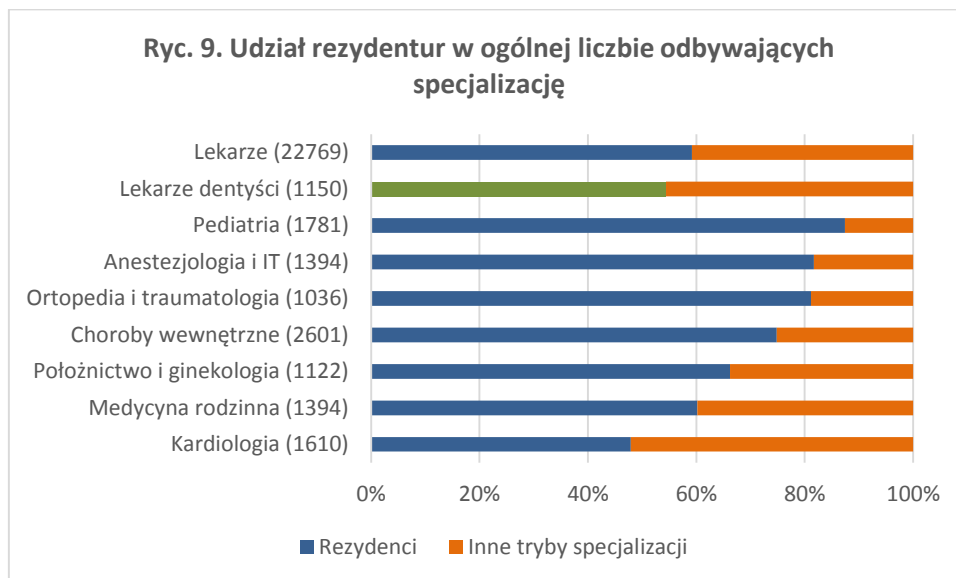


Wśród lekarzy dentyistów liczba specjalizacji posiadanych przez osoby w wieku do 45 lat stanowi tylko 20% ogólnej liczby specjalizacji. Oznacza to, że liczba lekarzy dentyistów posiadających specjalizację będzie się szybko zmniejszać. Główną tego przyczyną jest duża liczba S1S w stomatologii ogólnej. Rycina 8, w której przyjętą granicą wieku jest 45 lat, pokazuje jednak, że zbyt mało osób w wieku do 45 lat posiadających specjalizację jest we wszystkich specjalnościach lekarsko-dentystycznych z liczbą posiadanych specjalizacji powyżej 1000.

