

Jacek Kozakiewicz – Śląska Izba Lekarska

Jacek Chodorski – Dolnośląska Izba Lekarska

Perspektywy zawodowe lekarzy specjalistów na obszarze Izb Lekarskich:
Śląskiej i Dolnośląskiej – problemy demograficzne.

Wprowadzenie

Współczesny rozwój gospodarczy krajów wysokorozwiniętych zmierza wyraźnie w kierunku gospodarki opartej na wiedzy. Jest to gospodarka, w której wiedza, a dokładnie kapitał ludzki, wyposażony w wiedzę stanowi decydujący czynnik wzrostu gospodarczego. Ziemia, kapitał czy praca – tradycyjne czynniki wzrostu – zeszyły na plan dalszy i współcześnie nie odgrywają już tak istotnej roli. Skoro kapitał ludzki jest tak ważny to warto zastanowić się, od czego zależy jego jakość. O jakości kapitału ludzkiego decyduje wiele czynników, wśród których na szczególną uwagę zasługuje przede wszystkim poziom wykształcenia czyli posiadana skodyfikowana wiedza, poziom umiejętności, kreatywność, postawa wobec pracy czy wreszcie stan zdrowia. Stan zdrowia jednostki decyduje o jej wydajności w procesie pracy, o chęci do pracy, o możliwości osobistego rozwoju, czyli decyduje o możliwości radzenia sobie w życiu. Oznacza to, że zdrowotność społeczeństwa odgrywa niezmiernie ważną, ale zarazem trudno mierzalną rolę w rozwoju społeczeństwa.

Między wzrostem gospodarczym, a poziomem zdrowotności społeczeństwa występuje swego rodzaju sprzężenie zwrotne. Z jednej strony stan zdrowia społeczeństwa jest ważnym czynnikiem wzrostu i rozwoju gospodarczego, a z drugiej strony wzrost gospodarczy wywiera istotny, pozytywny wpływ na poziom zdrowotności społeczeństwa.

Ekonomiści zaczęli zajmować się zagadnieniem zdrowia dość późno, gdyż uważano, że zdrowie społeczeństwa odgrywa marginalne znaczenie z punktu widzenia wzrostu gospodarczego. Dopiero wraz z rozwojem tzw. endogenicznych teorii wzrostu gospodarczego tj. w latach 80 – tych, zaczęto doceniać wpływ kapitału ludzkiego, a wraz z nim i poziomu zdrowotności zasobu siły roboczej. Struktura wiekowa i jakość zasobów ludzkich decyduje o czynniku, jaki stanowi praca. Aby ludzie mogli pracować i wytwarzać dobra i usługi muszą posiadać nie tylko odpowiedni kapitał rzeczowy, ale wykształcenie i motywację, do czego niezbędna jest odpowiednia infrastruktura społeczna, w tym szczególnie służby zdrowia. Z

punktu widzenia poziomu zdrowotności społeczeństwa ważny wydaje się dostęp do różnego rodzaju usług z zakresu ochrony zdrowia. Z kolei wysoki poziom i dostępność usług z zakresu ochrony zdrowia zależy od kadry medycznej.

Celem opracowania jest przedstawienie tendencji zmian w strukturze i liczebności kadry medycznej w wybranych krajach Unii Europejskiej i pokazania jak na tym tle wygląda sytuacja na obszarze Izb Lekarskich: Śląskiej i Dolnośląskiej. Zmiany w popycie na usługi medyczne następują pod wpływem różnych czynników, z których najważniejszym wydaje się być starzenie się społeczeństwa i co z tym się wiąże trwanie życia oraz poziom i przyczyny umieralności.

W związku z rozwojem nowych technologii medycznych, nowoczesnych metod diagnostycznych oraz poprawą dostępności do opieki zdrowotnej i poprawą kondycji zdrowotnej społeczeństw krajów wysoko rozwiniętych realizowanej przez prozdrowotny styl życia wydłuża się przeciętne trwanie życia. W 2008 roku mężczyźni żyli w Polsce przeciętnie 71,3 lat, natomiast kobiety 80. Mężczyźni zamieszkujący miasta żyją prawie o rok dłużej niż mężczyźni na wsi, natomiast wśród kobiet jest odwrotnie – mieszkanki wsi żyły 80,2 lat, tj. o 0,4 roku dłużej niż kobiety w miastach. Mimo pozytywnych zmian w długości trwania życia Polska nadal wypada niekorzystnie na tle członków Unii Europejskiej. Wiek dożywania Polaków jest krótszy o kilka lat: mężczyzn o około 8 lat, kobiet o 4-5 lat od średniej dla Unii Europejskiej. Jednak w poszczególnych krajach sytuacja jest znacznie zróżnicowana co przedstawia **Tabela 1**.

Tabela 1. Przeciętne trwanie życia w krajach Unii Europejskiej w 2008 roku

Kraj	Mężczyźni	Kobiety	Różnica
Litwa	64,9	77,2	12,3
Estonia	67,2	78,8	11,6
Węgry	69,4	77,8	8,4
Bułgaria	69,5	76,7	7,2
Rumunia	69,7	76,9	7,2
Polska	71,3	80,0	8,7
Niemcy	77,4	82,7	5,3
Irlandia	77,4	82,1	4,7
Austria	77,5	83,1	5,6
Hiszpania	77,8	84,3	6,5
Włochy	78,5	84,2	5,7
Szwecja	79	83,1	4,1

Źródło: dane Eurostatu: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

Należy jednak pamiętać, że w porównaniu do 1990 roku w Polsce mężczyźni żyją dłużej o ponad 5 lat, natomiast kobiety o 4,8 roku.

Najdłużej żyją mężczyźni w Szwecji (79,0) i we Włoszech (78,5); najkrócej na Litwie – niespełna 65 lat. Wśród kobiet za długowieczne można uznać Hiszpanki i Włoszki. Przeciętne trwanie ich życia przekracza 84 lata. Najkrócej w Unii Europejskiej kobiety żyją w Bułgarii i Rumunii – poniżej 77 lat.

Na tym tle bardzo niekorzystnie prezentują się dane dotyczące średniej wieku zmarłych lekarzy, a szczególnie lekarek, na obszarze Izb Lekarskich: Śląskiej i Dolnośląskiej. W województwie śląskim długość życia odpowiednio wynosi: mężczyźni 67,45 lat, kobiety 77,45 lat. Z analizy ŚIL wynika, że średnia wieku zmarłych lekarzy i lekarzy dentystów obliczona z lat 2001 – 2008 dla mężczyzn wynosi 71,0 lat, dla kobiet 69,89 lat. **Wynika więc z tego, że średnio lekarz – kobieta żyje w województwie śląskim krócej od swojej pacjentki o ok. 8 lat!!**

Na Dolnym Śląsku długość życia odpowiednio wynosi: mężczyźni 70,4 lat, kobiety 79,0 lat. Z analizy DIL wynika, że średnia wieku zmarłych lekarzy i lekarzy dentystów obliczona z lat 2001 – 2009 dla mężczyzn wynosi 68,5 lat, dla kobiet 68,7 lat. **Wynika więc z tego, że średnio lekarz – kobieta żyje na Dolnym Śląsku krócej od swojej pacjentki o ponad 10 lat!!**

Kadra medyczna – podstawowe zagadnienia

Nie ulega wątpliwości, że poziom i dostępność usług z zakresu ochrony zdrowia zależy od potencjału kadry medycznej. W roku akademickim 2008/2009 w akademiach medycznych kształciło się 58,0 tys. studentów tj. o 54,7% więcej niż w roku akademickim 1990/1991. Wśród studentów akademii medycznych przeważają kobiety, i tak w roku akademickim 2008/2009 kobiety stanowiły aż 74,9% ogółu studentów. Naukę na pierwszym roku studiów w roku akademickim 2008/2009 na uczelniach medycznych rozpoczęły 12 709 osoby, przy czym 74,1% stanowiły kobiety. Dane te pokrywają się z badaniami DIL jakie przeprowadziliśmy wśród absolwentów Akademii Medycznej we Wrocławiu rocznik 2008.

W wielu krajach UE liczba studentów na uczelniach medycznych podlegała limitowaniu (tzw. polityka *numerus clausus*) w celu zapewnienia wyższego poziomu

nauczania, jak również obniżenia kosztów. Skutkowało to obniżaniem się liczby absolwentów studiów medycznych i w konsekwencji zmniejszaniem się liczby nowych lekarzy. Zjawisko takie wystąpiło szczególnie we Francji, Włoszech, Niemczech.

