

ILU JEST, A ILU — I JAK PUNKT WIDZENIA



Fot. iStockphoto.com

POTRZEBA LEKARZY ZALEŻY OD MIEJSCA SIEDZENIA

MACIEJ BIARDZKI

Obserwujemy ostatnio gorący spór dotyczący jakości kształcenia w nowo tworzonych miejscach na uczelniach innych niż dotychczasowe medyczne, a zarazem publiczne. Te nowe miejsca powstają, aby móc zrealizować program rządzących dotyczący zwiększenia liczby nowych studentów medycyny, co ma w przyszłości zapewnić potrzebną liczbę lekarzy. Spór ma wiele wątków. Postaram się w tym krótkim artykule przede wszystkim odciąć od argumentów podnoszonych przez speców od „politycznej nawalanki” i odnieść się wyłącznie do informacji, które w jakikolwiek sposób można zweryfikować.

Raporty „Health at a Glance” – czyli ilu lekarzy mamy w Polsce

Pierwszy i najważniejszy problem dotyczy zagadnienia, ilu tak naprawdę jest w Polsce lekarzy i czy jest to liczba wystarczająca do zaspokojenia naszych potrzeb zdrowotnych. Pytanie, w jego pierwszej części, zdaje się banalnie proste, bo przecież mamy masę rejestrów. Wystarczy chociażby rejestr posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza, który prowadzą izby lekarskie. Jak się jednak okazuje, nie do końca da się stwierdzić, ilu lekarzy rzeczywiście pracuje (wykonuje swój zawód), ilu pracuje w systemie publicznym, ilu w prywatnym, czy wreszcie, ilu pracuje na jedną ósmą etatu, a ilu na ponad jednym etacie. Prowadzi to do zabawnych sporów, np. co oznacza określenie „lekarz pracujący przy pacjencie”, stosowane w corocznych raportach „Health at a Glance”; co autor przez to rozumiał i czy dane tam prezentowane są prawdziwe. A to właśnie ten raport wykazywał dramatycznie niską liczbę lekarzy w Polsce w porównaniu ze średnią europejską. To właśnie w tym raporcie pojawiła się liczba 2,4 lekarza na 1000 pacjentów, która była przedstawiana jako wykładnik braku lekarzy w Polsce. Przyznam, że nie wiem, dlaczego autorzy raportu wskazywali taką właśnie liczbę, ale trudno mi „z lekkością motyla” zarzucić kłamstwo lub manipulację, ba zakładam, że stosowali tę samą metodę do wszystkich

analizowanych w kraju. Zresztą w najnowszym raporcie pojawiła się liczba 3,3 lekarza, zgodna z ostatnio wskazywanymi wartościami przez Ministerstwo Zdrowia. Pojęcie lekarza pracującego przy pacjencie pojawia się w nazewnictwie GUS, zaś ostatni jego raport z XI 2022 r. podaje liczbę 126,1 tys. takich lekarzy (według danych na 31.12.2020). Skoro to wskaźnik na nieco mniej niż 38 mln Polaków, co daje właśnie ok. 3,3, to coś mi się wydaje, że wcześniejsze informacje czerpane przez autorów raportu „Health at a Glance” też się opierały na naszych danych, których obecnie starannie się wypieramy.

Aby być optymistą, założmy, że prawdziwy jest wskaźnik 3,3 na 1000 mieszkańców, zaś sprawozdawane przez polską statystykę informacje nie mają wartości „śmieciowych”. Po tym łyku optymizmu – w jakim miejscu nas to sytuuje w ostatnim raporcie „Health at a Glance”? I tu odpowiedź jest niezbyt wesoła. Jesteśmy w ogonie krajów rozwiniętych, konkretnie na piątym miejscu od końca na 27 krajów UE. Średnia europejska wynosi 4,0, zaś najwięcej lekarzy ma Grecja – 6,1 na 1000 mieszkańców. Dla pocieszenia najmniej lekarzy (3,0 na 1000) posiada najbogatsze, jeżeli liczyć PKB na mieszkańca, państwo Europy – Luksemburg. Przykłady Grecji i Luksemburga, niespodziewanie znajdujących się na przeciwnych biegunach, pokazują, że wskaźnik ten nie może być traktowany jako jedyny, niezależnie od tego, jak będziemy go liczyć.