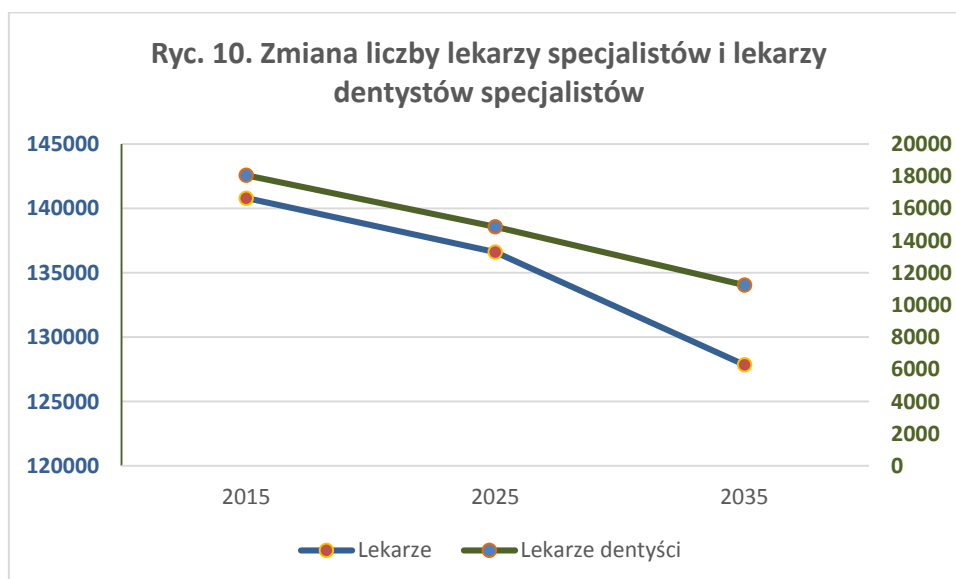


Na liczbę dostępnych specjalistów w krótkiej perspektywie czasowej (kilka lat) będzie wpływać liczba osób obecnie specjalizujących się. Rycina 9 przedstawia liczby specjalizujących się i tryby odbywanych przez nich specjalizacji wśród lekarzy i wśród lekarzy dentyistów oraz udział rezydentów w ogólnej liczbie odbywających specjalizację w specjalnościach, w których liczba specjalizujących się jest większa niż 1000. Różnice pomiędzy specjalnościami w liczbie odbywających specjalizację lekarską w trybie rezydentury i w ich udziale w ogólnej liczbie specjalizujących się są bardzo duże. Spośród 80 analizowanych specjalności lekarskich w 21 rezydentów nie ma. Najwięcej jest odbywających specjalizację w chorobach wewnętrznych – 1947 osób. W specjalnościach lekarsko-dentystycznych rezydentury są w każdej specjalności z wyjątkiem stomatologii ogólnej, w której specjalizujących się już nie ma i różnice w proporcji rezydentów do ogółu odbywających specjalizacji są mniejsze (od 44%

do 66%). Ogółem, wśród specjalizujących się lekarzy rezydenci stanowią 59% a wśród lekarzy dentyistów 54%. Z tych danych wynika, że przy dość optymistycznym założeniu, iż specjalizacja trwa średnio 6 lat możemy spodziewać się, że w najbliższych 6 latach będzie przybywało 3795 lekarzy specjalistów oraz 192 lekarzy dentyistów specjalistów rocznie. To więcej niż średnia z ostatnich 10 lat i zakładając, że wszyscy będą specjalizacje kończyć uzyskaniem SBS można przyjąć, że być może w najbliższych latach liczba uzyskiwanych specjalizacji będzie nieco większa niż w ciągu ostatnich 10 lat.

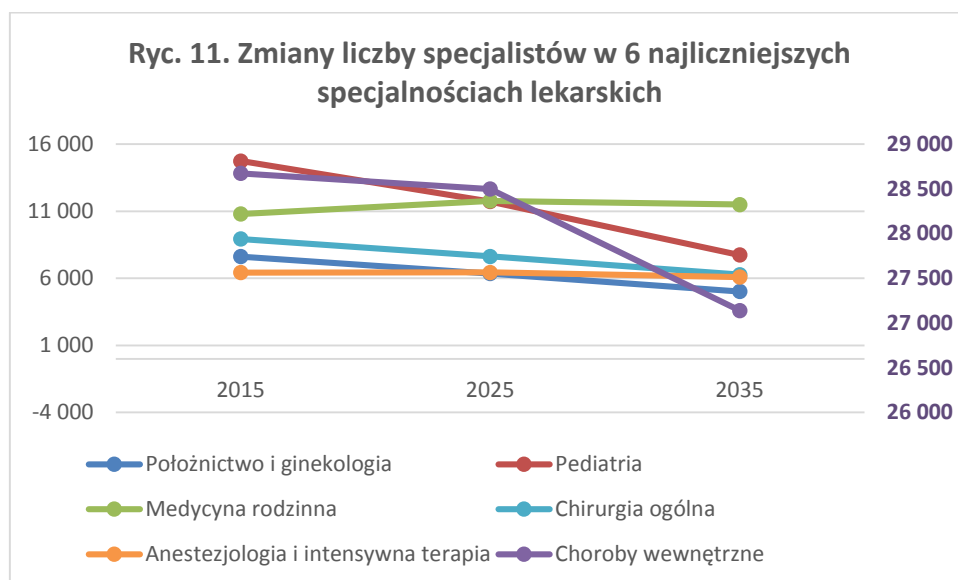


Pomimo braku dokładnych danych o czasie zaprzestania wykonywania zawodu można próbować oszacować, jak będzie zmieniała się liczba specjalistów w 2 nadchodzących dziesięcioleciach. Prognozy dotyczące sytuacji po więcej niż 20 latach byłyby już bardzo niepewne. W załączniku 1 przedstawiono ilu lekarzy i lekarzy dentyistów jest obecnie w każdej specjalności oraz ilu uzyskało tytuł specjalisty w tych dziedzinach w ciągu ostatnich 10 lat. Zakładając, że specjaliści będą zaprzestawać wykonywania zawodu w wieku 70 lat można obliczyć jaka byłaby liczba specjalistów w kolejnych dziesięcioleciach przy założeniu, że nowych specjalistów będzie przybywać w stałym tempie. Przy tych założeniach liczba posiadanych specjalizacji we wszystkich specjalnościach lekarskich łącznie za 10 lat zmniejszy się o 3% a za 20 lat o 9%. W specjalnościach lekarsko-dentystycznych liczba ta zmniejszy się odpowiednio o 18% i o 38% (Ryc. 10).





