

Zasoby lekarzy w systemie ochrony zdrowia – Polska na tle wybranych krajów europejskich

Nadesłany: 04.05.17 | Zaakceptowany do druku: 08.08.17

Józef Haczyński*, **Kazimierz Ryć****, **Zofia Skrzypczak*****, **Jadwiga Suchecka******

Celem pracy jest porównanie zasobów lekarzy znajdujących się w systemie ochrony zdrowia Polski i innych krajów europejskich w latach 2005–2015. Podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, czy istnieje związek między liczbą lekarzy a funkcjonującym w danym kraju modelem systemu opieki zdrowotnej. Próbowano ustalić, co jest powodem zajmowania przez Polskę odległych miejsc na listach prezentujących liczbę lekarzy mających prawo wykonywania zawodu oraz praktykujących w przeliczeniu na 1000 mieszkańców. Wskazano podstawowe pozycje „dopływów” (absolwenci studiów medycznych, imigranci) oraz „odpływów” (przechodzący na emerytury i renty, emigranci, odchodzący do pracy w zawodach niemedycznych). Zwrócono uwagę na obszary, w obrębie których niezbędne jest dokonanie zmian systemowych, mogących doprowadzić do zwiększenia zasobów lekarzy w Polsce.

Słowa kluczowe: zasoby ludzkie w ochronie zdrowia, lekarze mający prawo wykonywania zawodu, lekarze praktykujący.

Physician Resources in the Health System – Comparison of Poland and Selected European Countries

Submitted: 04.05.17 | Accepted: 08.08.17

The aim of the study was to compare physician resources in the Polish health system and other European countries in the years 2005–2015. An attempt was made to answer the question of whether there is a link between the number of physicians and the model of the health-care system in a given country. It was attempted to determine what is the reason for Poland's distant places on the lists of doctors holding the license and practicing per 1000 inhabitants. The basic items of the “inflows” to (medical graduates, immigrants) and “outflows” from (retirement, emigrants, transfers to non-medical professions) the resources of doctors are indicated. Attention has been paid to the areas in need of systemic changes that may lead to an increase in the resources of physicians in Poland.

Keywords: human resources in health-care system, physicians with license, practicing physicians.

JEL: I11, J21

* **Józef Haczyński** – dr hab., Uniwersytet Warszawski, Wydział Zarządzania.

** **Kazimierz Ryć** – prof. dr hab., Uniwersytet Warszawski, Wydział Zarządzania.

*** **Zofia Skrzypczak** – doc. dr, Uniwersytet Warszawski, Wydział Zarządzania.

**** **Jadwiga Suchecka** – prof. dr hab., Uniwersytet Łódzki, Katedra Ekonometrii Przestrzennej.

Adres do korespondencji: Uniwersytet Warszawski, Wydział Zarządzania, ul. Szturmowa 1/3, 02-678 Warszawa; e-mail: jhaczyński@wz.uw.edu.pl, kryc@wz.uw.edu.pl, skrzypczak@wz.uw.edu.pl; Uniwersytet Łódzki, ul. Rewolucji 1905 r. 37, 90-214 Łódź; e-mail: suchecka@unilodz.pl.

1. Wstęp

Systemy ochrony zdrowia na świecie ulegają ciągłym przemianom – ma to również odzwierciedlenie w funkcjonowaniu polskiego systemu opieki zdrowotnej, reformowanego w mniejszym lub większym zakresie od końca lat 90. XX wieku do chwili obecnej.

Sektor ochrony zdrowia jest jednym z kluczowych obszarów zainteresowania społecznego, odpowiedzialnym między innymi za stan zdrowia społeczeństwa. W praktyce relacje między stanem zdrowia społeczeństwa, potrzebami zdrowotnymi oraz zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia są bardzo złożone i zależne od wielu czynników, takich jak np. nakłady na ochronę zdrowia, możliwości ekonomiczne kraju, potrzeby i możliwości zatrudnienia pracowników przez pracodawcę w celu prawidłowego dostosowanie podaży do popytu na usługi lekarzy, system edukacji medycznej i sposób uzupełniania stanu kadry medycznej w miarę upływu czasu.

Prawidłowe określenie potrzeb opieki zdrowotnej jest niezmiernie trudne. Z powodu ograniczonych zasobów nie wszystkie potrzeby będą mogły być zaspokojone, a decydenci i politycy zmuszeni są do dokonywania wyborów. W związku z tym zapotrzebowanie na pracowników służby zdrowia często różni się od tego, jakiego można by oczekiwać tylko na podstawie analizy potrzeb zdrowotnych (Vujicic i Zurn, 2006).

Prawie wszystkie kraje na świecie borykają się z trudnościami w zakresie kształcenia, odpowiedniej dystrybucji i utrzymania wystarczającej liczby aktywnych zawodowo pracowników służby zdrowia. Zmiana struktury wiekowej społeczeństwa, wzrost liczby osób chorych przewlekle i osób wymagających długotrwałej opieki medycznej są powodami zwiększonego zapotrzebowania na usługi medyczne świadczone przez wykwalifikowany personel medyczny (Golinowska, Kocot i Sowa, 2013a). Rosnące wymagania dotyczące zapewnienia odpowiedniej jakości usług medycznych, zwiększająca się liczba wysokospecjalistycznych procedur medycznych, starzenie się społeczeństwa wpływają na zwiększenie popytu na pracowników służby zdrowia (Araujo, Evans i Maeda, 2016). Z drugiej strony emigracje pracowników służby zdrowia do krajów o wyższym statusie ekonomicznym – spowodowane najczęściej względami finansowymi – nasilają i tak już istniejące niedobory pracowników w krajach o niższym poziomie rozwoju gospodarczego. W krajach docelowych dla emigracji pracowników służby zdrowia, takich jak np. Wielka Brytania, Niemcy, Francja, Hiszpania czy kraje skandynawskie, udział lekarzy mających ukończone studia za granicą wynosi nawet 25–35% (Buchan, Wismar, Glinos i Bremner, 2014).

