

LEKARZ JAKO ZAWÓD ZAUFANIA PUBLICZNEGO

JACEK WIATROWSKI¹ KAROL WIATROWSKI²

¹Instytut Nauk Społecznych
Wydział Interdyscyplinarny
Akademia Polonijna w Częstochowie

²Katedra Nauk o Zdrowiu i Fizjoterapii
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy
im. Jana Długosza w Częstochowie

Streszczenie

Zawód zaufania publicznego to zawód polegający na obsłudze osobistych potrzeb ludzkich, wiążący się z przyjmowaniem informacji dotyczących życia osobistego i zorganizowany w sposób uzasadniający przekonanie społeczne o właściwym dla interesów jednostki wykorzystywaniu tych informacji przez świadczących usługi. Wykonywanie zawodu zaufania publicznego określane jest dodatkowo normami etyki zawodowej, szczególną treścią ślubowania, tradycją korporacji zawodowej, czy szczególnym charakterem wykształcenia wyższego i uzyskanej specjalizacji. Dopuszczenie przez konkretną osobę, osoby świadczącej ten zawód do sfery jej prywatności musi bowiem mieć jako swój podstawowy wyznacznik – szczególny rodzaj więzi oparty na zaufaniu. Wykonywanie zawodu lekarza jako profesji zaufania publicznego w ujęciu statystycznym w Polsce wykazuje permanentny niedobór kadry zawodowej w zestawieniu z innymi krajami Unii Europejskiej i wybranych krajach OECD. Zasadnym pozostaje dogłębna egzegeza ilości lekarzy w Polsce z uwzględnieniem wielu zmiennych statystycznych i wyjaśnienie przyczyn, tendencji i trendów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza.

Słowa kluczowe: zawód zaufania publicznego, liczebność lekarzy, wolny zawód

Wstęp

„Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, takich jak w szczególności: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitacja chorych, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich. Za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także prowadzenie przez lekarza prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia, nauczanie zawodu lekarza, kierowanie podmiotem leczniczym”, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej [1, 2].

Lekarz jako zawód zaufania publicznego

Kwestią zasadniczą pozostaje kwalifikacja zawodu lekarza, jako zawodu zaufania publicznego. Istotnym pozostaje, iż aktualnie obowiązujące przepisy prawne w wielu miejscach wprowadzają reglamentację w dostępności do wykonywania prac wielu rodzajów. W tym miejscu należy zaznaczyć, że nie każde zajęcie stanowi wykonywanie zawodu, a jedynie takie, które pozostaje świadczeniem obowiązku określonego rodzaju w sposób zawodowy. Co więcej, zawodem określa się zespół czynności wyodrębnionych w ramach społecznego podziału pracy, wymagających odpowiedniego przygotowania (kwalifikacji), wykonywanych przez jednostkę stale lub dorywczo i stanowiących dla niej źródło utrzymania [3].

Relevantnym, dla odzwierciedlenia złożoności problemu wydaje się dyrektywa zawarta w art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, przewidująca możliwość powołania dla osób, wykonujących „zawody zaufania publicznego” struktur samorządu zawodowego [4]. Oznacza to, iż wymienione zawody występują jako korporacje publicznoprawne, tj. przymusowe zrzeszenia, wyposażone w pewnego rodzaju władztwo publiczne wobec swych członków. Partykularyzm ten pozostaje dookreślony w ustawach szczególnych, a przejawia się m.in. w nadzorowaniu prawidłowości wykonywania zawodu, jak również kontroli przestrzegania przez członków korporacji zasad etyki zawodowej. Znamiennym pozostaje, iż podobnie jak

samorząd terytorialny, również korporacje samorządu zawodowego podlegają nadzorowi organów administracji państwowej i sądów administracyjnych.

Dlatego też należy uznać, iż treści zawarte w art. 17 ust. 1 Konstytucji RP nie pozwalają tylko na uznanie samorządu zawodowego skupiającego przedstawicieli wolnych zawodów za jedną z form samorządu gospodarczego, nastawioną przede wszystkim na działalność dochodową. Wręcz przeciwnie, z powyższego wywodu, należy wyprowadzić wnioski, iż w powołaniu do życia określonego samorządu zawodowego chodzi, w równym stopniu, o poza dochodowe aspekty funkcjonowania konkretnego zawodu.

Podsumowując powyższą część rozważań, należy stwierdzić i wyraźnie zaakcentować, konieczność uznania „zawodu zaufania publicznego”, jako pojęcia mającego treść merytoryczną (materialną), definiowalną w oparciu o wyodrębnione i omówione cechy konstytutywne. Co więcej, wspomniana grupa profesji nie jest w pełni tożsama z „wolnymi zawodami”, które to pojęcie jest również kategorią języka prawnego. Uznając przedstawione implikacje za zasadne, należy uznać, iż zakresy treściowe obu analizowanych pojęć krzyżują się (istnieje grupa zawodów „wolnych”, będących jednocześnie zawodami „zaufania publicznego” – np. lekarz). Dodatkowo koherentna analiza omawianej problematyki stanowi, iż owe nazewnictwo nie może być na płaszczyźnie ustrojowo-prawnej używane zamiennie – jako synonimy.

Na gruncie doktryny i w praktyce powstają różne koncepcje i propozycje elementów składowych wyczerpujących pojęcie definicyjne rzeczzonego terminu. Katalog cech osób wykonujących wolny zawód ma charakter otwarty. Zdaniem A. Kidyby muszą być spełnione następujące przesłanki, aby uznać, iż mamy do czynienia z wykonywaniem „wolnego zawodu” [5]:

1. wykonywanie tak zwanego wolnego zawodu określone jako świadczenie usług typowych dla tego zawodu,
2. działalność ta jest prowadzona samodzielnie i osobiście, łącząc w sobie kategorie pracodawcy i pracownika, co oznacza że nie jest się zobligowanym do wykonywania poleceń osoby trzeciej,
3. praca wykonywana jest na własny rachunek,
4. wymagane są szczególne wykształcenie i umiejętności związane z wykonywaniem zawodu.