Tabela 2. Liczba absolwentów studiów medycznych na 100 tys. mieszkańców w wybranych krajach UE w 2007 roku

Dania	21,7
Austria	19,4
Irlandia	16,5
Grecja	13,3
Holandia	12,3
Włochy	11,6
Niemcy	11,6
Wielka Brytania	10,2
Szwecja	10,0
Węgry	10,0
UE	9,9
Słowacja	9,9
Hiszpania	8,7
Portugalia	7,7
Czechy	7,7
Finlandia	6,9
Belgia	6,9
Polska	6,7
Francja	5,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Health Data, czerwiec 2009

Tabela 2 przedstawia liczbę absolwentów studiów medycznych na 100 tys. mieszkańców w wybranych krajach UE w 2007 roku. Z uwagi na wciąż niski poziom wskaźnika liczby absolwentów studiów medycznych przypadających na 100 tys. mieszkańców wiele państw, a wśród nich m.in. Francja czy Włochy będą w coraz większym stopniu zależne od imigracji lekarzy. Wzrost zapotrzebowania na lekarzy będzie wynikiem postępujących procesów starzenia się społeczeństw oraz rosnącej luki pokoleniowej.

Analiza sytuacji w wybranych obszarach opieki zdrowotnej w krajach europejskich jest niezwykle trudna ze względu na brak porównywalnych danych statystycznych. W zasadzie porównywalne dane, ale tylko w ramach danej bazy danych, można otrzymać z bazy danych OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development/ Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju), które są co roku publikowane w opracowaniu pt. OECD Health Data oraz z bazy danych Eurostat. Jednak dane pochodzące z tych dwóch baz różnią się między sobą, co jest spowodowane odmienną metodologią gromadzenia informacji.

Do analizy personelu medycznego najczęściej wykorzystuje się wskaźniki dotyczące liczby lekarzy, lekarzy specjalistów i dentystów w przeliczeniu na 1000 mieszkańców. Dane dotyczące personelu medycznego powinny obejmować osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem, tj. bez osób, dla których głównym miejscem pracy jest uczelnia, jednostka administracji państwowej i samorządu terytorialnego albo NFZ. Każda z osób powinna być ujęta tylko raz, według podstawowego miejsca pracy. Ale w niektórych krajach dane o pracownikach medycznych obejmują również osoby posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego, ale niepraktykujące w swoim zawodzie (np. pracujące przy badaniach naukowych). Taka sytuacja w przypadku lekarzy ma miejsce w takich krajach jak: Francja, Irlandia, Holandia, Portugalia, Słowacja, natomiast w Belgii i Hiszpanii wielkości te podawane są łącznie z liczbą dentystów.

Z danych UE wynika, że występuje znaczne zróżnicowanie liczby lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców w poszczególnych krajach. **Tabela 3** przedstawia liczbę lekarzy na 1000 mieszkańców w wybranych krajach UE w 2007 roku.

Tabela 3. Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców w 20 wybranych krajach UE w 2007 roku

Polska	2,2
Wielka Brytania	2,5
Węgry	2,8
Luksemburg	2,9
Irlandia	3,0
Finlandia	3,0
UE	3,1
Słowacja	3,1
Dania	3,2
Francja	3,4
Portugalia	3,5
Niemcy	3,5
Szwecja	3,6

Czechy	3,6
Włochy	3,7
Hiszpania	3,7
Austria	3,8
Holandia	3,9
Belgia	4,0
Grecja	5,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Health Data 2009, czerwiec 2009

W porównaniu do 1990 roku wystąpił wzrost liczby lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców we wszystkich krajach UE za wyjątkiem Włoch, gdzie liczba lekarzy zmniejszyła się o 0,3%. Największy wzrost wskaźnika wystąpił w Hiszpanii (3,3%) i Austrii (3,2%). Średnio w krajach UE w latach 1990 - 2007 liczba lekarzy praktykujących na 1000 mieszkańców zwiększyła się o 2%. W Polsce w badanym okresie liczba lekarzy na 1000 mieszkańców nie zmieniła się. **Tabela 4** przedstawia sytuację w wybranych krajach UE.

Tabela 4. Zmiana liczby lekarzy na 1000 mieszkańców w wybranych krajach UE w latach 1990-2007 (w %)

Hiszpania	3,3
Austria	3,2
Grecja	2,9
Irlandia	2,8
Finlandia	2,7
Holandia	2,7
Wielka Brytania	2,5
Luksemburg	2,2
UE	2,0
Dania	1,9
Czechy	1,6
Niemcy	1,5
Portugalia	1,4
Szwecja	1,4
Belgia	1,2
Francja	0,5
Polska	0,0
Włochy	-0,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Health Data 2009, czerwiec 2009

W państwach UE w latach 1990 - 2007 liczba lekarzy specjalistów wzrosła o 60% w porównaniu z 23% wzrostem liczby lekarzy ogólnych. Lekarze specjaliści stanowią obecnie ponad połowę ogólnej liczby lekarzy w większości krajów UE z wyjątkiem Portugalii, gdzie

lekarzy ogólnych jest więcej niż lekarzy specjalistów, oraz Belgii, Portugalii i Francji, gdzie liczba specjalistów i lekarzy ogólnych jest prawie taka sama co przedstawia **Tabela 5**.

Tabela 5. Liczba lekarzy ogólnych i lekarzy specjalistów na 1000 mieszkańców w wybranych krajach UE w 2007 roku

	specjaliści	lekarze ogólni
Grecja	3,4	0,3
Wielka Brytania	2,9	0,7
Irlandia	2,8	0,5
Szwecja	2,6	0,6
Słowacja	2,3	0,4
Luksemburg	2,2	0,8
Niemcy	2,2	1,5
Węgry	2,0	0,7
UE	2,0	0,9
Austria	2,0	1,5
Belgia	2,0	2,0
Hiszpania	1,8	0,9
Finlandia	1,8	0,7
Polska	1,7	0,2
Francja	1,7	1,6
Portugalia	1,7	1,8
Czechy	1,6	0,7
Dania	1,2	0,8
Holandia	1,0	0,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Health Data 2009, czerwiec 2009

W poszczególnych krajach występuje znaczne zróżnicowanie liczby lekarzy specjalistów w danym zakresie medycyny. **Tabela 6** przedstawia liczbę lekarzy specjalistów przypadających na 100 tys. mieszkańców w wybranych krajach w 2005 i 2006 roku. Największe różnice występują w liczbie lekarzy medycyny rodzinnej, które wahają się od 165 lekarzy na 100 tys. mieszkańców we Francji do 15,2 w Polsce. Duża rozpiętość występuje także w liczbie lekarzy chorób wewnętrznych. W tej specjalizacji liderem są Niemcy z 45,7 lekarza na 100 tys. mieszkańców, a w „ogonie” znajduje się Irlandia gdzie przypada zaledwie 0,2 lekarza. W Polska ich liczba wynosi 27,4.