Okrutna demografia – ilu mamy lekarzy, a ilu ich będziemy mieli za kilka lat

Zastanawiając się, ilu mamy lekarzy i ilu ich powinniśmy kształcić, aby zapewnić opiekę nad Polakami w latach kolejnych, nie sposób nie wspomnieć o podstawowych informacjach wynikających z demografii. Demografii ogółu społeczeństwa, ale też samych lekarzy.

Kiedy czytam, że polskie społeczeństwo się starzeje, że będzie potrzeba więcej opieki dla ludzi starych, że do tego musimy przygotować system opieki

Tabela 1. Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem według płci i grup wiekowych.
Stan w dniu 31 grudnia

| Wyszczególnienie | 2019 r. | | | | 2020 r. | | | |
|-------------------|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| | razem | | mężczyźni | kobiety | razem | | mężczyźni | kobiety |
| | w tysiącach | w proc. | w tysiącach | | w tysiącach | w proc. | w tysiącach | |
| Ogółem | 125,3 | 100,0 | 52,7 | 72,7 | 126,1 | 100,0 | 53,0 | 73,1 |
| do 29 lat | 13,1 | 10,4 | 4,8 | 8,3 | 13,3 | 10,5 | 5,0 | 8,3 |
| 30–39 | 24,7 | 19,7 | 9,2 | 15,6 | 26,2 | 20,8 | 9,7 | 16,5 |
| 40–49 | 22,7 | 18,1 | 9,7 | 13,0 | 21,8 | 17,3 | 9,2 | 12,6 |
| 50–59 | 29,5 | 23,5 | 13,6 | 15,9 | 29,4 | 23,3 | 13,6 | 15,8 |
| 60–69 | 24,7 | 19,7 | 10,9 | 13,8 | 25,1 | 19,9 | 11,1 | 14,0 |
| 70–79 | 8,6 | 6,8 | 3,5 | 5,1 | 8,5 | 6,7 | 3,5 | 5,0 |
| 80 lat lub więcej | 2,1 | 1,7 | 1,0 | 1,1 | 1,8 | 1,4 | 0,9 | 1,0 |
| w latach | | | | | | | | |
| Średni wiek | 49,5 | 50,4 | 48,8 | 49,2 | 50,2 | 48,5 | | |
| Mediana wieku | 50 | 51 | 49 | 50 | 51 | 49 | | |

zdrowotnej, a równocześnie czytam, że rośnie luka demograficzna, więcej ludzi umiera, niż się rodzi, że to wina tych a tych albo pandemii, albo zgoła jeszcze innej plagi egipskiej, to się zastanawiam, jak autorzy tych twierdzeń zdali maturę. Wystarczy spojrzeć w roczniki statystyczne, aby zobaczyć, że właśnie w okres przewidywanej wiekowo śmiertelności wchodzi roczniki największego wyżu demograficznego po zakończeniu II wojny światowej, zaś rodzą kobiety z niżów demograficznych, które dopadły nas po 1985 r., co zostało jeszcze pogłębione przez fale emigracji po wprowadzeniu stanu wojennego i po wejściu do UE. Wniosek jest prosty – niezależnie od wysiłków wszystkich, państwa i samych obywateli, weszliśmy w okres redukcji liczby rdzennych Polaków i na krótką metę niewiele jesteśmy w stanie temu zaradzić. Tak, będziemy się starzeć, ale po przemianach okresu przeżycia pokolenia lat 1947–1953 liczba seniorów także zacznie gwałtownie opadać – nie procentowo, ale ilościowo.

Czy demografia lekarzy pozwoli na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych w latach kolejnych? Aby odpowiedzieć na to pytanie, muszę posłużyć się tabelą GUS z listopada 2022 r.