Punktem wyjścia dla określenia definicji „zawodu zaufania publicznego” jest ustalenie znaczenia konstytucyjnego pojęcia „zaufanie publiczne”. W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego jest ono rozumiane jako przekonanie o zachowaniu przez wykonującego ten

zawód dobrej woli, właściwych motywacji, należytej staranności zawodowej oraz *”wiary w przestrzeganie wartości istotnych dla profilu danego zawodu”* [6]. Dlatego też, w literaturze wskazuje się, że: *„zawód zaufania publicznego to zawód polegający na obsłudze osobistych potrzeb ludzkich, wiążący się z przyjmowaniem informacji dotyczących życia osobistego i zorganizowany w sposób uzasadniający przekonanie społeczne, o właściwym dla interesów jednostki wykorzystywaniu tych informacji przez świadczących usługi. Wykonywanie zawodu zaufania publicznego określane jest dodatkowo normami etyki zawodowej, szczególną treścią ślubowania, tradycją korporacji zawodowej, czy szczególnym charakterem wykształcenia wyższego i uzyskanej specjalizacji. Dopuszczenie przez konkretną osobę, osoby świadczącej ten zawód do sfery jej prywatności musi bowiem mieć jako swój korelat zaufanie, że dopuszczenie to nie zostanie nadużyte”* [7, 8].

W oparciu o przedstawioną definicję zawodu zaufania publicznego, można uznać, iż spośród wielowątkowości elementów składowych, będących odzwierciedleniem niejednorodności rozwiązań prawnych, występują cechy, powtarzające się z pewną regularnością. Powinno się nadto wyartykułować stwierdzenie, iż stanowią one przedstawioną enumeratywnie definicję „zawodu zaufania publicznego”. Przyjmując taką koncepcję wnioskowania za warunek *sine quo non* zdefiniowania pojęcia omawianej grupy zawodowej należy wymienić następujące pryncypia tej definicji:

- a) intelektualny charakter aktywności;
- b) samodzielność w wykonywaniu zawodu;
- c) niezależność w wykonywaniu czynności zawodowych;
- d) szczególny charakter stosunków łączących osobę wykonującą zawód z odbiorcą świadczenia;
- e) bezinteresowność w udzielaniu świadczeń lub usług;
- f) przynależność do korporacji zawodowej i jej nadzór nad wykonywaniem zawodu zgodnie z obowiązującymi zasadami etycznymi i deontologicznymi;
- g) społeczne znaczenie wolnego zawodu (misja społeczna);
- h) podwyższony stopień odpowiedzialności za skutki prowadzonej działalności.

Zasadnym pozostaje stwierdzenie, iż są to zatem, elementy trwale definiujące „zawody zaufania publicznego” o charakterze nie tylko poznawczym, ale pozwalającym odnieść rzeczoną problematykę do rozwiązań prawnych związanych z tą terminologią.

Jednocześnie, przytoczona definicja „wolnego zawodu”, przedstawiona przykładowo w art.4 ust.1 pkt. 11 ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, zawiera określenia terminologiczne

wskazujące przede wszystkim na kryterium wykształcenia. W swojej publikacji J. Jacyszyn trafnie zauważył, że ustawodawca pomylił rodzaj i typ wykształcenia z określonym zawodem – nie wystarczy być np. lekarzem, prawnikiem, ekonomistą czy inżynierem, by mieć status „wolnego zawodu” [9]. Takie automatyczne połączenie typu wykształcenia z prawem do wykonywania określonego wolnego zawodu odbywa się wyjątkowo. Najczęściej posiadanie odpowiedniego wykształcenia jest jednym z wskazanych wymogów uzyskania statusu osoby wykonującej „wolny zawód”. Odbywa się to jednak w odrębnym trybie i na określonych warunkach, które uregulowane są w szczególnych aktach prawnych.

Natomiast, zdaniem P. Sarneckiego za podstawowy wyróżnik definicyjny zawodów zaufania publicznego należy uznać wyznacznik stwierdzający, iż w pojęciu tym mieszczą się zawody, których wykonywanie wiąże się ze spełnianiem pewnej funkcji publicznej, przy czym spełnianie to charakteryzuje się szczególnym natężeniem [10]. Bardzo często przyjmuje formę kontaktów czysto indywidualnych, wynikających z istoty większości tych zawodów. Co więcej, chodzi tu o profesje mające szczególne znaczenie dla zapewnienia właściwego biegu całego życia społecznego. Dodatkowo, w społeczeństwie powinno istnieć zaufanie do prawidłowego wykonywania tych zawodów, analogiczne do zaufania pożądanego wobec organów państwowych. Wykonywanie ich ma mieć cechy ściśle odpowiadające sposobowi, cechującemu w przeszłości modelowe zachowania ludzi reprezentujących „wolne zawody”. Z tego też względu, nie mogą tworzyć samorządu zawodowego przykładowo sędziowie bądź prokuratorzy, choć z pewnością wykonywanie ich profesji wymaga „zaufania publicznego”.

Ważnym elementem składowym terminu „zawody zaufania publicznego” pozostaje samorządność korporacyjna. Powinność tą wskazuje Konstytucja RP w art. 17 ust. 1 *„W drodze ustawy można tworzyć samorzady zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.”* Lekarze obowiązkowo należą do samorządu zawodowego. Z mocy prawa samorząd lekarski może ingerować w prawo wykonywania zawodu lekarza. Podobny obowiązek mają adwokaci, radcowie prawni, notariusze, aptekarze, biegli rewidenci. Natomiast przynależności do niektórych korporacji ma charakter dobrowolny. Przykładem są tutaj tłumacze przysięgli. Samorzady posiadają osobowość prawną i są zorganizowane w odpowiednie struktury. Czuwają one nad należyтым wykonywaniem zawodu, posiadają uprawnienia kontrolne oraz częściowo wpływają na regulowanie dostępności do zawodu.