Tabela 6. Lekarze specjaliści na 100 tys. mieszkańców w wybranych krajach Unii Europejskiej według specjalności – dane za 2005 i 2006 rok

Lekarze wg specjalizacji	Polska	Czechy*	Niemcy	Irlandia	Holandia*	Wielka Brytania*	Słowacja	Francja	Szwecja
Anestezjologii i intensywnej terapii	10,1	17,3	20,2	6,1	7,8	22,7	12	17	14,5
Chirurgii ogólnej	11,3	24,6	22,3	4,9	6,7	15,4	14,8	6,7	13,8
Chirurgii neurologicznej	0,8	1,5	1,6	0,2	0,7	1,2	1	0,7	1,1
Chirurgii plastycznej	0,2	1,5	0,2	0,4	1,3	1,7	0,9	0,9	1,4
Dermatologii	3,7	8,1	5,8	0,5	2,5	2	5,9	6,6	3,6
Ginekologii i położnictwa	14,2	23,1	18,5	2,2	5,5	10,8	18	8,4	13,5
Medycyny rodzinnej	15,2	51,2	99,2	69,9	46,4	79	36,3	165	60,2
Chorób wewnętrznych	27,4	37,6	45,7	0,2	11,1	14,9	19,6	4	13,6
Kardiologii	3,9	5,5	4,1	0,7	4,5	4	3,8	9,9	6,1
Onkologii	0,6	2,3	1,5	0,5	bd	2,3	5	1	3,3
Neurologii	7	13,6	4,3	0,4	4,3	1,9	9,5	3	3,3
Psychiatrii	5,8	13,7	12,6	4,9	15,2	19,6	9	22,2	17,6
Medycyny pracy	3,2	1	0,6	0,1	12,1	0,5	0,6	8,1	0,4
Okulistyki	6,6	11,5	7,7	0,8	3,9	4,7	8,3	8,9	7,3
Otolaryngologii	5,4	9,5	6,5	0,8	2,8	3,5	6,8	4,8	5,8
Pediatrici	16,7	31,8	12,9	2,4	7,4	14,3	26,4	11,1	10,1
Radiodiagnostyki	6,4	15,1	7,5	3,8	6,9	6,6	7,9	13,8	10,4

* - dane za 2005 rok

Źródło: dane Eurostatu: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

Poziom dochodów lekarzy w krajach UE jest bardzo zróżnicowany. Specjaliści zarabiają zdecydowanie więcej niż lekarze ogólni, co w pewnym stopniu wyjaśnia zmianę proporcji między tymi grupami i związane z tym obawy o braki kadrowe w niektórych krajach. W odpowiedzi na zwiększone zapotrzebowanie na lekarzy w wielu krajach UE wzrósł odsetek zagranicznych lekarzy. I tak w latach 2000 - 2007 w Szwecji odsetek zagranicznych lekarzy wzrósł prawie dwukrotnie, trzykrotny wzrost zanotowano w Irlandii co przedstawia **Tabela 7**.

Tabela 7. Udział lekarzy z zagranicy w ogólnej liczbie lekarzy w wybranych krajach UE w latach 2000-2007 (w %)

Kraj	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Szwecja	12,6	13,5	14,4	15,8	17,1	18,2	19,6	b. d.
Irlandia	16,1	16,6	24,3	25,7	35,5	34,8	37,6	43,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Health Data 2009, czerwiec 2009

Sytuacja demograficzna lekarzy na obszarze Izb Lekarskich: Śląskiej i Dolnośląskiej

Polska jest krajem o powierzchni 312 679 km², w którym mieszka 38 135 876 obywateli. Województwo Śląskie to obszar o powierzchni 12 334 km², gdzie mieszka 4 645 000 mieszkańców. Dolny Śląsk to obszar o powierzchni 19 947 km², gdzie mieszka 2 887 059 obywateli (stan wg GUS na dzień 31 grudnia 2009 r.). Dla porównania: gęstość zaludnienia w województwie śląskim wynosi 377 obywateli/km², na Dolnym Śląsku 144 obywateli/km², średnia dla Polski to 122 obywateli/km². Razem na powierzchni 32 281 km² (nieco ponad 10,0% powierzchni Polski) żyje ok. 7 522 800 mieszkańców (czyli prawie 20% obywateli Polski).

W 2009 roku w Polsce - według danych Naczelnej Izby Lekarskiej - było zarejestrowanych 153 518 lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód, w tym 92 529 kobiet, co oznacza, że kobiety stanowiły 60,3% ogółu lekarzy i lekarzy dentyistów.

Na terenie województwa śląskiego działają 3 Okręgowe Izby Lekarskie: Beskidzka (która skupia 3 238 lekarzy i lekarzy dentyistów), Częstochowska (która skupia 2 894 lekarzy i lekarzy dentyistów) i Śląska. W Śląskiej Izbie Lekarskiej było zarejestrowanych 15 705 lekarzy w tym kobiet 9 551 (61%) i mężczyzn 6 154 (39%), z czego 14 402 (92%) to lekarze i lekarze dentyści aktywni zawodowo i 1 303 (8%) nieaktywni zawodowo. 11 507 (73%) lekarzy i lekarzy dentyistów posiadało specjalizację, 4 198 (27%) było bez specjalizacji.

Na terenie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej było zarejestrowanych 13 566 lekarzy w tym kobiet 8 433 (62%) i mężczyzn 5 133 (38%), z czego 11 730 (86%) to lekarze i lekarze dentyści aktywni zawodowo i 1 836 (14%) nieaktywni zawodowo. 8 628 (64%) lekarzy i lekarzy dentyistów posiadało specjalizację, 4 938 (36%) było bez specjalizacji.

Łącznie na terenie obu Izb było zarejestrowanych 29 271 lekarzy, co stanowiło 19% wszystkich lekarzy zarejestrowanych w Polsce w 2009 r.

Na terenie Śląskiej Izby Lekarskiej 12 728 (81%) to lekarze i 2 977 (19%) to lekarze dentyści. 10 179 (80%) lekarzy posiadało specjalizację I lub II stopnia, 2 549 (20%) było bez specjalizacji, 1328 (45%) lekarzy dentyistów posiadało specjalizację I i II stopnia, 1 649 (55%) było bez specjalizacji. 13 564 (86,3%) lekarzy posiadało tytuł lekarza, 2 039 (13,0%) tytuł doktora nauk medycznych i 133 (0,84%) tytuł profesora.

Na terenie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej 10 388 (77%) to lekarze i 3 178 (23%) to lekarze dentyści. 7 938 (76%) lekarzy posiadało specjalizację I lub II stopnia, 2 450 (24%) było bez specjalizacji, 690 (22%) lekarzy dentyistów posiadało specjalizację I i II stopnia, 2 488 (78%) było bez specjalizacji. 12 064 (87,22%) lekarzy posiadało tytuł lekarza, 1 621 (11,72%) tytuł doktora nauk medycznych i 146 (1,06%) tytuł profesora.

Tabela 8. Lekarze wg specjalizacji z II st. (specjalizacje lekarskie podstawowe)

specjalizacje podstawowe II stopnia	DIL (6445)	ŚIL (8177)	Razem (14 622)
choroby wewnętrzne	1180 (18%)	1 821 (22%)	3001
pediatria	1122 (17%)	668 (8%)	1790
medycyna rodzinna	726 (11%)	565 (7%)	1291
chirurgia ogólna	460 (7%)	601 (7%)	1061
położnictwo i ginekologia	388 (6%)	609 (7%)	997
okulistyka	229 (4%)	372 (5%)	601
anestezjologia i intensywne terapie	221 (3%)	482 (6%)	703
ortopedia i traumatologia narządu ruchu	207 (3%)	330 (4%)	537
kardiologia	199 (3%)	305 (4%)	504
neurologia	182 (3%)	338 (4%)	520
pozostałe	1531 (24%)	2 086 (26%)	3 617

Tabela 8 pokazuje liczbę lekarzy wg najpopularniejszych specjalizacji podstawowych II stopnia wśród lekarzy. Największą liczbę stanowią lekarze chorób wewnętrznych i kolejno: pediatrzy, lekarze medycyny rodzinnej, chirurgii ogólnej i ginekologii. **Tabela 9** pokazuje liczbę lekarzy wg najpopularniejszych specjalizacji szczegółowych.

Tabela 9. Lekarze wg specjalizacji (specjalizacje szczegółowe)

specjalizacje szczegółowe	DIL (1031)	ŚIL (1000)	Razem (2031)
choroby płuc	185 (18%)	184 (18%)	369
reumatologia	144 (14%)	148 (15%)	292
Alergologia	109 (11%)	75 (8%)	184
balneologia i medycyna fizykalna	73 (7%)	15 (2%)	88
Nefrologia	61 (6%)	61 (6%)	122
diabetologia	60 (6%)	70 (7%)	130
Pozostałe	399 (39%)	447 (45%)	846

Tabela 10 pokazuje liczbę lekarzy dentystów wg specjalizacji lekarsko-dentystycznych.

Tabela 10. Lekarze wg specjalizacji (specjalizacje lekarskie-dentystyczne)

specjalizacje lekarskie dentystyczne II stopnia	DIL (548)	ŚIL (494)	Razem (1024)
protetyka stomatologiczna	154 (28%)	105 (21%)	259
stomatologia zachowawcza z endodoncją	136 (25%)	128 (26%)	264
ortodoncja	112 (20%)	84 (17%)	196
chirurgia stomatologiczna	71 (13%)	89 (18%)	159
pozostałe	76 (14%)	88 (18%)	164

Tabela 11 przedstawia dla porównania liczbę lekarzy specjalistów przypadających na 100 tys. mieszkańców w wybranych krajach UE w latach 2005 - 2006 oraz na terenie DIL i ŚIL w 2009 roku.