Kraje mają do dyspozycji szereg instrumentów polityki edukacyjnej, finansowej, zdrowotnej wpływającej na podaż lekarzy – w tym możliwość regulacji liczby osób przyjmowanych na studia medyczne, kształcenia podyplomowego, rozwoju specjalistycznego, polityki płacowej wpływającej na atrakcyjność

zatrudnienia w regionach czy wyboru specjalizacji, polityki migracyjnej wykwalifikowanego personelu medycznego oraz polityki mającej wpływ na retencję i powrót do zawodu.

Rozpoznanie i dokładna analiza przyczyn funkcjonowania w polskim systemie ochrony zdrowia stosunkowo niewielkiej liczby lekarzy może umożliwić podjęcie stosownych działań i dokonanie zmian, zarówno w samym systemie opieki zdrowotnej, jak i w obszarze szkolnictwa wyższego i nauki, pracy i płacy itd., które przyniosą pożądany efekt.

2. Cel pracy

Celami pracy są:

- rozpoznanie zależności między funkcjonującym w danym kraju modelem systemu opieki zdrowotnej a liczbą lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu, aktywnych zawodowo i praktykujących, przypadających na 1000 mieszkańców (przedmiotem analizy zostanie objęta Polska i kilkanaście wybranych krajów europejskich),
- ocena dynamiki badanych wskaźników w latach 2005–2015,
- porównanie liczby lekarzy w Polsce i analizowanych krajach europejskich.

3. Metodologia

Na podstawie danych zawartych w bazie OECD Health Care Resources (https://stats.oecd.org/Index.aspx?dataSetCode=HEALTH_REAC) przeprowadzono analizę zasobów lekarzy znajdujących się w systemie ochrony zdrowia Polski i wybranych krajów Europy.

Przy wyborze krajów do analizy kierowano się dostępnością danych oraz obecnie obowiązującymi w danym kraju rozwiązaniami systemowymi w ochronie zdrowia. Wybrane kraje podzielono na trzy grupy w zależności od modelu systemu opieki zdrowotnej. Wyodrębniono zatem:

- kraje wysoko rozwinięte realizujące od dziesięcioleci w opiece zdrowotnej model Bismarcka (Austria, Belgia, Francja, Niemcy, Szwajcaria),
- kraje realizujące w opiece zdrowotnej model Beveridge’a (Finlandia, Hiszpania, Szwecja, Wielka Brytania, Włochy),
- kraje postsocjalistyczne, które w okresie przekształceń systemowych zastąpiły obowiązujący w opiece zdrowotnej model Siemaszki modelem Bismarcka (Czechy, Litwa, Polska, Słowacja, Węgry).

Do analizy wykorzystano dostępne dane zawierające informacje o liczbie lekarzy, grupowanych według następujących kryteriów:

- lekarze praktykujący – grupa lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentami,
- lekarze aktywni zawodowo – grupa lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentami oraz pełniących funkcje menedżerskie i administra-

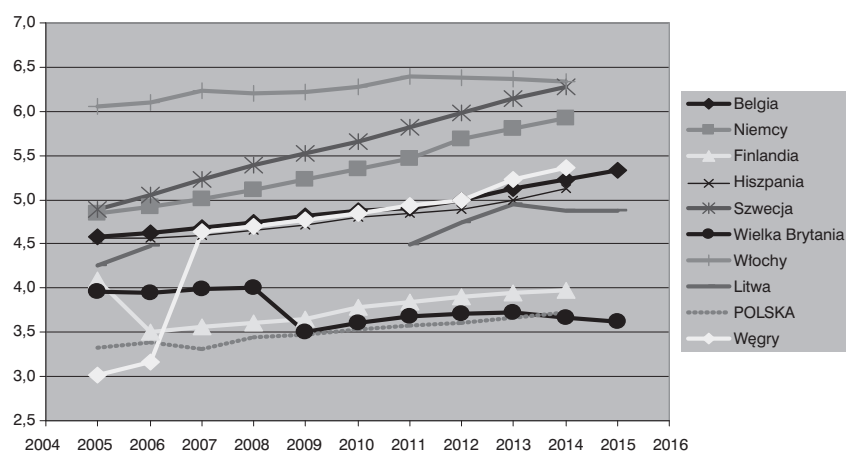
cyjne w placówkach opieki zdrowotnej oraz pracujących w placówkach naukowo-badawczych i ośrodkach akademickich związanych z ochroną zdrowia,

- lekarze mający prawo wykonywania zawodu – grupa lekarzy wpisanych do stosownego rejestru lekarzy prowadzonego np. przez Izby Lekarskie.

Aby możliwe były porównania międzynarodowe, zasoby lekarzy w systemie ochrony zdrowia analizowanych krajów są przedstawione w przeliczeniu na 1000 mieszkańców.