Absolwent wydziału lekarskiego lub stomatologicznego uczelni medycznej nie może od razu, po uzyskaniu dyplomu rozpocząć wykonywania praktyki. Zgodnie z ustawą

o zawodach lekarza i lekarza dentysty, udzielanie świadczeń zdrowotnych zastrzeżone jest dla osób wpisanych do właściwego rejestru, którym okręgowa rada lekarska przyzna prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty [11]. W tym przypadku oprócz wykształcenia kierunkowego potwierdzonego dyplomem, absolwent musi posiadać jednocześnie pełną zdolność do czynności prawnych. Dodatkowo lekarz winien legitymować się stanem zdrowia pozwalającym na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentysty oraz wykazywać nienaganną postawę etyczną. Dodatkowo, *conditio sine qua non* wykonywania zawodu pozostaje odbycie stażu podyplomowego, kończącego się egzaminem.

Ważnym pozostaje również, iż nadanie pewnym zawodom charakteru zawodów zaufania publicznego oznacza, także w ocenie Trybunału Konstytucyjnego, objęcie osób wykonujących takie zawody obowiązkiem przynależności do samorządu zawodowego. Dlatego też, samo konstytucyjne wskazanie funkcji samorządu pociąga za sobą obowiązek przynależności do samorządu wszystkich osób, które uważa się za wykonujące tego rodzaju zawody. Skoro bowiem, w interesie publicznym i dla ochrony danej korporacji zawodowej samorząd ma sprawować kontrolę nad prawidłowością wykonywania zawodu i czyni to w imieniu władzy publicznej, to nie można się zgodzić z postulatem, aby część osób wykonujących określony zawód była poza strukturami samorządowymi i nie podlegała tej kontroli [12].

Podsumowując powyższą część wywodów, należy stwierdzić, że kryteria definiowalności zawodów zaufania publicznego nasuwają wiele problemów i trudności. Ustawodawca nie precyzując wprost pojęcia wolny zawód, stworzył swoistą lukę językowo – prawną.

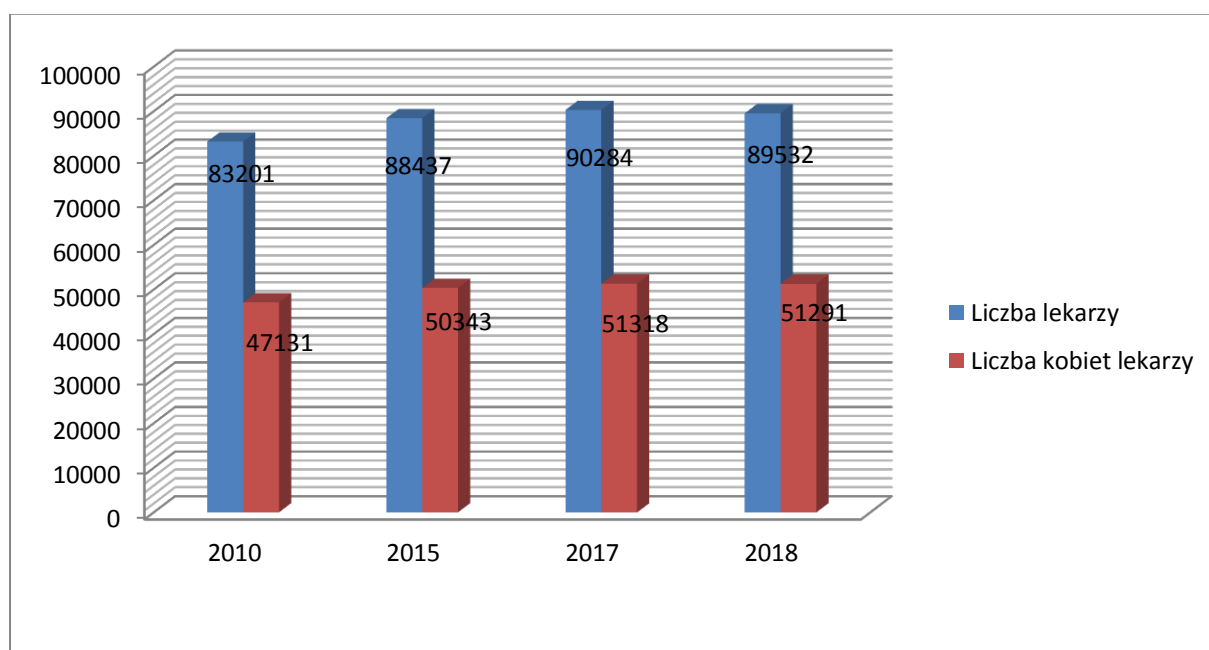
Należy stwierdzić, iż pełne dookreślenie tego problemu jest potrzebą chwili, wymusza wręcz konieczność działania odpowiednich organów. Obecnie lista osób pretendujących do miana zawodów zaufania publicznego jest bardzo długa. Występują tutaj takie profesje jak plastycy, literaci, artyści, pośrednicy i zarządcy nieruchomości, dziennikarze, informatycy oraz wiele innych grup społecznych. Lista ta, zwarzywszy na szybkie zmiany społeczno-gospodarcze, jest bardzo rozwojowa. W związku z powyższym unormowanie tego problemu poprzez wyrazistą definicję jest nader konieczne i potrzebne.