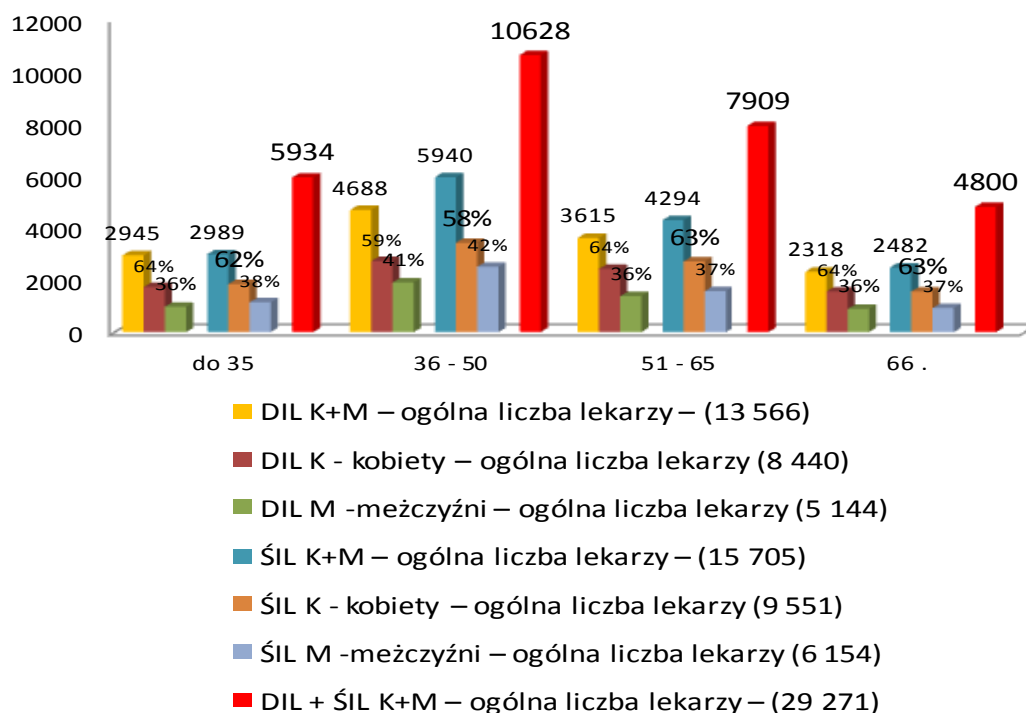
Tabela 61. Lekarze specjaliści na 100 tys. mieszkańców w wybranych krajach UE (w latach 2005–06) i na terenie DIL i ŚIL w 2009 roku - według specjalności

Lekarze wg specjalizacji	Polska	Czechy*	Niemcy	Irlandia	Wielka Brytania*	Słowacja	Francja	Szwecja	DIL	ŚIL
Chorób wewnętrznych	27,4	37,6	45,7	0,2	14,9	19,6	4	13,6	41	39,2
Pediiatrii	16,7	31,8	12,9	2,4	14,3	26,4	11,1	10,1	39	14,4
Medycyny rodzinnej	15,2	51,2	99,2	69,9	79	36,3	165	60,2	25,2	12,2
Chirurgii ogólnej	11,3	24,6	22,3	4,9	15,4	14,8	6,7	13,8	15,9	12,9
Ginekologii i położnictwa	14,2	23,1	18,5	2,2	10,8	18	8,4	13,5	21,8	13,1
Okulistyki	6,6	11,5	7,7	0,8	4,7	8,3	8,9	7,3	7,9	8
Anestezjologii i intensywnej terapii	10,1	17,3	20,2	6,1	22,7	12	17	14,5	7,7	10,4
Kardiologii	3,9	5,5	4,1	0,7	4	3,8	9,9	6,1	7,1	6,6
Neurologii	7	13,6	4,3	0,4	1,9	9,5	3	3,3	9,5	7,3

* - dane za 2005 rok

Źródło: Opracowanie własne na podstawie .eurostat.ec.europa.eu oraz danych z rejestrów DIL i ŚIL

Na 15 705 lekarzy zarejestrowanych w ŚIL 2 989 (19%) lekarzy miało mniej niż 35 lat, z czego kobiety stanowiły 62% a mężczyźni 38%. 5 940 (38%) lekarzy było w przedziale wiekowym 36 – 50 lat, z czego 58% to kobiety i 42% to mężczyźni. 4 294 (27%) lekarzy było w przedziale wiekowym 51 – 65 lat, z czego 63% to kobiety i 37% to mężczyźni i 2 482 (15,7%) lekarzy było w przedziale wiekowym powyżej 65 lat, z czego 63% to kobiety i 37% to mężczyźni.



Na 13 566 lekarzy zarejestrowanych w DIL 2 945 (22%) lekarzy miało mniej niż 35 lat, z czego kobiety stanowiły 64% a mężczyźni 36%. 4 688 (35%) lekarzy było w przedziale wiekowym 36 – 50 lat, z czego 59% to kobiety i 41% to mężczyźni. 3 615 (27%) lekarzy było w przedziale wiekowym 51 – 65 lat, z czego 64% to kobiety i 34% to mężczyźni i 2 318 (17%) lekarzy było w przedziale wiekowym powyżej 65 lat, z czego 64% to kobiety i 34% to mężczyźni.

W 2008 roku wg NIL 35% ogółu lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu miało ponad 55 lat.

W wybranych specjalnościach sytuacja wiekowa naszych lekarzy przedstawia się różnie. Kolejne tabele prezentują strukturę wiekową lekarzy z podziałem na płeć dla wybranych specjalizacji (pod każdą tabelą znajduje się informacja o liczbie lekarzy w trakcie specjalizacji z podziałem na okres do 3 i powyżej 3 lat):

specjalizacje podstawowe:

Tabela 12. choroby wewnętrzne

	DIL			ŚIL		
	razem (1180)	kobiety (656)	mężczyźni (524)	razem (1821)	kobiety (975)	mężczyźni (846)
średni wiek	49,32	48,75	50,04	54	48,4	61
do 35	98	67%	33%	175	60%	40%
36 - 50	531	54%	46%	900	55%	45%
51 - 65	406	58%	42%	496	54%	46%
66	145	49%	51%	250	45%	55%

Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji: DIL 271 (117+154), ŚIL 303 (134+169)

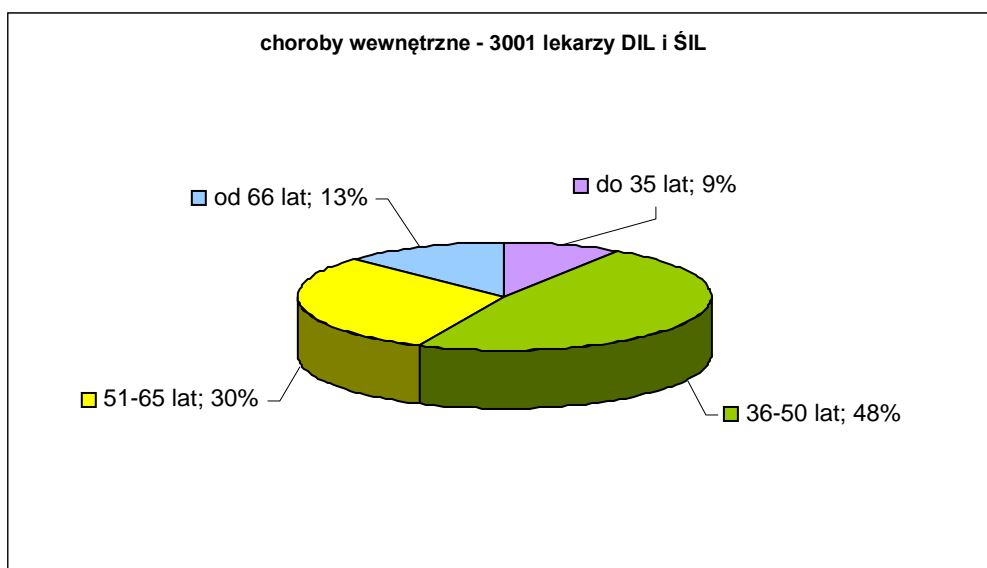


Tabela 13. pediatria

	DIL			ŚIL		
	razem (1122)	kobiety (935)	mężczyźni (187)	razem (668)	kobiety (556)	mężczyźni (112)
średni wiek	54,05	54,13	53,66	54,87	54,38	57,33
do 35	15	60%	40%	14	93%	7%
36 - 50	412	80%	20%	262	84%	16%
51 - 65	536	87%	13%	241	88%	12%
66	159	79%	21%	151	74%	26%

Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji: DIL 105 (65+40), ŚIL 115 (59+56)

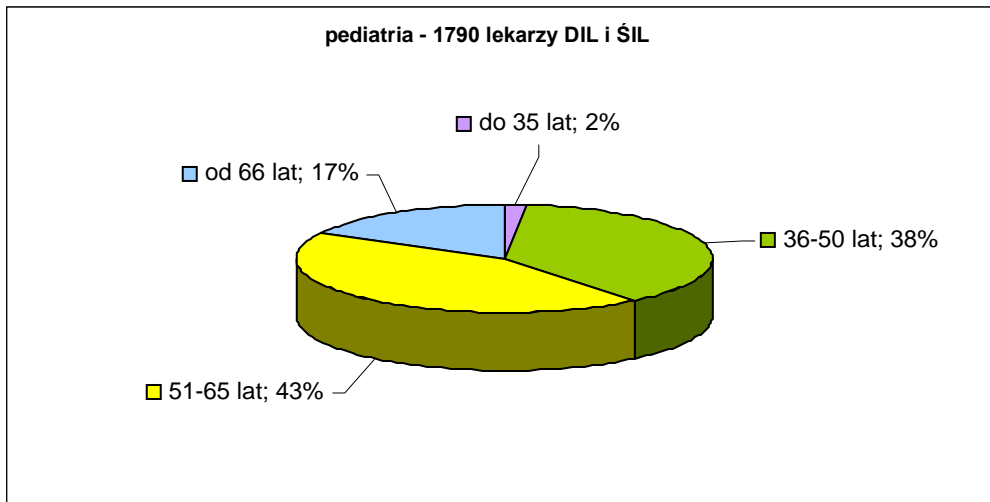


Tabela 14. medycyna rodzinna

	DIL			ŚIL		
	razem (726)	kobiety (504)	mężczyźni (222)	razem (565)	kobiety (394)	mężczyźni (171)
średni wiek	48,03	47,66	48,83	47,46	46,42	49,84
do 35	31	71%	29%	25	76%	24%
36 - 50	432	68%	32%	373	73%	27%
51 - 65	258	78%	22%	141	69%	31%
66	5	20%	80%	26	23%	77%

Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji: DIL 144 (65+79), ŚIL 134 (77+57)

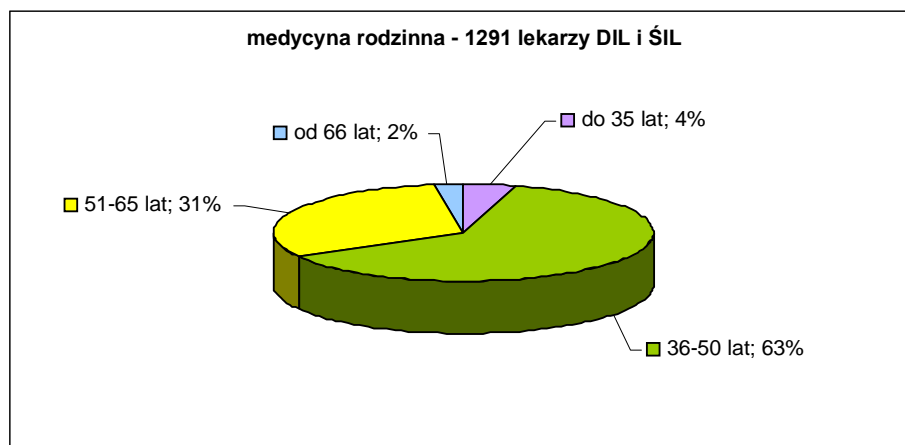


Tabela 15. chirurgia ogólna

	DIL			ŚIL		
	razem (460)	kobiety (46)	mężczyźni (414)	razem (601)	kobiety (55)	mężczyźni (546)
średni wiek	53,05	51,90	53,18	52,78	51,18	52,94
do 35	12	25%	75%	9	0	100%
36 - 50	168	9%	91%	285	11%	89%
51 - 65	237	11%	89%	213	8%	92%
66	43	7%	93%	94	7%	93%

DIL Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji: DIL 85 (43+42), ŚIL 124 (42+82)

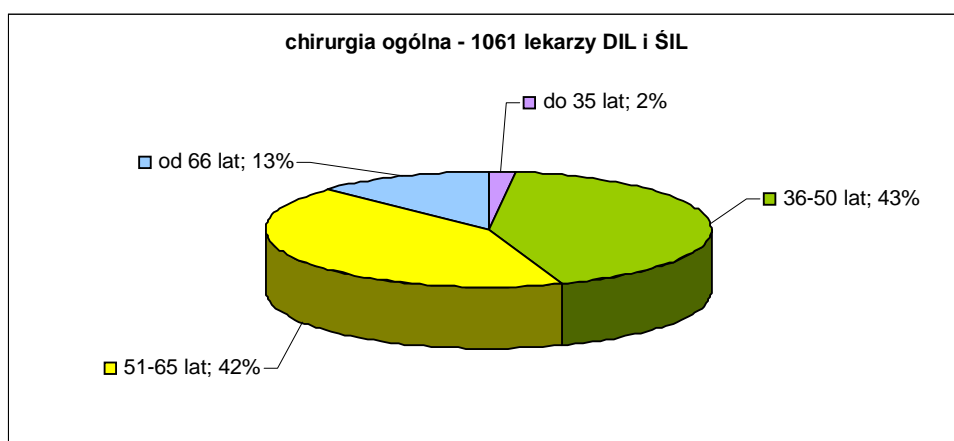


Tabela 16. położnictwo i ginekologia

	DIL			ŚIL		
	razem (388)	kobiety (129)	mężczyźni (259)	razem (609)	kobiety (197)	mężczyźni (412)
średni wiek	41,40	55,76	55,42	55,61	55,94	55,45
do 35	12	0%	100%	7	57%	43%
36 - 50	113	36%	64%	199	26%	74%
51 - 65	183	33%	67%	287	38%	62%
66	80	23%	77%	116	28%	72%

Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji: DIL 83 (42+41), ŚIL 122 (43+79)

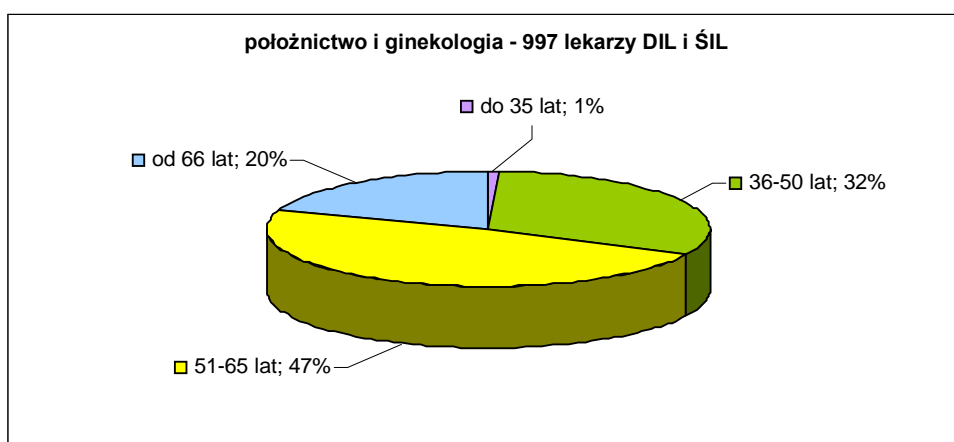


Tabela 17. okulistyka

	DIL			ŚIL		
	razem (229)	kobiety (190)	mężczyźni (39)	razem (372)	kobiety (318)	mężczyźni (54)
średni wiek	51,62	52,06	49,37	51,99	52,5	48,83
do 35	15	80%	20%	16	69%	31%
36 - 50	82	77%	23%	185	82%	18%
51 - 65	84	88%	12%	103	94%	6%
66	48	85%	15%	68	85%	15%

Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji DIL 60 (29+31), ŚIL 91 (34+57)

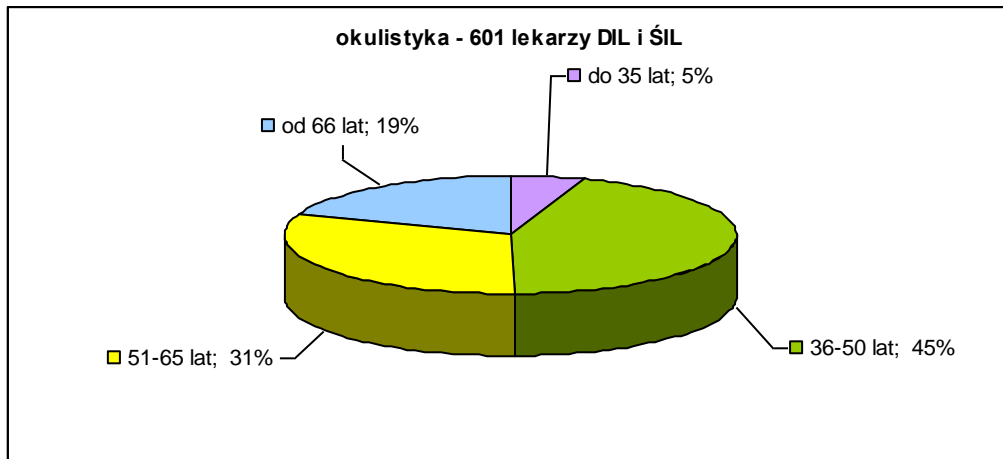


Tabela 18. anestezjologia i intensywne terapia

	DIL			ŚIL		
	razem (221)	kobiety (122)	mężczyźni (99)	razem (482)	kobiety (281)	mężczyźni (201)
średni wiek	47,20	47,56	46,79	48,35	48,6	48
do 35	3	66%	33%	23	65%	35%
36 - 50	142	53%	47%	291	55%	45%
51 - 65	73	60%	40%	141	65%	35%
66	3	33%	66%	27	52%	48%

Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji: DIL 98 (54+44), ŚIL 214 (95+119)

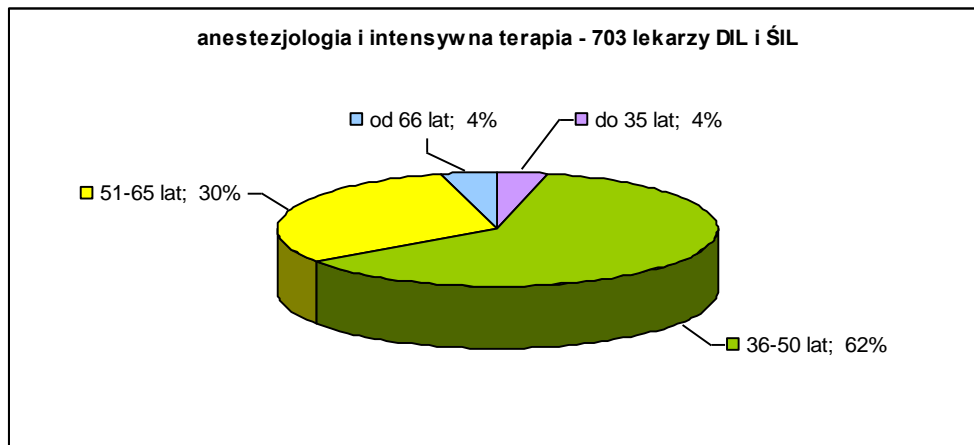


Tabela 19. ortopedia i traumatologia narządu ruchu

	DIL			ŚIL		
	razem (207)	kobiety (11)	mężczyźni (196)	razem (330)	kobiety (29)	mężczyźni (301)
średni wiek	52,75	54,28	52,68	50,81	51,27	48,83
do 35	4	0	100%	20	0	100%
36 - 50	87	6%	94%	158	9%	91%
51 - 65	88	3%	97%	112	11%	89%
66	28	2%	89%	40	5%	95%

Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji: DIL 69 (30+39), ŚIL 146 (60+86)

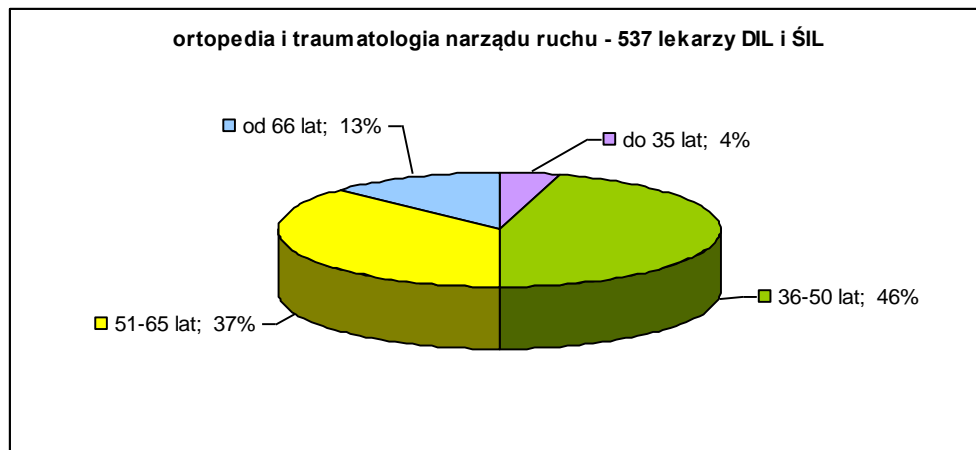


Tabela 20. kardiologia

	DIL			ŚIL		
	razem (199)	kobiety (87)	mężczyźni (112)	razem (305)	kobiety (152)	mężczyźni (153)
średni wiek	51,19	51,80	50,71	48,96	51,1	48,58
do 35	0	0	0	0	0	0
36 - 50	104	40%	60%	196	47%	53%
51 - 65	74	47%	53%	89	54%	46%
66	21	48%	52%	20	60%	40%

Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji: DIL 75 (75+0), ŚIL 220 (116+104)

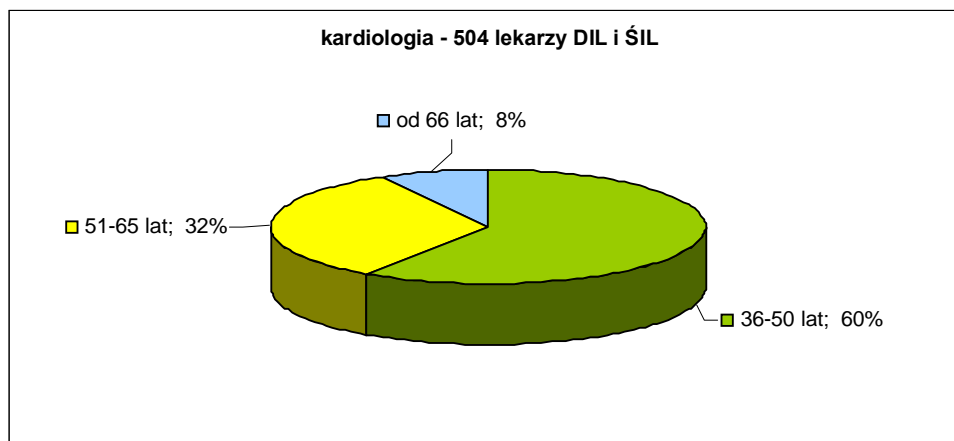
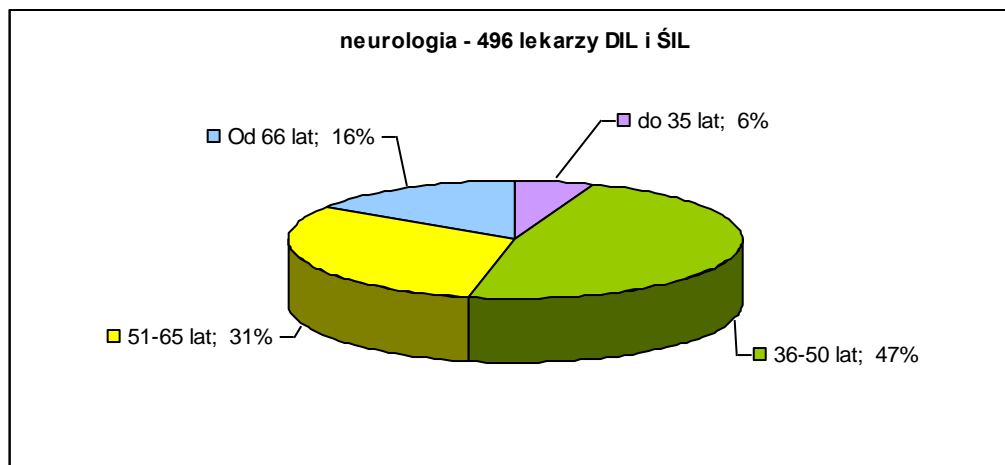