4. Wyniki

Prezentację dostępnych danych rozpoczęto od liczby lekarzy mających prawo wykonywania zawodu w przeliczeniu na 1000 mieszkańców (rysunek 1) – ich stan odzwierciedla potencjał kadrowy, po który mają szansę sięgnąć systemy ochrony zdrowia poszczególnych krajów.



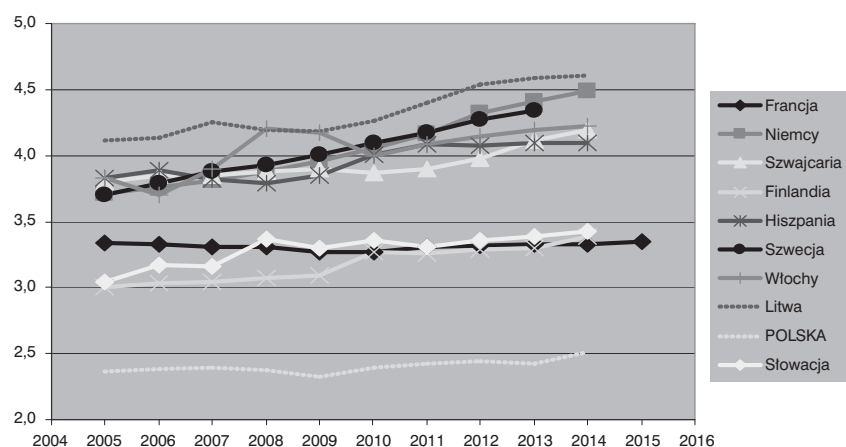
Rys. 1. Liczba lekarzy mających prawo wykonywania zawodu na 1000 osób w Polsce i innych krajach europejskich w latach 2005–2015. Źródło: opracowanie własne na podstawie https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC (10.03.2017).

Spośród dziesięciu krajów, dla których dysponujemy danymi, Polska (w latach 2005–2014) i Wielka Brytania (w latach 2009–2015) znajdowały się w najmniej korzystnej sytuacji, z liczbą lekarzy mających prawo wykonywania zawodu w przeliczeniu na 1000 mieszkańców na poziomie około 3,5. W niewiele lepszej sytuacji była Finlandia – w roku 2005 wskaźnik ten wynosił 3,5, a w roku 2014 około 4. Najwyższą liczbę lekarzy mających prawo wykonywania zawodu na 1000 mieszkańców miały Włochy – było to ponad 6 (z niewielką tendencją wzrostową). Szwecja i Niemcy w 2005 r.

miały wskaźnik poniżej 5, natomiast w roku 2014 wyniósł on dla Szwecji prawie 6,3, a dla Niemiec 5,9.

Generalnie, prawie wszystkie prezentowane kraje charakteryzowała w latach 2005–2015 tendencja wzrostowa wskaźnika obrazującego liczbę lekarzy mających prawo wykonywania zawodu na 1000 mieszkańców. Wyjątek stanowi Wielka Brytania, dla której w latach 2005–2008 wskaźnik ten kształtował się na poziomie około 4, a w roku 2009 spadł do 3,5 i w kolejnych latach zawierał się w przedziale 3,6–3,7.

Na rysunku 2 przedstawiono liczbę lekarzy aktywnych zawodowo w przeliczeniu na 1000 mieszkańców.



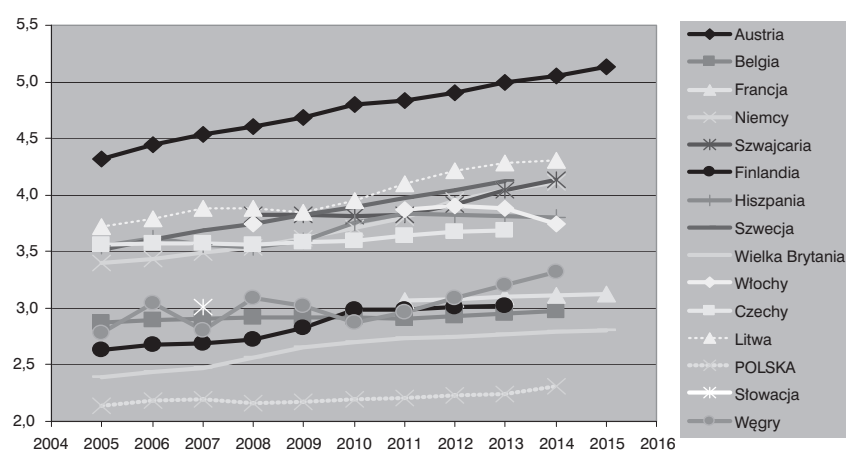
Rys. 2. Liczba lekarzy aktywnych zawodowo na 1000 mieszkańców w Polsce i wybranych krajach europejskich w latach 2005–2015. Źródło: opracowanie własne na podstawie https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC (10.03.2017).

Kategorię „lekarze aktywni zawodowo” można było zaprezentować jedynie dla 10 krajów spośród wybranych do analizy 15 krajów europejskich. W tym zestawieniu na ostatnim miejscu znajduje się Polska. W 2005 r. wskaźnik aktywnych zawodowo lekarzy na 1000 mieszkańców wynosił 2,36, a w roku 2014 wzrósł do poziomu 2,51 – był niższy od wskaźników charakteryzujących inne kraje o ponad 0,5. Najwyższy wskaźnik lekarzy aktywnych zawodowo na 1000 mieszkańców miała Litwa. W roku 2005 wynosił on 4,11, a 4,61 w roku 2014. Wzrost wskaźnika z około 3 w roku 2005 do około 3,4 w roku 2014 odnotowano w przypadku Finlandii i Słowacji, a dla Francji charakterystyczna była stabilizacja wskaźnika w latach 2005–2015 na poziomie około 3,3.