Dodatkowo, w przypadku ograniczeń w dostępności do wykonywania zawodów zaufania publicznego należy podkreślić potrzebę ustawowego dookreślenia kategorii „interesu publicznego” określającego granice sprawowania pieczy nad należytym wykonaniem zawodu, bądź sprecyzowania bardziej jednoznacznych kryteriów określenia jego granic. Wymóg ten

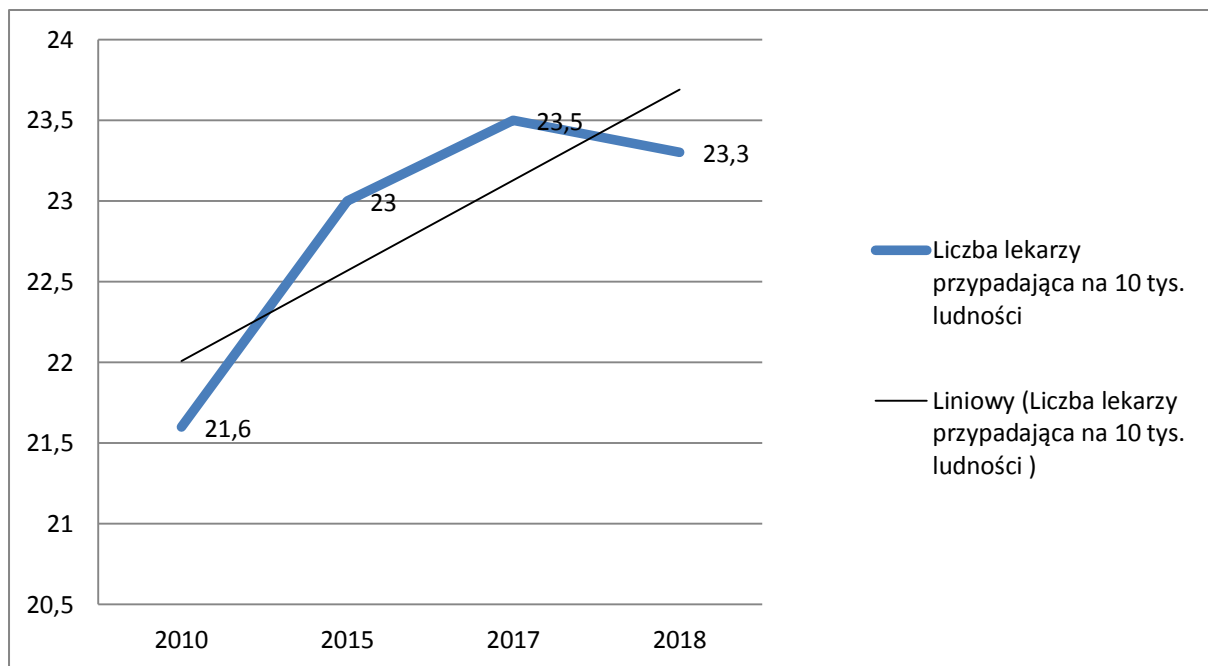
wiąże się z koniecznością zapewnienia, zgodnie art. 2 Konstytucji i wynikającej stąd dyrektywy określoności prawa, warunkującej społeczne zaufanie do prawa [13].

Statystyczne ujęcie wykonywania zawodu lekarza jako profesji zaufania publicznego

W dalszej egzegezie dotyczącej przedstawienia lekarza jako zawodu zaufania publicznego, należy uwzględnić dane odnoszące się do liczby przedstawicieli personelu medycznego w Polsce. Zebrane badania obejmują rok 2010, który stanowi punkt porównawczy względem kolejnych lat (2015 oraz 2017-2018). Informacje przedstawione w poniższych wykresach zostały zaczerpnięte z corocznie publikowanego przez Główny Urząd Statystyczny rocznika [14]. Przedstawiają się one w sposób nakreślony poniżej.



Ryc. 1. Liczba lekarzy w Polsce w wybranych latach 2010-2018 [14]



Ryc. 2. Liczba lekarzy przypadająca na 10 tys. ludności w wybranych latach 2010-2018 [14]

Rzeczoną analizę w pierwszej kolejności należy rozpocząć od lekarzy, jednocześnie odnotowując kilka nasuwających się prawidłowości. Po pierwsze względem roku bazowego (2010) liczba lekarzy w Polsce wzrosła. Obrazuje to trend liniowy umiejscowiony na drugim wykresie. Zmiana ta pozostaje jednak stosunkowo nieznaczna (83 tysiące przedstawicieli zawodu w 2010 roku, względem 88 tysięcy w okresie obejmującym pięć lat). W kolejnych latach należy zauważyć utrzymanie się tendencji wzrostowej, jednakże warto odnotować, że na przełomie 2017 i 2018 roku mieliśmy do czynienia ze zjawiskiem odwrotnym. Tym samym, w podanych latach nastąpił niewielki spadek liczby lekarzy w Polsce. Słuszność ta jest szczególnie widoczna uwzględniając odsetek przedstawicieli profesji lekarskiej przypadający na określoną liczbę ludności. W danych uwzględnionych przez Główny Urząd Statystyczny, przedstawiających liczbę lekarzy na próbę populacji wynoszącą 10 tysięcy ludności, wynik ten niezmiennie nie przekracza 24 [15].

Relevantnym pozostaje przy tym, iż na tle pozostałych krajów wchodzących w skład Unii Europejskiej, Polska wypada pod względem ilości osób wykonujących zawód lekarza szczególnie niekorzystnie, zamykając statystyki charakteryzujące wspólnotę. Jednocześnie uwzględniając starania władz administracyjnych skierowane na rozszerzenie dostępu do wykonywania wskazanej profesji, poprzez otwieranie nowych wydziałów medycznych w Polsce, zjawisko to wydaje się być tym bardziej głęboko niekorzystne. Nasuwającą się przyczyną negatywnych implikacji niedopasowanej liczby lekarzy względem potrzeb

polskiego systemu ochrony zdrowia jest niewątpliwie zjawisko nieustającej emigracji zarobkowej do innych krajów Unii Europejskiej, określane zbiorczą nazwą tzw. „drenażu mózgow”. Warto tym samym jednoznacznie podkreślić, że tylko i wyłącznie zahamowanie tych tendencji będzie mogło stanowić efektywne remedium w walce ze zjawiskiem niedopasowania podaży oferowanych usług medycznych względem lawinowo rosnącego popytu na te ostatnie.