Tabela 21. neurologia

	DIL			ŚIL		
	razem (158)	kobiety (114)	mężczyźni (44)	razem (338)	kobiety (235)	mężczyźni (103)
średni wiek	51,97	51,50	53,26	50,94	50,78	51,3
do 35	9	78%	22%	19	68%	32%
36 - 50	61	66%	34%	175	68%	32%
51 - 65	65	78%	22%	90	79%	21%
66	23	70%	30%	54	59%	41%

Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji: DIL 60 (29+31), ŚIL 74 (26+48)



specjalizacje lekarsko – dentystyczne:

Tabela 22. protetyka stomatologiczna

	DIL			ŚIL		
	razem (154)	kobiety (103)	mężczyźni (51)	razem (105)	kobiety (70)	mężczyźni (35)
Średni wiek	55,96	55,56	56,73	60,28	58,42	64
do 35	6	50%	50%	2	50%	50%
36 - 50	33	66%	33%	22	82%	18%
51 - 65	80	72%	28%	39	74%	26%
66	35	57%	43%	42	52%	48%

Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji: DIL 9 (7+2), ŚIL 20 (11+9)

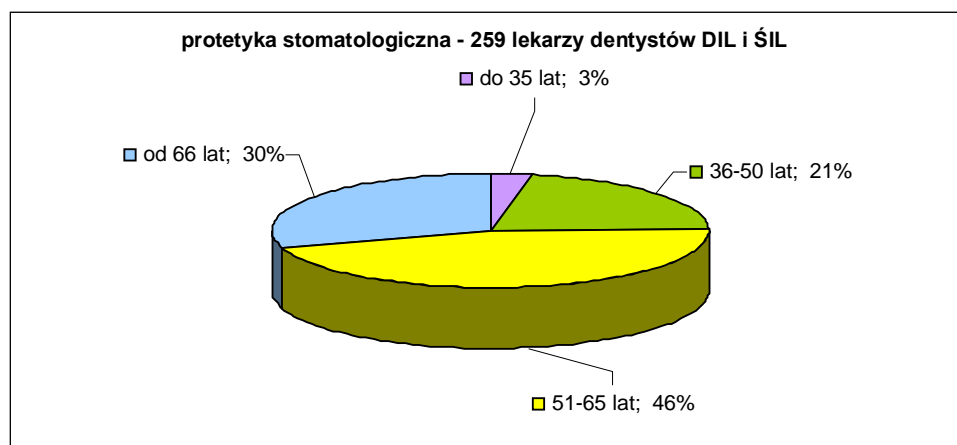


Tabela 23. stomatologia zachowawcza z endodoncją

	DIL			ŚIL		
	razem (136)	kobiety (122)	mężczyźni (14)	razem (128)	kobiety (113)	mężczyźni (15)
Średni wiek	54,53	55,24	48,68	65,28	65,56	63
do 35	2	100%	0%	9	89%	11%
36 - 50	50	86%	14%	14	79%	21%
51 - 65	50	90%	10%	11	91%	9%
66	34	94%	6%	94	89%	11%

Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji: DIL 17 (17+0), ŚIL 22 (21+1)

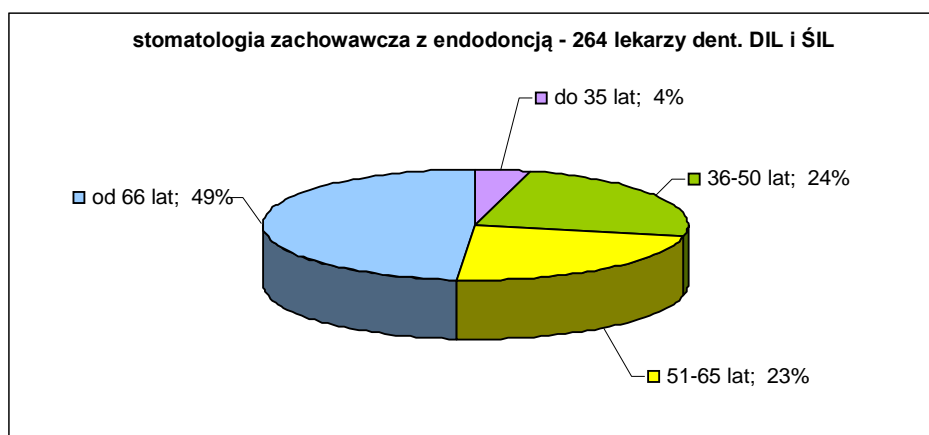
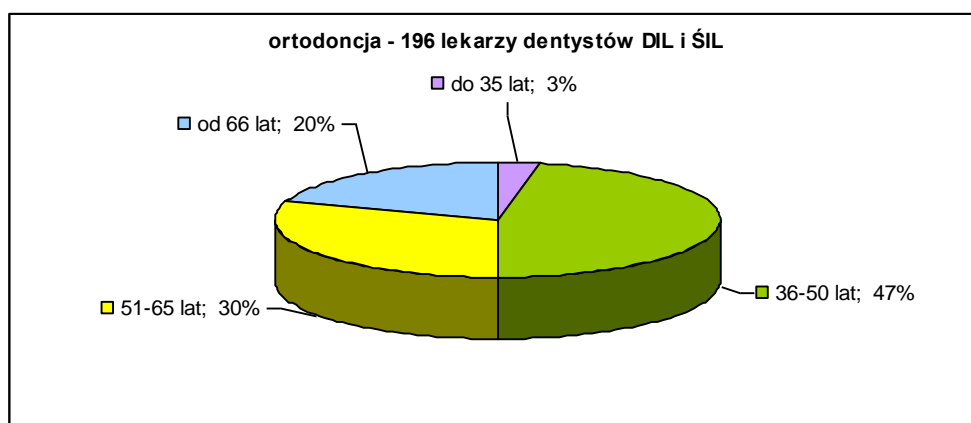


Tabela 24. ortodoncja

	DIL			ŚIL		
	razem (112)	kobiety (97)	mężczyźni (15)	razem (84)	kobiety (76)	mężczyźni (8)
Średni wiek	53,00	53,01	45,4	54,6	54,84	52,37
do 35	3	66%	33%	3	100%	0
36 - 50	56	80%	20%	36	86%	14%
51 - 65	37	95%	5%	22	95%	5%
66	16	94%	6%	23	91%	9%

Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji: DIL 11 (5+6), SIL 12 (10+2)



specjalizacje szczegółowe:

Tabela 25. pulmonologia

	DIL			ŚIL		
	razem (185)	kobiety (126)	mężczyźni (59)	razem (184)	kobiety (128)	mężczyźni (56)
Średni wiek	55,97	55,76	56,41	53,76	53,54	54,25
do 35	0	0	0	0	0	0
36 - 50	54	59%	41%	84	70%	30%
51 - 65	110	74%	26%	68	71%	29%
66	21	62%	48%	32	66%	34%

Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji: DIL 18 (18+0), ŚIL 21 (20+1)