W pozostałych krajach objętych analizą widać zdecydowany wzrost liczby aktywnych zawodowo lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców z 3,7–3,8 w roku 2005 do 4,2–4,5 w roku 2014. W tej grupie znalazły się zarówno

kraje realizujące w opiece zdrowotnej model Bismarcka (Niemcy, Szwajcaria), jak i Beveridge'a (Hiszpania, Włochy, Szwecja).

Na rysunku 3 przedstawiono liczbę lekarzy praktykujących (tj. pracujących bezpośrednio z pacjentem) w przeliczeniu na 1000 mieszkańców we wszystkich objętych analizą krajach europejskich. Jest to najczęściej prezentowany i wykorzystywany w porównaniach międzynarodowych miernik stanu zasobów ludzkich w systemie opieki zdrowotnej, determinujący w znacznym stopniu dostępność społeczeństwa do świadczeń medycznych.



Rys. 3. Liczba lekarzy praktykujących na 1000 mieszkańców w Polsce i wybranych krajach europejskich w latach 2005–2015. Źródło: opracowanie własne na podstawie https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC (10.03.2017).

Analiza rysunku 3 pozwala stwierdzić, że spośród 15 analizowanych krajów europejskich Polska w całym okresie 2005–2014 miała najniższą liczbę lekarzy praktykujących przypadających na 1000 mieszkańców – 2,14 w roku 2005 i 2,31 w roku 2014. Najwyższy wskaźnik charakteryzował Austrię – 4,32 lekarza na 1000 mieszkańców w roku 2005 i 5,13 w roku 2015.

Pozostałe kraje można połączyć w dwie grupy:

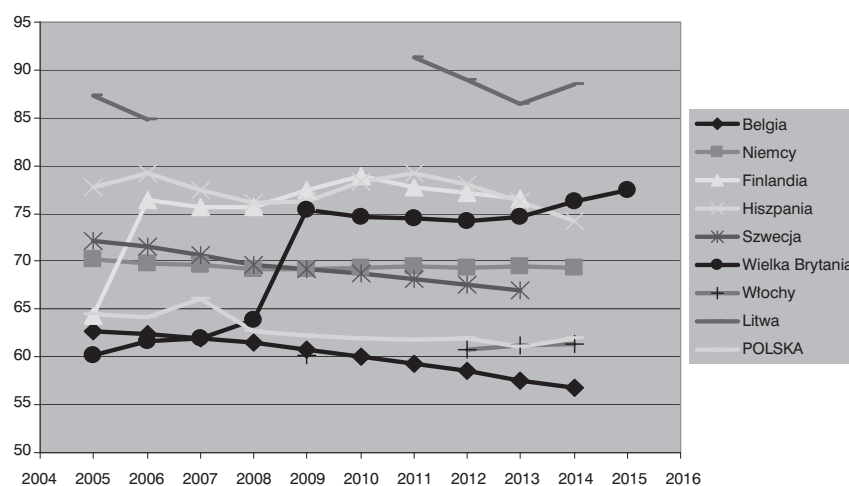
1. Kraje, w których wskaźnik praktykujących lekarzy na 1000 osób kształtował się w 2005 r. na poziomie około 3,5, a w 2014 r. wynosił około 4. W grupie tej znalazły się zarówno kraje realizujące model Bismarcka (Niemcy), jak i model Beveridge'a (Hiszpania i Szwecja) oraz kraje postsocjalistyczne (Litwa i Czechy).
2. Kraje, w których wskaźnik lekarzy praktykujących na 1000 osób kształtował się w roku 2005 w przedziale 2,5–3, a w roku 2014 wynosił około 3. W tej grupie również znalazły się kraje realizujące zarówno model Bismarcka (Belgia; dla Francji dysponujemy niepełnymi danymi

dla lat 2011–2015), jak i Beveridge’a (Wielka Brytania i Finlandia) oraz z postsocjalistycznych krajów – Węgry.

Prawie we wszystkich analizowanych krajach w latach 2005–2015 miał miejsce wzrost (bardziej lub mniej zdecydowany) wskaźnika przedstawiającego liczbę praktykujących lekarzy przypadającą na 1000 mieszkańców – największy przyrost odnotowano w Austrii i w Niemczech (po około 0,7), w Szwecji i na Litwie (o około 0,6), na Węgrzech (o 0,55) oraz we Włoszech i Finlandii (po około 0,4).

W Polsce – niestety – w ciągu analizowanych 10 lat liczba praktykujących lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców wzrosła jedynie z poziomu 2,14 do 2,31, co oznacza jeden z niższych przyrostów wskaźnika (o 0,17).

Na rysunku 4 przedstawiono wykorzystanie potencjału zasobu kadrowego lekarzy, prezentując odsetek praktykujących lekarzy w stosunku do lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu.



Rys. 4. Praktykujący lekarze jako % posiadających prawo wykonywania zawodu w Polsce i innych krajach europejskich w latach 2005–2015. Źródło: opracowanie własne na podstawie https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC (10.03.2017).