Rycina 11 przedstawia zmiany liczby specjalistów w 6 największych specjalnościach lekarskich. W specjalnościach lekarsko-dentystycznych w chirurgii szczękowo-twarzowej i w periodontologii liczba specjalistów będzie stale wzrastała, w stomatologii zachowawczej po spadku w ciągu najbliższych 10 lat wzrośnie o 6% w stosunku do stanu obecnego. W pozostałych specjalnościach wystąpi spadek liczby posiadanych specjalizacji.



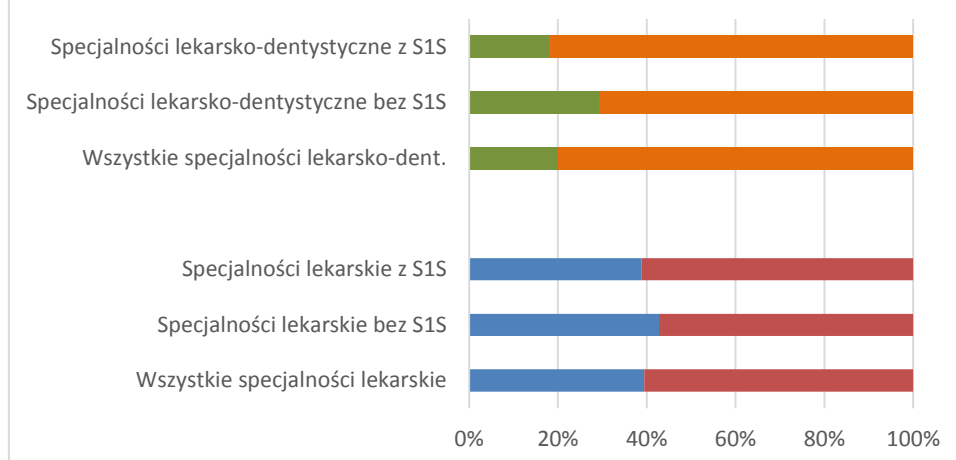
Dane o liczbie odbywających obecnie specjalizację sugerują, że spadek liczby posiadanych specjalizacji może być nieco mniejszy. Szczegółowe dane dla każdej specjalności znajdują się w załączniku 1.

Aby zapobiec zmniejszaniu się liczby lekarzy posiadających specjalizację należy już teraz zwiększyć liczbę rozpoczynających szkolenie specjalizacyjne tak, aby każdego roku rozpoczynało je przynajmniej o 430 osób więcej niż obecnie, czyli ponad 4000 (wzrost o 12%). W perspektywie 20 lat tych osób powinno być więcej o 660 rocznie. Nie będzie to łatwe, ponieważ liczba osób mogących rozpocząć specjalizację jest ograniczona. Są to lekarze uzyskujący PWZ, których w ciągu ostatnich 10 lat średnio rocznie było 2564. Część z nich będzie pracować za granicą, nie wszyscy zechcą lub będą mogli zostać specjalistami. Liczba nowych specjalistów (3616 rocznie w ciągu ostatnich 10 lat) jest myląco duża. Różnica między liczbą uzyskujących tytuł specjalisty a liczbą uzyskujących prawo wykonywania zawodu wynika zapewne z wykorzystywania możliwości specjalizowania się przez lekarzy, którzy dawniej rozpoczęli pracę i z uzyskiwania kolejnych specjalizacji, ale liczba specjalistów dostępnych dla chorych będzie zawsze ograniczona liczbą lekarzy mogących rozpocząć specjalizację.

Przedstawione powyżej oszacowania oparte na liczbie posiadanych specjalizacji włącznie z S1S dotyczą ogółu lekarzy i lekarzy dentystów. Wśród 80 specjalności lekarskich objętych analizą (patrz założenia na stronie 2) w 41 nie ma lekarzy z S1S i liczba posiadanych w nich specjalizacji (20514) stanowi 15% wszystkich specjalizacji posiadanych przez lekarzy. Wśród 8 specjalności lekarsko-dentystycznych objętych analizą w 3 nie ma lekarzy dentystów z S1S i liczba posiadanych w nich specjalizacji (3205) stanowi 18% wszystkich specjalizacji posiadanych przez lekarzy dentystów.