Co z tej tabeli wynika? Jak się jej przyjrzeć, to kilka niezbyt przyjemnych rzeczy. Po pierwsze – pomiędzy 2019 a 2020 r. w systemie przybyło 800 lekarzy (126,1 kontra 125,3 tys.), zatem odtwarzanie kadry, przy kształceniu na poziomie naboru mniej więcej z lat 2012–2013 (6 lat studiów plus rok stażu), nie pozwalało na zwiększenie liczby lekarzy w ujęciu statycznym. Po drugie – najwięcej lekarzy, bo niemal 25 proc., ma od 50 do 59 lat, więc bliżej im do końca niż do początku kariery. Około 20 proc. jest w przedziale wiekowym 60–69 lat,

w tym 14 tys. kobiet, które formalnie osiągnęły już wiek emerytalny. Po trzecie – w systemie pracuje ponad 10 tys. lekarzy w wieku ponad 70 lat, w tym 1800 powyżej 80 lat, ratujących system swoim zapalem, a może wręcz heroizmem. Patrząc pod tym kątem, to system, jeżeli chodzi o potencjał osobowy lekarzy, całościowo funkcjonuje nie na rezerwie paliwa, ale dawno już na oparach.

Wniosek demograficzny jest brutalny, ale dość prosty – jeżeli nie wpuszczymy do systemu w Polsce więcej lekarzy młodych w przewidywanym okresie do 20 lat, to system ma wszelkie szanse się zawalić, bo w tym czasie może z przyczyn biologicznych zniknąć prawie połowa obecnie pracujących lekarzy. Wniosek drugi – z uwagi na procesy demograficzne powinniśmy prowadzić specjalizację w nieco innych proporcjach niż obecnie – więcej do leczenia chorób ludzi w wieku podeszłym, mniej do leczenia chorób dzieci i ludzi młodych. Wiem, że to smutne – może w przyszłości te proporcje się zmienią. Oby.

Redystrybucja kadry lekarskiej

Jak wiele zależy od organizacji systemu opieki zdrowotnej, wskazuje przywoływany raport „Health at a Glance”, który pokazał, że najwięcej lekarzy na 1000 mieszkańców jest w krajach uznawanych za najbiedniejsze i najgorzej rokujące w Europie, tzw. członków grupy PIGS, czyli Grecji i Portugalii. Z drugiej strony – za Polską znalazły się nie tylko Luksemburg, ale też Francja i Belgia. Wskazuje to na to, że nie tylko ogólna liczba lekarzy w przeliczeniu na populację, ale też ich redystrybucja związana z organizacją systemu jest wykładnikiem jakości opieki zdrowotnej.

Wskazując na bezwzględny brak lekarzy ogółem i ich fatalną strukturę wiekową, nie sposób nie wspo-

mnieć o trzecim i czwartym grzechu głównym – ich redystrybucji terytorialnej oraz rozproszeniu pomiędzy specjalizacjami z różną głębią deficytów, w zależności od specjalizacji i miejsca udzielania świadczeń.

Dla zobrazowania dyspersji dystrybucji terytorialnej pozwolę sobie przytoczyć kolejną tabelę GUS z tego samego raportu z XI 2022 r.

Jak wynika z tabeli, lekarzy ogółem w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców jest najwięcej w województwach mazowieckim (41,9) i łódzkim (38,8). Z kolei najmniej jest w województwach lubuskim (22,2) i opolskim (23,7). Dla uproszczenia, wyjaśnienia – poprzednio za „Health at a Glance” podawano wskaźniki na 1000 mieszkańców, więc według tych samych zasad wskaźniki dla Mazowsza są lepsze niż średnia dla UE (4,2 kontra 4,0), zaś dla Lubuskiego i Opolszczyzny wskazują niedobór lekarzy blisko dwukrotnie większy niż tzw. średnia. Ale to tylko wierzchołek góry lodowej...

Powyższa tabela wskazuje wyłącznie średnie wojewódzkie, nie pokazując redystrybucji wewnątrz województw. Nie widać, jaka jest różnica, jeśli chodzi o liczbę lekarzy, między Warszawą a Wyszkowem, Łodzią a Ostrzeszowem (to w gronie województw topowych), Wrocławiem a Wołowem, Poznaniem a Kępem (w gronie pośrednim), nie widać też różnicy Zielona Góra kontra Międzyrzecz czy Opole kontra Głuchołazy (w gronie najbiedniejszym). A te