Wskaźnik charakteryzujący lekarzy praktykujących jako odsetek posiadających prawo wykonywania zawodu zawierał się w Polsce w latach 2005–2014 w przedziale 60–65%. Na podobnym poziomie kształtował się ten wskaźnik we Włoszech (dysponujemy tu wprawdzie niepełnymi danymi – tylko dla roku 2009 i lat 2012–2014). Mniej korzystną sytuację w zakresie stopnia wykorzystania lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu zaobserwowano w systemie ochrony zdrowia Belgii – tu w 2005 r. około 63% lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu praktykowało w zawodzie, a w roku 2014 wskaźnik ten obniżył się do 57%.

Najpełniejsze wykorzystanie w praktyce lekarskiej posiadających prawo wykonywania zawodu charakteryzowało Litwę – dysponujemy wprawdzie tylko informacjami dla lat 2005–2006 i 2011–2014, ale w tych okresach wskaźnik wykorzystania posiadających prawo wykonywania zawodu lekarzy był bliski 90%. Około 70-procentowe wykorzystanie lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu charakteryzowało systemy ochrony zdrowia Niemiec i Szwecji, a wskaźnik zawierający się w przedziel 75–80% charakteryzował Hiszpanię, Finlandię i Wielką Brytanię (ten ostatni kraj – od roku 2009).

5. Dyskusja

Szczególną rolę wśród zasobów kadrowych w ochronie zdrowia pełnią lekarze. Lekarze dostarczają wkładu pracy na rynku opieki medycznej i podejmują zasadnicze decyzje w systemie opieki zdrowotnej: kontrolują użytkowanie nakładów medycznych, dysponują nakładami, pełniąc rolę pełnomocnika pacjenta – a zatem jego decyzje mają znaczący wpływ na liczbę i jakość udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz koszty systemu opieki zdrowotnej. Ponieważ inni pracownicy opieki medycznej zazwyczaj realizują zadania pod kierunkiem lekarzy, ich liczba ma istotny wpływ na dostępność pacjentów do świadczeń zdrowotnych i może wpływać na rozwój systemu ochrony zdrowia (Folland, Goldman i Stano, 2011).

Wskaźnik przedstawiający liczbę lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców jest ważnym wskaźnikiem informującym o dostępności do opieki medycznej i sprawności funkcjonowania służby zdrowia w każdym kraju (Cooper, 2009).

Jeśli wskaźnik ten jest równy lub wyższy niż 2,28 lekarza na 1000 mieszkańców, oznacza to, że mogą poprawić się m.in. wskaźniki epidemiologiczne, takie jak: śmiertelność okołoporodowa matek, śmiertelność niemowląt (Anand i Barnighausen, 2004). W analizach ewaluacyjnych można znaleźć również stwierdzenie, iż zwiększenie wskaźnika o 1 jednostkę powoduje zmniejszenie o 1–3% wskaźnika opisującego tzw. ciężar choroby, mierzonego liczbą lat życia skorygowanych niepełnosprawnością – wskaźnik DALY (Castillo-Laborde, 2011).

Analiza dostępnej literatury przedmiotu pozwala autorom stwierdzić, iż nie podejmowano prób analizy wpływu funkcjonującego w danym kraju modelu systemu opieki zdrowotnej na wielkość personelu medycznego znajdującego się w systemie.

Wyniki przeprowadzonych przez autorów analiz porównawczych nie pozwalają na sformułowanie wniosku o istnieniu związku między systemem ochrony zdrowia a liczbą funkcjonujących w tym systemie lekarzy – oznacza to, iż istnieje wiele leżących poza rozwiązaniami systemowymi w opiece zdrowotnej determinantów stanu zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej.

W procesie szacowania zmian zasobów lekarzy mających prawo wykonywania zawodu oraz lekarzy praktykujących należy uwzględnić przede wszystkim

kim następujące zmienne (Gamzu, Kaidar, Afek i Horev, 2016; Schulz, Coda Moscarola, Golinowska, Radvanský i Geyer, 2013):

- po stronie „dopływów” – lekarzy kończących studia, lekarzy imigrantów, lekarzy powracających z emigracji,
- po stronie „odpływów” – zgony, przejścia na emerytury i renty, emigracje, rezygnacje z wykonywania zawodu i podejmowanie pracy w zawodach niemedyceńskich, utraty prawa wykonywania zawodu.

Dopływ kolejnych osób do grona lekarzy generują przede wszystkim absolwenci kierunków lekarskich uczelni medycznych. Polska swoją odległą pozycję – zarówno w europejskim rankingu lekarzy mających prawo wykonywania zawodu, jak i lekarzy praktykujących na 1000 osób – zawdzięcza przede wszystkim temu, iż posiada jeden z najniższych wskaźników prezentujących liczbę absolwentów medycyny przypadających na 100 tysięcy mieszkańców.

W ciągu ostatnich 10 lat w zdecydowanej większości krajów europejskich wskaźnik przedstawiający liczbę absolwentów studiów medycznych na 100 tysięcy mieszkańców wykazywał tendencję wzrostową – był to wzrost z różnych poziomów osiągniętych w roku 2004 do poziomu 12–15 absolwentów medycyny przypadających na 100 000 mieszkańców w roku 2014. Jedynie Polska (wraz z Francją) – w całym analizowanym okresie – plasowała się na odległym miejscu, nawet mimo wzrostu wskaźnika z poziomu 7 w 2005 r. i 6 w 2006 r. do 9,9 w 2013 r. i 9,7 w 2014 r. (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_grd&lang=en).