Specjalizacje bez osób z S1S to albo tzw. dawniej specjalizacje szczegółowe, albo specjalizacje wprowadzone niedawno. Przydatność analiz demograficznych tej grupy jest więc ograniczona. Rycina 10 przedstawia udział specjalizacji posiadanych przez lekarzy w wieku do 50 lat i lekarzy dentystów w wieku do 45 lat w poszczególnych grupach specjalności.

**Ryc. 12. Odsetek lekarzy dentystów w wieku do 45 lat i lekarzy w wieku do 50 lat w grupach specjalności**



Jeżeli z analizy wyłączyć S1S, przyszłość wygląda trochę bardziej optymistycznie, ale pomija się przy tym wpływ osób z S1S na dostępność opieki specjalistycznej. Niezależnie od aspektów formalnych i rozliczeniowych lekarze i lekarze dentyści z S1S zapewniają znaczącą część świadczeń. Jak wskazuje rycina 9 wśród specjalności lekarskich różnice pomiędzy specjalnościami bez S1S i z S1S są niewielkie, a więc wyłączenie S1S z analizy niewiele zmienia ocenę sytuacji demograficznej. Większe różnice występują wśród specjalności lekarsko-dentystycznych, na co największy wpływ ma liczba S1S w stomatologii ogólnej.

### **Wnioski**

Przedstawione powyżej oszacowania wskazują, że trzeba już teraz bić na alarm i szybko podejmować działania. Nawet jeżeli byśmy przyjęli, że wszyscy uzyskujący PWZ rozpoczną i ukończą jakąś specjalizację i będą pracować jako specjaliści w Polsce, liczba posiadanych specjalizacji w kolejnych latach będzie znacząco malała. Aby temu zapobiec już teraz należy zwiększyć liczbę studentów uczelni medycznych. Oszacowanie tej liczby jest trudne, ponieważ przewidywania co do liczby specjalistów, wobec braku dokładnej informacji o liczbach osób rzeczywiście pracujących w danej dziedzinie, opieramy na liczbie posiadanych specjalizacji. Jak sugerują dane przedstawione na rycinie 8 różnica oszacowań opartych na tych dwóch rodzajach danych nie byłaby jednak duża. Ponieważ obecnie wśród lekarzy specjalistów posiadający więcej niż jedną specjalizację stanowią 23% należy przyjąć, że wzrost liczby absolwentów powinien stanowić około 75% potrzebnego wzrostu liczby specjalizacji, czyli w perspektywie 10 lat około 320 osób rocznie, a w perspektywie 20 lat około 490 osób rocznie. Większa liczba w perspektywie 20 lat wynika z dużej obecnie proporcji starszych osób posiadających specjalizację.

Efekt zwiększenia liczby absolwentów przełoży się na zwiększenie liczby specjalistów dopiero za około 12 lat (6 lat studiów i średnio 6 lat specjalizacji). Pozwoliłoby to zapobiec bardzo dotkliwemu brakowi specjalistów. Jeżeli chcielibyśmy aby było ich więcej niż teraz, ten wzrost musi być odpowiednio większy. Powinniśmy tego chcieć, bo brak specjalistów jest już teraz mocno odczuwalny.

Ogólnie około 25% dostępnych rezydentur nie jest obecnie wykorzystywanych. Jednym z powodów na pewno jest wyczerpywanie się liczby lekarzy mogących rozpocząć specjalizację. Uzyskiwanie kolejnych specjalizacji jest dla lekarzy bardzo ważne i poprawia statystykę, ale z punktu widzenia pacjentów ogólnie nie zmienia dostępności specjalistów. Liczba osób, które mogą rozpocząć swoją

pierwszą specjalizację jest podstawowym ograniczeniem zwiększania liczby nowych specjalistów. Lekarzy wykonujących zawód i niemających specjalizacji jest 26469 i warto zwrócić uwagę, że lekarzy w wieku do 35 lat jest 24559, a wśród nich specjalizację ma 4114. W wieku powyżej 35 lat lekarzy niemających specjalizacji jest więc już tylko 6024, co oznacza, że nowi specjaliści będą pochodzić prawie wyłącznie spośród lekarzy rozpoczynających pracę i że konieczne jest zwiększenie liczby absolwentów uczelni medycznych.