Celem szerszego ukazania problemu w poniższej tabeli oraz na wykresie, zostały przedstawione dane odnoszące się do liczby lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców w wybranych krajach europejskich. Obejmują one stosunkowo szeroki wachlarz czasowy (lata 2000-2017) i zostały pobrane z raportu OECD „Health at a Glance 2019” dotyczącego służby zdrowia [15]. Rzeczone statystyki przedstawiają się w sposób przedstawiony poniżej.

Tabela 1. Liczba lekarzy przypadająca na 1000 mieszkańców w wybranych krajach europejskich lata 2000-2017 (na różowo oznaczono spadki liczby lekarzy a na zielono wzrosty) [16]

Lata	Polska	Węgry	Austria	Niemcy	Wielka Brytania
2000	2,22	2,68	3,85	3,25	1,98
2001	2,27	2,89	3,96	3,29	2,03
2002	2,3	3,19	4,03	3,32	2,1
2003	2,43	3,25	4,11	3,35	2,19
2004	2,27	3,37	4,2	3,37	2,28
2005	2,14	2,78	4,32	3,4	2,4
2006	2,18	3,04	4,45	3,44	2,45
2007	2,19	2,8	4,54	3,49	2,48
2008	2,16	3,09	4,6	3,54	2,57
2009	2,17	3,02	4,69	3,62	2,64
2010	2,19	2,87	4,8	3,71	2,65
2011	2,21	2,96	4,84	3,88	2,69
2012	2,23	3,09	4,9	3,95	2,7
2013	2,24	3,21	4,99	4,04	2,71
2014	2,31	3,32	5,05	4,11	2,75
2015	2,33	3,1	5,09	4,14	2,77
2016	2,42	3,21	5,13	4,19	2,78
2017	2,38	3,32	5,18	4,25	2,81

Tabela 2. Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców w latach 2000-2017 [16]

Kraj	Przeciętna liczba lekarzy na 1000 mieszkańców
Polska	2,26
Węgry	3,07
Austria	4,60
Niemcy	3,69
Wielka Brytania	2,50

Analizie poddano pięć krajów europejskich: Polskę, Węgry, Austrię, Niemcy oraz Wielką Brytanię. Na podstawie przedstawionych danych można skonstruować kilka wniosków. Po pierwsze, począwszy od 2003 roku, spośród badanych państw, Polska cechuje się najmniejszą liczbą lekarzy przypadającą na 1000 mieszkańców. Warto podkreślić, że wynik ten jest ponadto najgorszym wśród krajów Unii Europejskiej. Przeciętna liczba lekarzy przypadająca na 1000 mieszkańców w latach 2000-2017 wyniosła w Polsce zaledwie 2,26. W porównaniu z Austrią, która odznacza się najwyższą wartością wskazanego współczynnika spośród poddanych analizie krajów, jest on dwukrotnie niższy. Oczywiście można podnieść uzasadniony zarzut, że porównanie względem państw tzw. „starej Unii” jest co najmniej mało miarodajne, jednakże w tym miejscu warto przyjrzeć się danym dotyczącym Węgier. Kraj ten podobnie jak Polska znajduje się w zbliżonej sytuacji ekonomicznej i powinien tym samym borykać się z zbieżnymi trudnościami charakteryzującymi służbę zdrowia. Pomimo tego, przeciętna liczba lekarzy na Węgrzech w latach 2000-2017 wynosiła 3,07 na 1000 mieszkańców, co stanowiło rezultat średnio o 0,81 lekarza na 1000 mieszkańców wyższy niż w Polsce. Dlatego też, instynktownie nasuwa się pytanie, co powoduje tak niski wynik w przypadku naszego kraju na tle innych państw europejskich? Niewątpliwie do krytycznego stanu rzeczy przyczyniła się emigracja zarobkowa lekarzy do innych krajów unijnych. Zjawisko to jednak widać analogicznie w przypadku Węgier, gdzie odnotowano częstsze i co ważniejsze, bardziej drastyczne liczbowo spadki. Tendencja ta zauważalna jest przede wszystkim analizując dane pomiędzy 2004 a 2005 rokiem. Wówczas liczba lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców na Węgrzech spadła z 3,37 do 2,78. Stanowi to drastyczny regres wynoszący 0,59 [16].

W Polsce głównym problemem trapiącym służbę zdrowia pozostaje wysoki wiek lekarzy. W celu lepszego zobrazowania negatywnej tendencji, poniżej przedstawiono dane odnoszące się do podziału lekarzy ze względu na trzy grupy wiekowe oraz płeć.

Charakteryzują się one szczególną aktualnością, ponieważ zostały zebrane w styczniu 2020 roku [17]. Rzeczona statystyka prezentuje się w przedstawiony poniżej sposób.