Poprawa wskaźnika przedstawiającego liczbę absolwentów medycyny na 100 tysięcy mieszkańców w ostatnich latach w Polsce była efektem działań mających na celu skrócenie i uproszczenie procesu edukacji medycznej, zwiększenia limitów przyjęć na stacjonarne studia medyczne (np. w roku akademickim 2013/2014 liczba absolwentów medycyny była wyższa o prawie 30% w porównaniu z rokiem akademickim 2006/2007) (Golinowska, Kocot i Sowa, 2013b). Istotne było także podjęcie decyzji o rekrutacji na anglojęzyczne, płatne studia medyczne. Pojawia się jednak poważna wątpliwość, czy absolwenci studiów prowadzonych w języku angielskim (często cudzoziemcy, zachęcani do studiowania w Polsce niższym czesnym niż w krajach wysoko rozwiniętych) podejmą pracę w zawodzie lekarza w Polsce.

W ostatnich latach zdecydowano także o uruchomieniu wydziałów lekarskich na nowych (niemedyceńskich) uczelniach – w roku akademickim 2015/2016 na Uniwersytecie im. Jana Kochanowskiego w Kielcach, na Uniwersytecie Rzeszowskim i na Uniwersytecie Zielonogórskim, a w roku akademickim 2016/2017 na niepublicznej uczelni – Krakowskiej Akademii im. Jana Frycza Modrzewskiego – rozpoczęto rekrutację na studia medyczne (Zgliczyński, Cianciara, Śliż, Rostkowska i Pinkas, 2016).

Dopływ do grupy lekarzy praktykujących generuje także imigracja do danego kraju. Trudno jednak w polskich warunkach liczyć na ten rodzaj „dopływu” kadry medycznej, jeśli w przygotowanym w 2013 r. przez OECD

zestawieniu państw według udziału praktykujących lekarzy, którzy są cudzoziemcami i zdobyli wykształcenie poza granicami kraju, Polska zajmuje bardzo odległe miejsce, ze wskaźnikiem 1,8%. Sytuacja ta w dużym stopniu wynika z obowiązujących w Polsce przepisów prawa – ewentualnych kandydatów często zniechęcają zawile procedury obejmujące nostryfikację dyplomu, uzyskanie prawa wykonywania zawodu, konieczność odbycia stażu oraz trudności językowe i mało atrakcyjne wynagrodzenia lekarzy.

W 2013 r. w Norwegii 35,8%, a w Irlandii 34,2% praktykujących lekarzy stanowiły osoby, które wykształcenie zdobyły za granicą. Udział takich lekarzy wśród ogółu praktykujących lekarzy był znaczny także w Wielkiej Brytanii (28,7%), Szwajcarii (27%), Szwecji (24,3%) oraz Finlandii (19,9%) (OECD, 2015).

Po stronie „odpływów” z grupy lekarzy praktykujących znajdują się tzw. odpływy naturalne, będące efektem zgonów i przejścia na emeryturę upoważnionych do tego pracowników. Analiza struktury praktykujących lekarzy sklasyfikowanych według wieku pozwala na stwierdzenie, iż Polskę charakteryzuje znaczny, bo liczący ponad 20% udział w populacji osób, które osiągnęły i przekroczyły 65. rok życia (Ministerstwo Zdrowia, 2014). Relatywnie nieduży odsetek osób przed 35. rokiem życia i znaczący odsetek osób powyżej 55. roku życia to zjawiska występujące wśród lekarzy wielu krajów europejskich. Jeśli chodzi o grupę lekarzy mających „65 lat i więcej”, to Polska jest w czołówce (zbliżony wskaźnik udziału dla tej grupy wiekowej miały inne kraje postsocjalistyczne: Estonia, Węgry i Łotwa).

Na przeciwnym biegunie znajduje się Wielka Brytania z liczącym aż 33% udziałem w populacji lekarzy najmłodszych, w wieku poniżej 35 lat. Jest to niewątpliwie efekt emigracji do Wielkiej Brytanii wielu młodych lekarzy z państw Unii Europejskiej, zwłaszcza z krajów postsocjalistycznych (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_phys&lang=en).

Kolejną przyczyną „odpływu” z niektórych krajów części praktykujących lekarzy jest właśnie emigracja. Z Polski – po jej wejściu do Unii Europejskiej – emigruje każdego roku znaczna grupa lekarzy. Zachodzące zjawiska o wymiarze politycznym (wejście Polski do UE) sprawiły, że emigracja stała się możliwa. Natomiast zjawiska o charakterze gospodarczym, tj. różnice między zarobkami personelu medycznego w Polsce (i innych krajach postsocjalistycznych) a zarobkami w wysoko rozwiniętych krajach Europy Zachodniej, były na tyle silne, by stać się impulsem do emigracji (Kautsch, 2013).

Emigracja części personelu medycznego jest problemem dostrzeganym we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Istnieje świadomość, iż jeśli nie podejmie się kroków w celu wykształcenia i zatrzymania odpowiedniej liczby własnych pracowników służby zdrowia, negatywne skutki migracji dla systemów opieki zdrowotnej w gorzej rozwiniętych krajach członkowskich UE spotęgują się. Ale migrują nie tylko pracownicy z tych krajów – wielu lekarzy wyjechało także z wysoko rozwiniętych krajów UE, aby podjąć pracę w USA, Kanadzie, Australii czy Nowej Zelandii.