JEŻELI NIE WPUŚCIMO DO SYSTEMU

W POLSCE WIĘKSZEJ LICZBY MŁODYCH LEKARZY

W PRZEWIDYWANYM OKRESIE DO 20 LAT,

TO SYSTEM MA WSZELKIE SZANSE SIĘ ZAWALIĆ,

BO W TYM CZASIE MOŻE Z PRZYCZYN

BIOLOGICZNYCH ZNIKNĄĆ PRAWIE POŁOWA

OBECNI PRACUJĄCYCH LEKARZY

wskaźniki są znacznie, znacznie gorsze. Dzieje się tak z kilku powodów. Jeden jest zupełnie obiektywny i wynika ze stopnia wyspecjalizowania ośrodków. Po prostu w Wyszkowiu nie będzie onkologów czy nefrologów przeliczanych na populację powiatu, zaś w Warszawie specjaliści będą przeliczani wręcz na populację kraju. Jednocześnie nie jest to jedyny powód. Tym drugim jest, niepodawane w materiałach statystycznych, rozproszenie lekarzy konkretnej specjalizacji w zależności od populacji pacjentów. Nie je-

Tabela 2. Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem według województw.
Stan w dniu 31 grudnia

| Województwa | 2019 r. | | | 2020 r. | | |
|---------------------|-------------|---------|-----------------------|-------------|---------|-----------------------|
| | w tysiącach | w proc. | na 10 000 mieszkańców | w tysiącach | w proc. | na 10 000 mieszkańców |
| Ogółem | 125,3 | 100,0 | 32,7 | 126,1 | 100,0 | 33,1 |
| Dolnośląskie | 10,0 | 8,0 | 34,5 | 10,1 | 8,0 | 34,9 |
| Kujawsko-pomorskie | 5,8 | 4,6 | 28,0 | 5,8 | 4,6 | 28,5 |
| Lubelskie | 7,3 | 5,8 | 34,6 | 7,3 | 5,8 | 35,5 |
| Lubuskie | 2,2 | 1,8 | 22,0 | 2,2 | 1,8 | 22,2 |
| Łódzkie | 9,4 | 7,5 | 38,4 | 9,4 | 7,4 | 38,8 |
| Małopolskie | 11,4 | 9,1 | 33,4 | 11,4 | 9,0 | 33,2 |
| Mazowieckie | 22,8 | 18,2 | 42,1 | 23,1 | 18,4 | 41,9 |
| Opolskie | 2,3 | 1,8 | 23,5 | 2,3 | 1,8 | 23,7 |
| Podkarpackie | 5,3 | 4,2 | 24,9 | 5,4 | 4,3 | 25,6 |
| Podlaskie | 4,2 | 3,3 | 35,5 | 4,2 | 3,3 | 36,3 |
| Pomorskie | 7,6 | 6,1 | 32,5 | 7,7 | 6,1 | 32,8 |
| Śląskie | 15,2 | 12,1 | 33,7 | 15,3 | 12,1 | 34,7 |
| Świętokrzyskie | 3,5 | 2,8 | 28,2 | 3,5 | 2,7 | 28,8 |
| Warmińsko-mazurskie | 3,4 | 2,7 | 23,8 | 3,4 | 2,7 | 24,3 |
| Wielkopolskie | 9,7 | 7,8 | 27,8 | 9,8 | 7,8 | 28,0 |
| Zachodniopomorskie | 5,2 | 4,1 | 30,5 | 5,2 | 4,1 | 31,2 |

Z UWAGI NA PROCESY DEMOGRAFICZNE

POWINNIŚMY PROWADZIĆ SPECJALIZACJE

W NIECO INNYCH PROPORCJACH NIŻ OBECNIE

– WIĘCEJ DO LECZENIA CHOROÓB LUDZI

W WIEKU PODESZŁYM, MNIEJ DO LECZENIA

CHOROÓB DZIECI I LUDZI MŁODYCH

stem w stanie tego na potrzeby artykułu udokumentować, choć polecam jako temat pracy doktorskiej dla absolwenta np. wydziału zdrowia publicznego. I tu dochodzę właśnie do kolejnego tematu: redystrybucji pomiędzy specjalizacjami, w tym terytorialnie wewnątrz tych specjalizacji.