Tabela 3. Liczba lekarzy w Polsce wykonujących zawód z uwzględnieniem wieku i płci [17]

Liczba lekarzy w Polsce wykonujących zawód z uwzględnieniem wieku i płci					
	do 35 roku życia	od 36 do 60 roku życia	od 61 do 65 roku życia	powyżej 65 roku życia	Wszystkie grupy wiekowe
Lekarze ogółem	29694	67 067	15 699	27483	139 943
Mężczyźni	10998	29 004	6 790	11772	58 564
Kobiety	18696	38 063	8 909	15711	81 379
Procentowy udział lekarzy w Polsce wykonujących zawód z uwzględnieniem wieku i płci					
Lekarze ogółem	21,22%	47,92%	11,22%	19,64%	100,00%
Mężczyźni	18,78%	49,53%	11,59%	20,10%	41,85%
Kobiety	22,97%	46,77%	10,95%	19,31%	58,15%

Udział lekarzy aktywnie wykonujących zawód, którzy przekroczyli wiek emerytalny (65 lat) wynosi 20,1% (tj. 10998 osób), natomiast lekarek, które przekroczyły wiek emerytalny (60 lat) wynosi 30,26% (tj. 24620 osób). Łącznie bez rozróżnienia ze względu na płeć, liczba lekarzy aktywnie wykonujących zawód, którzy mogliby przejść na emeryturę stanowi 26,26% ogółu (tj. 36752 osób). Jednocześnie odsetek lekarzy w najniższej grupie wiekowej poniżej 35 roku życia jest niższy i wynosi 21,22% ogółu (tj. 29694 osób). Z czego udział lekarek wynosi 22,97% (tj. 18696 osób), natomiast lekarzy 18,78% (tj. 10998 osób). W związku z powyższymi danymi można przedstawić dwa najważniejsze wnioski. Po pierwsze odsetek lekarzy, którzy przekroczyli wiek emerytalny wynosi ponad czwartą część ogółu wszystkich lekarzy, jest szczególnie wysoki w przypadku kobiet. Jest to bardzo niekorzystne zjawisko uwzględniając zwiększający się popyt na usługi medyczne. Po drugie udział najmłodszych grup lekarzy (tj. poniżej 35 roku życia) jest zbyt niski i oscyluje na poziomie niewiele wyższym niż 20%. W związku z powyższym poziom zastępowalności najstarszych grup lekarzy najmłodszymi jest niewystarczający, co przyczynia się do pogłębiających się braków wśród przedstawicieli służby zdrowia [17].

W tym miejscu warto zadać następane pytanie, w jaki sposób sytuacja kształtuje się w innych krajach europejskich celem dokonania rzeczonyj analizy poniżej zostaną przedstawione dane opublikowane przez Eurostat dotyczące wieku lekarzy w wybranych krajach europejskich [18].

Tabela 4. Procentowy udział lekarzy w poszczególnych grupach wiekowych w wybranych krajach europejskich[18]

Procentowy udział lekarzy w poszczególnych grupach wiekowych w wybranych krajach europejskich					
Kraj	poniżej 35 lat	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	powyżej 65 lat
Austria	18,9%	26,5%	24,9%	24,1%	5,6%
Belgia	10,2%	21,6%	23,6%	26,4%	18,2%
Bułgaria	12,5%	9,6%	27,2%	34,6%	16,2%
Dania	20,1%	28,2%	19,2%	22%	10,5%
Estonia	19,8%	14%	20,4%	26,4%	19,5%
Holandia	30,7%	24,1%	19,7%	20,2%	5,3%
Litwa	24,9%	14,9%	21%	24,8%	14,4%
Luksemburg	4,8%	23,2%	28,6%	31,4%	12%
Łotwa	17,3%	11%	24%	30%	17,6%
Niemcy	20,1%	12,3%	22,9%	38,6%	6%
Norwegia	26,2%	29,7%	19,1%	16,5%	8,5%
Rumunia	30,4%	24,7%	21,5%	19%	4,5%
Węgry	20,4%	17%	19,3%	24,5%	18,9%
Wielka Brytania	32,5%	29,2%	23,2%	11,9%	1,9%
Włochy	8,6%	17,3%	19,1%	39,5%	15,5%

Na podstawie przedstawionych materiałów należy skonstruować kilka następujących wniosków. Po pierwsze wiek lekarzy w licznych krajach europejskich jest stosunkowo wysoki. Znaczny udział lekarzy, których wiek przekracza 65 lat nie stanowi wyłącznie wyzwania dla krajów, które wstąpiły do Unii Europejskiej po 2004 roku, ale także innych wybranych państw wspólnoty. Odsetek przekraczający 15 procent, dotyczący lekarzy, których wiek wynosi powyżej 65 lat, odnosi się do takich krajów jak chociażby Bułgaria, Estonia czy Włochy. Pomimo tego, w Polsce pozostaje on na zdecydowanie wyższym poziomie.

Relevantnym pozostaje, jak wskazano wcześniej, iż 26,26% ogółu lekarzy (20,1% mężczyzn i 30,26% kobiet) stanowią lekarze znajdujący się w wieku emerytalnym, co przy najmniejszym udziale lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców w Unii Europejskiej jest szczególnie niepokojącą statystyką. Po drugie, udział lekarzy w najmłodszych grupach wiekowych tj. do 35 roku życia wynosi w Polsce 21%. Wynik ten jest zdecydowanie lepszy niż w niektórych krajach tzw. „starej Unii” tj. Belgia, Włochy bądź Luksemburg i porównywalny jak w krajach nadbałtyckich. Niemniej jednak bogate kraje zachodnioeuropejskie cechują się większymi zdolnościami absorpcyjnymi ze względu na wciąż występujące zjawisko emigracji zarobkowej w ramach wspólnoty europejskiej [19].

Konkludując, nawet jeżeli wskaźnik zastępowalności starego pokolenia lekarzy, nowymi jest stosunkowo niski, państwa tzw. „Starej Unii”, ze względu na wyższe przeciętne zarobki, zwłaszcza w sektorze usług medycznych, są w stanie w prostszy sposób pozyskać młodych lekarzy m.in. z krajów Europy Środkowo-Wschodniej. Ponadto warto podkreślić, uwzględniając przykład Rumunii, że wskaźnik obrazujący udział personelu medycznego poniżej 35 roku życia, może być stosunkowo wysoki i przekraczać 30%.