Komisja Europejska przygotowała tzw. Zieloną księgę, mającą na celu przedstawienie wyzwań, przed jakimi stoją pracownicy służby zdrowia w krajach UE, które są wspólne dla wszystkich państw członkowskich. Są nimi: problemy demograficzne (globalne starzenie się społeczeństwa i starzenie się personelu służby zdrowia), co oznacza, że liczba młodych osób zgłaszających się do pracy w służbie zdrowia, zastępujących osoby odchodzące, jest niewystarczająca; różnorodność pracowników służby zdrowia; fakt, że szeroki wachlarz zawodów związanych z opieką zdrowotną i zdrowiem publicznym nie jest zbyt atrakcyjny dla młodego pokolenia; migracja personelu medycznego wewnątrz UE i poza nią; różny poziom mobilności wewnątrz UE – szczególnie migracja części personelu medycznego z biedniejszych krajów UE do tych bogatszych, a także drenaż mózgów w służbie zdrowia krajów trzecich (Komisja Wspólnot Europejskich, 2008).

Trudno dokładnie określić liczbę polskich lekarzy, którzy wyjechali do pracy za granicą – brak jest wiarygodnych, pełnych danych. Jednak dane zawarte w Biuletynach Statystycznych Ministerstwa Zdrowia pozwalają stwierdzić, iż po wejściu Polski do Unii Europejskiej liczba lekarzy praktykujących w Polsce w 2005 r. zmniejszyła się o około 9500 osób w stosunku do roku 2004 (Golinowska, Kocot i Sowa, 2013b).

Pewnym miernikiem, za pomocą którego można określić rozmiary zainteresowania migracją, jest liczba zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych wydawanych przez stowarzyszenia profesjonalne (izby lekarskie). Zgodnie z danymi zawartymi w raporcie Naczelnej Izby Lekarskiej w 2015 r. zaświadczenia potwierdzające posiadanie formalnych kwalifikacji zawodowych wydano 9337 lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach UE. Stanowiło to 7,1% osób wykonujących zawód lekarza. Wśród specjalności lekarskich, których przedstawiciele pobrali najwięcej zaświadczeń, znaleźli się: chirurdzy plastyczni (18,4%), chirurdzy klatki piersiowej (17,6%) i anesteziolodzy (17,4%) (Zgliczyński, 2016).

Kolejnym istotnym problemem, generującym „odpływy” z zawodu lekarza jest zmniejszanie się liczby praktykujących lekarzy w wyniku decyzji o opuszczeniu zawodu i podjęciu pracy w profesjach niemedyceńskich. Wiele czynników mających wpływ na decyzje o opuszczeniu zawodu medycznego zostało opisanych w literaturze (Heinen i in., 2013). Są to nie tylko czynniki ekonomiczne, przede wszystkim płacowe, ale również czynniki pozapłacowe, wynikające ze specyfiki zawodów medycznych, takie jak: wielogodzinne dyżury, praca w godzinach nocnych, praca na oddziałach z pacjentami o różnym stopniu samodzielności, wypalenie zawodowe, wynikające między innymi z dużego stopnia uciążliwości pracy, stresu zawodowego, braku możliwości rozwoju czy jasno sprecyzowanej ścieżki kariery w profesjach medycznych.

Jeśli chodzi o kwestie płacowe, to relacje między średnim wynagrodzeniem lekarzy w Polsce a średnią płacą ogółem nie kształtują się korzystnie. Według OECD w 2013 r. relacja w Polsce średniego wynagrodzenia leka-

rza mającego specjalizację i pracującego na podstawie umowy o pracę do przeciętnego wynagrodzenia ogółem wynosiła 1,6, podczas gdy ta relacja np. w Luksemburgu kształtowała się na poziomie 4,2, w Niemczech i w Irlandii – 3,7, w Holandii – 2,9, w Finlandii – 2,6, w Danii – 2,5, a w Wielkiej Brytanii – 2,4 (OECD, 2015).

Mamy wprowadzić świadomość faktu, iż obecnie w Polsce poza zatrudnieniem na podstawie umowy o pracę funkcjonują jeszcze inne popularne formy zatrudnienia: kontrakty (umowy cywilno-prawne), umowy na czas określony, na zastępstwo, występuje również forma samozatrudnienia, która powoduje, że faktyczna umowa o pracę indywidualną ma charakter umowy z „firmą” (Golinowska, Kocot i Sowa, 2013a). Brak jest jednak danych, które pozwoliłyby jednoznacznie określić dochody zatrudnionych na tej podstawie lekarzy.

Poza kwestiami finansowymi na decyzje o wyjeździe z kraju oraz o pozostaniu w kraju, ale odejściu od zawodu lekarza wpływają m.in. warunki pracy i możliwości rozwoju zawodowego – a te w Polsce nie są zachęcające.

Niewielka liczba praktykujących lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców w Polsce powoduje, że są oni mocno obciążeni pracą. Według danych OECD w 2013 r. przeciętna liczba konsultacji udzielonych w ciągu roku przez jednego lekarza w Polsce wynosiła 3172, podczas gdy średnia dla 26 krajów Unii Europejskiej wynosiła 2037. W wysoko rozwiniętych krajach europejskich obciążenie przeciętnego lekarza było znacznie niższe i wynosiło: w Szwecji – 765 konsultacji rocznie, w Finlandii – 822, w Austrii – 1389, w Wielkiej Brytanii – 1847 (w 2009 r.), we Francji – 2109, a w Niemczech – 2492. Bardziej obciążony niż w Polsce był jedynie przeciętny lekarz na Węgrzech – 3820 konsultacji rocznie i na Słowacji – 3328 (OECD, 2015).