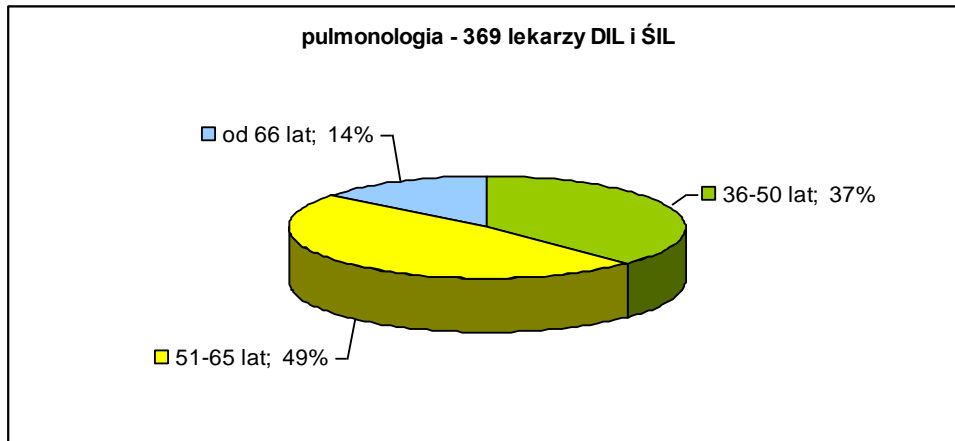


Tabela 26. reumatologia

	DIL			ŚIL		
	razem (144)	kobiety (94)	mężczyźni (50)	razem (148)	kobiety (114)	mężczyźni (34)
Średni wiek	57,39	56,97	58,33	55,77	55,23	57,55
do 35	0	0	0	0	0	0
36 - 50	27	66%	33%	53	79%	21%
51 - 65	91	68%	32%	64	80%	20%
66	26	54%	46%	31	68%	32%

Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji: DIL 14 (14+0), ŚIL 29 (19+10)

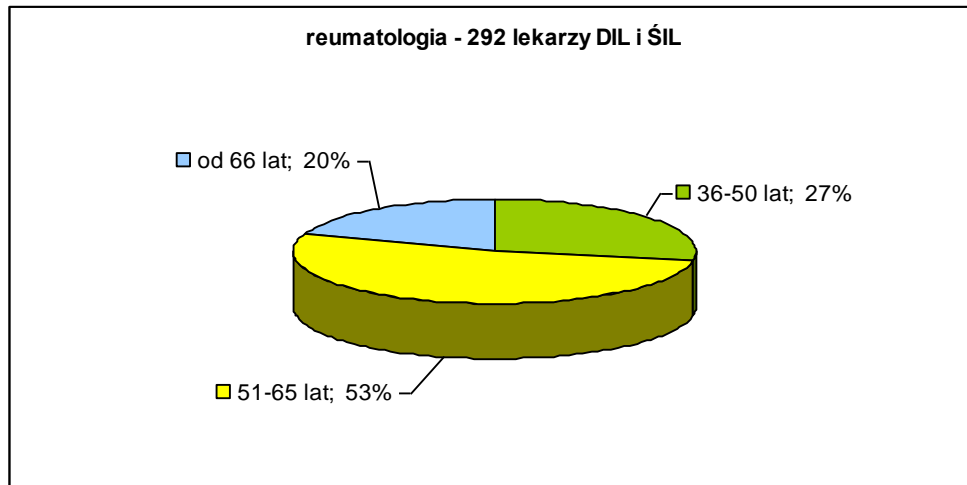
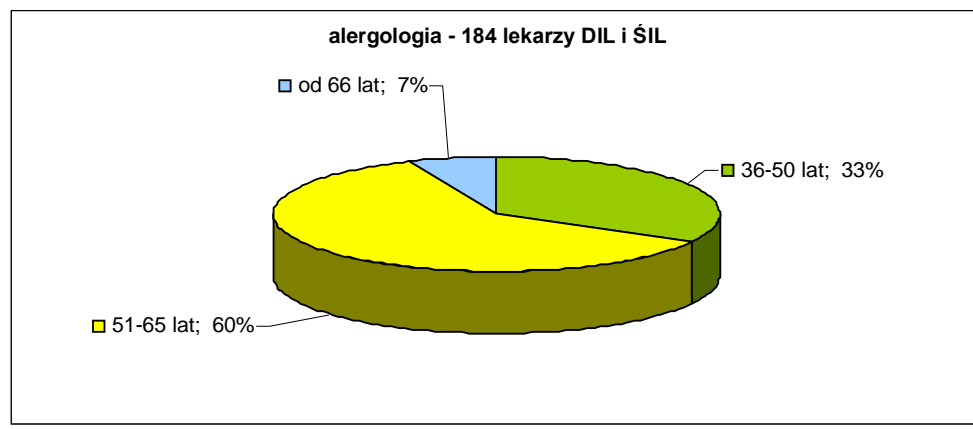


Tabela 27. alergologia

	DIL			ŚIL		
	razem (109)	kobiety (80)	mężczyźni (29)	razem (75)	kobiety (55)	mężczyźni (20)
Średni wiek	54,44	54,71	53,64	52	52	52
do 35	0	0	0	0	0	0
36 - 50	29	62%	38%	32	69%	31%
51 - 65	70	80%	20%	41	80%	20%
66	10	60%	40%	2	0	100%

Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji: DIL 7 (7+0), ŚIL 15 (10+5)



Zakończenie

Z przeprowadzonej analizy wynika, że Polska znajduje się na końcu statystyk UE dotyczących kadry lekarskiej. Liczba lekarzy jest w Polsce relatywnie niska - przeciętnie przypada 22 lekarzy na 10 000 mieszkańców, podczas gdy średnia dla krajów UE wynosi 31 lekarzy na 10 000 mieszkańców. Przyjmując, że liczba lekarzy zależy bezpośrednio od liczby studentów kształcących się na kierunkach medycznych, to niestety należy stwierdzić, że nie zachodzą w tym obszarze korzystne zmiany. W Polsce liczba absolwentów studiów medycznych jest niska i wynosi 6,7 absolwenta na 100 000 mieszkańców. Średnia dla krajów UE wynosi 9,9 absolwenta na 100 000 mieszkańców. Ponadto, wciąż silne zjawisko wyjazdów lekarzy za granicę dodatkowo będzie pogarszało sytuację w dostępie do świadczeń medycznych ludności. Z uwagi na niski poziom wskaźnika liczby absolwentów studiów medycznych przypadających na 100 tys. mieszkańców wiele państw, a wśród nich m.in. Francja czy Włochy będą w coraz większym stopniu zależne od imigracji lekarzy. Istnieje obawa, że w niektórych krajach może zabraknąć lekarzy określonych specjalności z powodu emigracji. W wielu krajach UE wyraźnie wzrasta odsetek zagranicznych lekarzy. W latach 2000 - 2007 w Szwecji odsetek zagranicznych lekarzy wzrósł prawie dwukrotnie a w Irlandii – trzykrotnie. W Wielkiej Brytanii około połowa wzrostu liczby lekarzy dotyczyła rekrutacji z zagranicy.

Wzrost zapotrzebowania na lekarzy jest, a w przyszłości będzie jeszcze wyraźniej, wynikiem postępujących procesów starzenia się społeczeństw oraz rosnącej luki pokoleniowej. W związku z postępującymi procesami starzenia się ludności i związanym z tym wzrostem liczby zachorowań na określone choroby, niezmiernie ważne jest

monitorowanie zapotrzebowania gospodarki na lekarzy w określonych dziedzinach medycyny, tak aby zapewnić społeczeństwu optymalną opiekę lekarską.

Literatura:

1. Eurostat, European Commission.
2. Dane o liczbie lekarzy i lekarzy dentystów z Rejestru Dolnośląskiej Izby Lekarskiej za 2009 rok..
3. Dane o liczbie lekarzy i lekarzy dentystów z Rejestru Śląskiej Izby Lekarskiej za 2009 rok.
4. Hamankiewicz Maciej: Quo vadis lekarze i lekarze dentyści teraz i w 2024 r.; materiały własne Śląska Izba Lekarska, Katowice 2009.
5. OECD - Health Data 2009.
6. Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 r. Informacje i opracowania statystyczne, GUS Warszawa 2008, s. 64.
7. „Prognozowanie zmian i trendów wśród pracodawców dolnośląskiego sektora ochrony zdrowia”; projekt unijny ze środków UE w ramach Programu Operacyjnego „Kapitał Ludzki 2007 - 2013”zrealizowany przez Dolnośląską Izbę Lekarską wspólnie z firmą Human Partner, Wrocław 2009 –2010.
8. Szkoły wyższe i ich finanse w 2008 r. Informacje i opracowania statystyczne, GUS, Warszawa 2009, s. 50.
9. Trwanie życia w 2008 r. Informacje i opracowania statystyczne, GUS Warszawa 2009, s. 9.