Poddając analizie dalsze konkluzje wypływające z tabeli pierwszej należy odnotować następującą implikację. Odsetek lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców w poddanych egzemplarzach krajach Europy Zachodniej tj. w Niemczech, Austrii oraz w Zjednoczonym Królestwie nieustannie rósł. Wzrosty te charakteryzowały się względną stałością i nie były znaczne, jednakże w perspektywie niemal dwudziestu lat spowodowały znaczne zmiany. Fakt ten jest szczególnie widoczny w przypadku Austrii. Liczba lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców w tym państwie w latach 2000-2017 wzrosła o 1,33. W Niemczech wzrost ten również był zauważalny i wynosił 1. Zjednoczone Królestwo charakteryzowało się także istotną zmianą wynoszącą 0,83. Polska pod tym względem wypada szczególnie niekorzystnie. Zwiększenie liczby lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców było symboliczne i wyniosło 0,16. Nawet na Węgrzech wzrost ten był porównywalny z pozostałymi krajami europejskimi i wyniósł 0,64. Porównanie tych dwóch krajów jest szczególnie istotne z jednego powodu. W przeciwieństwie do krajów „starej Unii”, które zostały poddane analizie w powyższym zestawieniu, sytuacja Polski i Węgier nie była naznaczona ścieżką nieustannego wzrostu. W latach 2000-2017 liczba lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców zarówno rosła, jak i odnotowywała spadki. Ostatecznie jednak Węgry zwiększyły liczbę lekarzy w swoim kraju, Polska natomiast praktycznie jej nie zmieniła.

Pozostając przy tematyce odnoszącej się do liczby lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców warto przeanalizować zbiorcze dane obejmujące samo porównanie roku 2000

i 2017 we wybranych krajach OECD [20]. Rzeczone dane przedstawiały się w sposób następujący.

Tabela 5. Liczba lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców w krajach OECD, porównanie roku 2000 i 2017 [20]

Liczba lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców w krajach OECD, porównanie roku 2000 i 2017		
Kraj	2000	2017
Grecja (1)	4,37	6,1
Austria	3,85	5,2
Portugalia (1)	3,08	5,0
Norwegia	3,38	4,7
Litwa	3,63	4,6
Szwajcaria	b.d.	4,3
Niemcy	3,25	4,3
Szwecja	3,08	4,1
Rosja	b.d.	4,0
Dania	2,91	4,0
Włochy	3,44	4,0
Hiszpania	3,14	3,9
Islandia	3,44	3,9
Czechy	3,37	3,7
Australia	2,49	3,7
Holandia	b.d.	3,6
OECD36	2,76	3,5
Estonia	3,13	3,5
Słowacja (2)	3,35	3,4
Węgry	2,68	3,3
Nowa Zelandia	2,23	3,3
Finlandia	2,5	3,2
Łotwa	2,88	3,2
Francja	3,02	3,2
Izrael	3,45	3,1

Słowenia	2,15	3,1
Belgia	2,83	3,1
Irlandia	b.d.	3,1
Luksemburg	2,15	3,0
Kostaryka	b.d.	3,0
Wielka Brytania	1,98	2,8
Kanada	2,01	2,7
Stany Zjednoczone	2,29	2,6
Chile (1)	b.d.	2,5
Japonia	1,93	2,4
Meksyk	1,59	2,4
<u>Polska</u>	2,22	2,4
Korea Południowa	1,3	2,3
Kolumbia	1,23	2,1
Chiny	1,25	2,0
Turcja (2)	1,3	1,9
Brazylia	1,36	1,8
RPA	b.d.	0,8
Indie	0,53	0,8
Indonezja	b.d.	0,3

Przed rozpoczęciem analizy odnoszącej się informacji zamieszczonych w powyższej tabeli nr 5 należy poczynić kilka uwag wstępnych. Po pierwsze w przypadku krajów, przy których nazwie znajduje się cyfra (1), dane odnoszą się do wszystkich lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu. W związku z powyższym statystyka jest zawyżona. Prowadzi do znacznego zakłamania względem liczby lekarzy faktycznie praktykujących zawód. W Portugalii przykładowo o około 30%. Po drugie w przypadku państw oznaczonych cyfrą (2) dane obejmują lekarzy, którzy świadczą bezpośrednią opiekę nad pacjentami, ale ponadto inne osoby pracujące w sektorze ochrony zdrowia jako kierownicy, edukatorzy bądź naukowcy. Powoduje to zawyżenie statystyki o około 5 do 10% [20].

Odnosząc się do danych przedstawionych na wykresie należy poczynić kilka adnotacji. Po pierwsze średnia dla krajów OECD wynosi 3,5. Co warto dodatkowo podkreślić, wartość ta odnotowała stosunkowo duży wzrost pomiędzy 2000, a 2017 rokiem.

Wynik Polski uwzględniając najnowsze dane jest o 1,1 niższy. Ponadto różnica ta będzie się prawdopodobnie pogłębiać, jeżeli tempo wzrostu liczby lekarzy w Polsce pozostanie bez zmian. Po drugie istnieją kraje które w badanym czasokresie odnotowały jeszcze niższe wzrosty niż nasz kraj, a nawet miały do czynienia ze spadkiem (przykład Izraela). Z drugiej strony należy pamiętać, że państwa te stanowią mniejszość, a jednocześnie niektóre z krajów odnotowały ponadprzeciętne wzrosty. W tym miejscu najlepiej wskazać przykład Portugalii, gdzie liczba lekarzy na 1000 mieszkańców między 2000, a 2007 rokiem zmieniła się blisko o 2. Po trzecie warto wskazać, że państwa z podobną liczbą lekarzy co obecna Polska, które początkowo charakteryzowały się niskimi współczynnikami, odnotowały w badanym czasokresie zauważalne wzrosty. Najlepszym przykładem jest Korea Południowa, w której odsetek lekarzy wzrósł o około 1 [21].