Licząc wszystkich lekarzy, należy spojrzeć na to, jaki jest deficyt w obrębie poszczególnych specjalizacji. Jaki wśród lekarzy rodzinnych, lekarzy przyjmujących ambulatoryjnie (wszelkich specjalności) i w lecznictwie szpitalnym? Pytanie jest tylko teoretycznie proste, ponieważ należy je pogłębić o rzeczywiste potrzeby w rozłożeniu na zapotrzebowanie terytorialne. Inne są potrzeby dotyczące medycyny rodzinnej, niezbędnej w każdej gminie, inne podstawowych specjalizacji ambulatoryjnych i szpitalnych przeliczanych na potrzeby powiatów, inne w wypadku potrzeb subregionalnych, wojewódzkich i krajowych. Tego niestety nikt nie liczy, choć gdyby zamapowano rzetelnie potrzeby lekarzy określonych specjalności w poszczególnych gminach, powiatach, subregionach, województwach, to można by chociażby orientacyjnie określić niedobory lekarzy określonych specjalizacji w poszczególnych miejscach kraju. A kto wie, czy paradoksalnie nie okazałyby się, że w niektórych miejscach i zakresach są nadmiary?

Jeżeli jednak ktoś chce szukać jakichkolwiek przesłanek niedoskonałości redystrybucji terytorialnej lekarzy wewnątrz określonej specjalizacji i miejsca ich udzielania – to proszę spojrzeć na dwa elementy: kwoty wynagrodzeń proponowanych lekarzom określonych specjalizacji oraz miejsca i zakresy świadczeń zamykanych lub zawieszanych oddziałów bądź poradni ambulatoryjnych, w tym poradni POZ.

Podsumowując: lekarzy jest obiektywnie mało, mają niekorzystną strukturę wiekową, wykonują swój zawód w miejscach, które sami wybierali, i w specjalnościach, które chcieli uzyskać, zaś nikt nie panował nad tym, jakie i gdzie są potrzebne. Czy da się to naprawić i w jaki sposób?

Jak łatwo zmieniać można poglądy i priorytety...

Mam nadzieję, że wszyscy zgodzą się z tym, że obiektywnie należy zwiększyć liczbę studentów medycyny, aby zabezpieczyć liczbę lekarzy ogółem. Istnieje potrzeba bardziej zdecydowanego działania, aby nowi lekarze podejmowali specjalizacje w kierunkach uznanych przez organizatora systemu opieki zdrowotnej za priorytetowe, ale też podejmowali pracę tam, gdzie ich braki są największe. Wszystko to można osiągnąć dzięki umiejętnemu stosowaniu zasady kija i marchewki: poprzez odpowiedni podział miejsc kształcenia w trakcie studiów, miejsc kształcenia podyplomowego, finansowanie kształcenia podyplomowego w zależności od miejsca kształcenia oraz podjętej specjalizacji i wielu innych parametrów. Tymczasem można zaobserwować ze strony tzw. interesariuszy systemu działanie odwrotne. Te same osoby, które głośno podnosiły wskaźnik liczby lekarzy 2,2/1000 mieszkańców, krzyczą teraz, że nie jest źle, bo wskaźnik wynosi 3,3 na 1000. Ci sami, którzy wliczali kolejne oddziały zamykane z powodu braków kadrowych, teraz nabrali wody w usta, choć wcale ta tendencja się nie zmniejszyła. Dlaczego? Wydaje się, że głównym powodem jest nieco ułańska metoda przyjęta przez Ministerstwo Zdrowia, która miałaby zapewnić większą liczbę przyszłych lekarzy poprzez kształcenie w nowych, nieprzygotowanych do tego ośrodkach. Ktoś tu komuś wszedł w szkodę i zaczęła się obrona własnych interesów bez spoglądania na interes wspólny, który mógłby połączyć organizatora systemu, uczelnie medyczne, praktykujących lekarzy i... głównych beneficjentów systemu – pacjentów.

Jak potencjalnie zorganizować kształcenie na poziomie uczelni, kształcenie podyplomowe, finansowanie obu poziomów kształcenia z korzyścią dla uczelni, podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe i samych kształconych? O tym napiszę w następnym numerze „Menedżera Zdrowia”.

Maciej Biardzki, publicysta i były menedżer opieki zdrowotnej