6. Wnioski

Podczas przeprowadzonej analizy nie stwierdzono związku między liczbą lekarzy mających prawo wykonywania zawodu, aktywnych zawodowo oraz praktykujących a funkcjonującym w danym kraju modelem systemu ochrony zdrowia.

W latach 2005–2015 miał miejsce wzrost liczby lekarzy we wszystkich objętych analizą krajach. Wynikał on m.in. z faktu starzenia się społeczeństw krajów europejskich i tym samym zwiększonego popytu na personel medyczny, zwiększonych oczekiwań pacjentów wobec opieki zdrowotnej, poprawy jakości świadczeń medycznych itp.

W Polsce występuję jeden z najniższych w Europie wskaźników liczby lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu, lekarzy aktywnych zawodowo i lekarzy praktykujących na 1000 mieszkańców. Jest on efektem niewielkiej liczby absolwentów medycyny (na 100 tysięcy mieszkańców) oraz znacznego „odpływu” z polskiego systemu ochrony zdrowia lekarzy

decydujących się na emigrację lub pozostających wprawdzie w kraju, ale podejmujących pracę w zawodach niemedycznych. Te decyzje są najczęściej konsekwencją lepszych warunków finansowych oferowanych za granicą i poza sektorem ochrony zdrowia w Polsce, ale także wynikają z przyczyn pozapłacowych – trudnych warunków pracy, braku wyraźnie określonej ścieżki kariery w profesjach medycznych.

Rozpoznanie i dokładna analiza przyczyn funkcjonowania w polskim systemie ochrony zdrowia tak małej ilości praktykujących lekarzy może umożliwić określenie i podjęcie stosownych działań mających na celu dokonanie zmian zarówno w samym systemie opieki zdrowotnej, jak i w obszarze szkolnictwa wyższego i nauki, pracy i płacy itd.

Bibliografia

- Anand, S. i Barnighausen, T. (2004). Human Resources and Health Outcomes: Cross-country Econometric Study. *The Lancet*, 364, 1603–1609.
- Araujo, E.C., Evans, T.G. i Maeda, A. (2016). Using Economic Analysis in Health Workforce Policy-making. *Oxford Review of Economic Policy*, 32(1), 41–63.
- Buchan, J., Wismar, M., Glinos, I.A. i Bremner, J. (2014). Health Professional Mobility in a Changing Europe New Dynamics, Mobile Individuals and Diverse Responses. Vol. II. *The European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series*, 32. Copenhagen: WHO.
- Castillo-Laborde, C. (2011). Human Resources for Health and Burden of Disease: An Econometric Approach. *Human Resources for Health*, 9(4), <http://doi.org/10.1186/1478-4491-9-4>.
- Cooper, R.A. (2009). States with More Physicians Have Better-quality Health Care. *Health Affairs*, 28(1), 91–102.
- Folland, S., Goldman, A.C. i Stano, M. (2011). *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*. Wolters Kluwer.
- Gamzu, R., Kaidar, N., Afek, A. i Horev, T. (2016). Physician Density Planning in a Public Healthcare System: Complexities, Threats and Opportunities – The Case of the Israeli Healthcare System. *Health Policy*, 120(8), 920–927.
- Golinowska, S., Kocot, E. i Sowa, A. (2013a). Impact of Ageing on Curative Health Care Workforce. Country Report Poland. *NEUJOBS Working Paper*, D12.1 (Supplement E).
- Golinowska, S., Kocot, E. i Sowa, A. (2013b). Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego. Dotychczasowe tendencje i prognozy, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 11(2), 125–147.
- Heinen, M.M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., Ensio, A., Stromseng Sjetne, I., Moreno Casbas, T., Ball, J. i Schoonhoven, L. (2013). Nurses' Intention to Leave Their Profession: A Cross-sectional Observational Study in 10 European Countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 174–184.
- Kautsch, M. (2013). Migracje personelu medycznego i ich skutki dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 11(2), 169–179.
- Komisja Wspólnot Europejskich. (2008). *Zielona Księga w sprawie pracowników służby zdrowia w Europie*. Bruksela: Komisja Wspólnot Europejskich.
- Ministerstwo Zdrowia. (2014). *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2014*. Pozyskano z: <https://www.csioz.gov.pl/statystyka/biuletyn-statystyczny>.
- OECD. (2015). *Health at a Glance 2015. OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.

- Schulz, E., Coda Moscarola, F., Golinowska, S., Radvanský, M. i Geyer, J. (2013). Impact of Ageing on Curative Health Care Workforce in Selected EU Countries. *Neujobs Working Paper*, D 12.1.
- Vujicic, M. i Zurn, P. (2006). The Dynamics of the Health Labor Market. *International Journal of Health Planning and Management*, 21, 101–115.
- WHO. (2009). Toolkit on Monitoring Health Systems Strengthening. *Human Resources for Health*, 9(4).
- Zgliczyński, W.S. (2016). General Anti-Avoidance Rule. *Infos*, 6(210).
- Zgliczyński, W.S., Cianciara, D., Śliż, D., Rostkowska, O. i Pinkas, J. (2016). Physicians and Dentists – Staffing And Training System in Poland. *Postępy Nauk Medycznych*, XXIX(5), 270–278.