Podsumowanie

Zawód lekarza ze względu na specyfikę jego wykonywania, a w szczególności swoisty charakter relacji łączących pacjenta z lekarzem pozostaje profesją zaufania publicznego. Co ważne, egzemplifikacja zasadności uformowania samorządu zawodowego zawodu lekarza, rozumianej jako profesja zaufania publicznego wyrażona jest w konstytucyjnym jego zakotwiczeniu w artykule 17 ust. 1 Konstytucji RP. Tym samym, istota samorządu zawodowego zostaje wzmocniona przez konstytucyjne sformułowanie zawarte w wymienionym powyżej unormowaniu. Określenie takie jest wymowne, przez co pozwala stwierdzić, że przymiot zawodów zaufania publicznego, nie może przysługiwać ogółowi zawodów, a nawet większości z nich [22]. Wykonywanie zawodu lekarza, jako profesji zaufania publicznego rodzi szereg odpowiedzialności związanej z życiem i zdrowiem beneficjentów usług medycznych. Przedstawione w niniejszym opracowaniu dane statystyczne potwierdzają, iż sytuacja w polskiej służbie zdrowia jest wysoce alarmująca. Na tle pozostałych krajów Unii Europejskiej w większości statystyk wypadamy najgorzej. Podobnie sytuacja jawi się w zestawieniach odnoszących się do grona państw wchodzących w skład OECD. Głównymi problemami trapiącymi polski system ochrony zdrowia są zbyt niska liczba lekarzy w przeliczeniu na liczbę ludności, zbyt niskie tempo wzrostu lekarzy oraz zbyt wysoki udział lekarzy, których wiek zbliża się, bądź też osiągnął umowną barierę 65 lat. Przedstawiona sytuacja jest wysoce patologiczna i wymaga natychmiastowej interwencji. W przeciwnym przypadku w jeszcze większym stopniu będzie powiększał się problem rosnących kolejek do lekarza, bądź też w skrajnych przypadkach zachowań korupcyjnych.

Dlatego też, zasadnym pozostaje dalszy, znaczący rozwój profesji lekarza, wykonującego tak ważny i szanowany zawód zaufania publicznego. Co więcej problematyka wykonywania zawodów zaufania publicznego w Polsce, ze względu na nie całkowicie transparentny system dostępności do tych profesji, oraz na niepełną korelację rozwiązań ustawowych z Konstytucją, a w niektórych aspektach całkowite ich pominięcie, ma doniosłe znaczenie zarówno prawne jak i społeczne [23].

Bibliografia

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.)
3. Puchała S., Encyklopedia powszechna PWN, pojęcie zawodu, Warszawa 1974, tom 4, str.773.
4. Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. nr 78 poz. 483 z późn. zm.).
5. Kubot Z., Spółka partnerska w projekcie niemieckim i projekcie prawa spółek handlowych, Prawo Spółek 1999 r., nr.9 str.11
6. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 18 II 2004 r., sygn. akt P 21/02, OTK-A ZU 2004, nr 2, poz. 9.
7. Sarnecki P., Komentarz do art. 17, op. cit., str. 2
8. Sarnecki P., Pojęcie zawodu zaufania publicznego, op. cit., str. 155 i n.
9. Zieliński M. „Z prac Ośrodka Badawczego Radców Prawnych –wolny zawód, Radca Prawny, 1997,nr2, str.29
10. Sarnecki P. „Opinie w sprawie wykładni art.17.ust.1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, Przegląd sejmowy nr.2/2001 str.75 i 76
11. Ustawa z 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 514 z późn. zm.)
12. Wyroki Trybunału Konstytucyjnego: z 18 II 2004 r., sygn. akt P 21/02, OTK-A ZU 2004, nr 2, poz. 9.; z 18 XI 2006 r., sygn. Akt K 30/06, OTK-A ZU 2006, nr 10, poz. 149; z 19 IV 2006 r., sygn. akt K 6/06, OTK-A ZU 2006, nr 4, poz. 45; z 22 V 2001 r., sygn. akt K 37/00, Z.U. 2001 / 4 / 86, Dz.U. 2001.54.573 z dnia 2001-05-31

13. Wiatrowski J., Ograniczenia w wykonywaniu zawodów zaufania publicznego, a konstytucyjna zasada państwa prawa, wyrażona w art.2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej *Scientific Journal of Polonia University*, 2015, 15.4 str.43-46.
14. Główny Urząd Statystyczny, Pracownicy medyczni w liczbach bezwzględnych i na 10 tysięcy ludności, *Rocznik Statystyczny*, 2019, str. 377
15. Główny Urząd Statystyczny, Ważniejsze dane o sytuacji społeczno-gospodarczej kraju w przeliczeniu na mieszkańca, *Rocznik Statystyczny*, 2019, str. 60
16. [Data.oecd.org](http://data.oecd.org), Doctors, Total per 1000 inhabitants, 2000-2018, chart 5NEB
17. Naczelna Izba Lekarska, Centralny Rejestr Lekarzy RP, Zestawienie nr 3., Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg wieku, płci i tytułu zawodowego, marzec 2020
18. Eurostat, Healthcare personnel statistics, physician by age, November 2019
19. OECD Indicator, „Health at a Glance 2019”, Share of doctors aged 55 and older, 2000 and 2017 (or nearest year) , str. 175
20. OECD Indicator, „Health at a Glance 2019”, Practising doctors per 1 000 population, 2000 and 2017 (or nearest year), str. 173
21. OECD Indicator, “Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students”, Practising doctors per 1 000 population in OECD countries, 2000 and 2016 (or nearest year), str. 13
22. Wiatrowski J., Możliwość wykonywania profesji zaufania publicznego poza samorządem zawodowym w świetle postanowień zawartych art.17ust.1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, *Scientific Journal of Polonia University*, 2014, 11.4: str.157-162.
23. Wiatrowski J., Prawne wyznaczniki dostępności do wykonywania zawodów zaufania publicznego *Scientific Journal of Polonia University*,2015, 14.3: str.57-65.