Wśród lekarzy dentyków sytuacja jest odwrotna, ponieważ liczba uzyskujących prawo wykonywania zawodu (średnio 857 rocznie) jest znacznie większa niż liczba uzyskiwanych w ostatnich 10 latach specjalizacji (177 rocznie). Jeżeli uznamy, że lekarzy dentyków specjalistów powinno być więcej, podstawowym działaniem powinno być zwiększenie atrakcyjności specjalizacji i ułatwienie dostępu do niej.

Przedstawione dane są wybrane i opracowane na podstawie zestawień pochodzących z Centralnego Rejestru Lekarzy, z Centrum Egzaminów Medycznych, CMKP i Departamentu Nauki Ministerstwa Zdrowia. Wskazują one, że lekarzy specjalistów wkrótce będzie o wiele za mało i że potrzebne są bardzo pilne działania. Ciekawym ich uzupełnieniem byłyby informacje o planach zakończenia wykonywania zawodu i o czasie poświęconym pracy zawodowej wśród starszych lekarzy, które postaramy się uzyskać z badania opinii naszego środowiska. Nie należy się spodziewać, że istotnie zmienią one przedstawiony powyżej niepokojący stan demografii lekarzy specjalistów. Te same wnioski dotyczą całego środowiska lekarskiego, ponieważ system ochrony zdrowia wyraźnie zmierza do coraz większej specjalizacji a pacjenci również oczekują opieki specjalistów.

Mam nadzieję, że uda się przedstawione w tej publikacji zestawienia liczbowe powtarzać regularnie. Po kolejnych 10 latach moglibyśmy mieć już znacznie bardziej dokładny i kompletny obraz demografii środowisk lekarzy i lekarzy dentyków. Niezbędnym elementem oceny sytuacji demograficznej będzie także ustalenie, ilu specjalistów potrzebujemy w poszczególnych dziedzinach. Wówczas powstałyby solidne podstawy do planowania liczby studentów, miejsc specjalizacyjnych, mechanizmów zachęcających do podejmowania specjalizacji w potrzebnych ale niepopularnych dziedzinach. To zadanie na przyszłość. Już teraz mamy dość danych, by podejmować długoterminowe działania, które pozwolą ograniczyć gorączkowe lub populistyczne działania doraźne. System ochrony zdrowia, w tym także i liczba pracowników, nie zmieniają się szybko. Długoterminowe planowanie i nakłady, które będą się zwracać dopiero w dość odległej przyszłości są konieczne aby zapewnić dostępność i przyzwoitą jakość usług.

W latach 90. francuska Izba Lekarska, która regularnie publikuje analizy demograficzne wskazywała na nadchodzące braki w niektórych specjalnościach. Jednym z ciekawszych wniosków było wskazanie, że jeżeli liczba podejmujących szkolenie specjalizacyjne jest zbyt niska, nie ma już możliwości uniknięcia braku specjalistów za kilkanaście lat. Bardzo podobną sytuację mamy teraz w Polsce, przy czym liczba specjalności, których dotyczy problem jest znacznie większa. Francuzi uzupełniali braki zapraszając specjalistów z innych krajów. W Polsce ten sposób, przynajmniej na razie, nie wydaje się możliwy. Jeżeli zwiększymy liczbę osób przyjmowanych na lekarskie studia medyczne, o co samorząd lekarski od dawna zabiega, efekty tego działania wystąpią po 12 latach. Ponieważ w naszej sytuacji jest to podstawowy sposób zwiększania liczby specjalistów, należy to zrobić jak najszybciej i jednocześnie przygotować się na pogłębiający się, na szczęście niewiele (3%), brak specjalistów w ciągu najbliższych 10 lat.

Na koniec chcę podziękować licznym osobom, które pomogły w uzyskaniu przedstawionych danych i w ich interpretacji. Czytelników proszę o wnikliwą analizę danych i wniosków, o uwagi, propozycje i o wskazywanie źródeł danych, które mogą uzupełnić opracowanie. Jeżeli okazałoby się, że sytuacja jest

jednak bardziej optymistyczna niż to wynika z przedstawionych analiz, bylibyśmy bardzo zadowoleni i mielibyśmy mniej problemów w przyszłości. Działania wpływające na dostępność lekarzy specjalistów muszą być długoterminowe, czyli są mało przydatne w politycznym konkursie piękności i rzadko podejmowane. Może jednak w tak ważnej sprawie uda się to zrobić?

Romuald Krajewski