

Stomatologia w Polsce – podaż lekarzy- stomatologów

Autor: **Łukasz Jasiński**

Esej wchodzi w skład serii: W drodze do rynkowego systemu ochrony zdrowia

1. Wstęp

W poprzednim eseju¹ omówiłem aspekty związane z rozwojem prywatnej stomatologii w Polsce. Tym razem nieco uwagi chcę poświęcić kwestiom podażowym — tzn. ilości stomatologów aktywnie praktykujących w Polsce oraz procesowi ich edukacji i przygotowania do zawodu.

Jest to o tyle istotne, gdyż efektywny rozwój tego rynku jest tym bardziej dynamiczny, im więcej osób podejmuje i kończy studia medyczne. Dzięki temu można łatwiej i szybciej zaspokoić rosnący popyt na usługi świadczone prywatnie. Co więcej, istotnym elementem rynku jest nie tylko bezpośrednie dostarczanie dóbr i usług potrzebnych konsumentom po konkurencyjnych cenach i w odpowiedniej jakości, ale dodatkowo złożony proces ich produkcji. Dotyczy to szczególnie procesu kształcenia lekarzy-stomatologów.

W związku z tym, że sukcesywnie maleje liczba stomatologów zainteresowanych podpisywaniem umów z NFZ², szczególnie istotne staje się ich płynne przechodzenie na rynek. Zwiększa to bowiem konkurencję i pozwala na świadczenie usług mniej zamożnym pacjentom. W moim ostatnim wpisie wskazywałem, że w latach 2006-2018 dynamika wzrostu mediany płac w Polsce była wyższa niż wzrost cen usług stomatologicznych. Utrzymanie się tego trendu będzie zależało także od odpowiednio licznej i konkurencyjnej kadry lekarzy-stomatologów.

¹ <https://mises.pl/blog/2021/06/22/jasinski-stomatologia-w-polsce-rynek-przejmuje-kontrolę/>

² <https://www.politykazdrowotna.com/69531,refundowana-stomatologia-prawie-niedostepna>

2. Kto reguluje podaż lekarzy-stomatologów w Polsce?

Niestety, mimo wielu pozytywnych efektów związanych z rozwojem prywatnej stomatologii za kształcenie przyszłych dentystów nie odpowiada rynek. W Polsce proces ten odbywa się na 10 państwowych uczelniach, które co roku kończą około 700 absolwentów. Ogólna liczba studentów jest określana ogólnie przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Nauki i Szkolnictwa Wyższego na mocy ustawy z 27 lipca 2005 r. Sam okres studiów trwa 5 lat, po których absolwenci odbywają 12-miesięczny staż podyplomowy i zdają egzamin państwowy, którego pozytywny wynik daje im uprawnienia do wykonywania zawodu. Dodatkowo, zdanie egzaminu końcowego daje uprawnienia do szkoleń specjalistycznych, a warunkiem przyjęcia na takie szkolenie jest liczba punktów uzyskana na egzaminie. Na dostępne specjalizacje składają się: chirurgia szczękowo-twarzowa, chirurgia stomatologiczna, ortodoncja, protetyka, periodontologia, stomatologia dziecięca, stomatologia zachowawcza z endodontcją, zdrowie publiczne i epidemiologia. Szkolenie w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej 6 lat, dla zdrowia publicznego i chirurgii stomatologicznej 4 lata, a dla pozostałych specjalizacji 3 lata. Takie szkolenia kończą się egzaminem, którego zdanie daje uprawnienia do wykonywania danej specjalizacji³.

Nie występują zatem prywatne uczelnie, które konkurowałyby swoją ofertą edukacyjną o najzdolniejszych studentów. Widoczna jest także dosyć znacząca dychotomia: podaż dentystów jest całkowicie regulowana przez instytucje publiczne, mimo że publiczne wydatki na opiekę stomatologiczną stanowią jedynie 24% wydatków całkowitych (2017 r.)⁴. Powoduje to kilka istotnych implikacji mogących negatywnie wpłynąć na rozwój tego rynku.

Po pierwsze, instytucje/uczelnie publiczne nie mogą lub nie mają potrzeby zwiększać limitów przyjęć na studia stomatologiczne, gdyż są finansowane ze źródeł publicznych. Nie mają więc one pozytywnej presji ze

³ K. Malkiewicz i in., 2016, *The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union Member States. Part 6: Poland*, „British Dental Journal”, nr 8., s. 501, 503-504.

⁴ <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1623744738&id=id&accname=guest&checksum=54125B9AB3F6510D0DB30CE34BF1B156>

strony rynku na podejmowanie takich działań, kiedy państwo gwarantuje im stabilne źródło przychodów.

Po drugie, państwowe regulacje ograniczają konkurencję ze strony uczelni prywatnych, przez co liczba corocznych absolwentów nie może znacznie wzrosnąć.

Po trzecie, o przyjęciu na studia danego kandydata decyduje wynik maturalny. Osoby uzyskujące wyniki nieco poniżej wymaganych progów dalej mogą podjąć takie studia w formie niestacjonarnej, ale ich koszt stanowi około 35-40 tys. zł. za rok akademicki⁵, co może stanowić skuteczną barierę dla osób mniej zamożnych. W roku akademickim 2020/21 limit miejsc na kierunku lekarsko-dentystycznym wyniósł 1408, z czego 833 stanowiły miejsca w formie stacjonarnej a pozostałe 575 w formie niestacjonarnej, czyli odpłatnej⁶. Nie twierdzą przy tym, że studia medyczne powinny być finansowane z podatków, ale że poziom ich odpłatności powinien być efektem swobodnych procesów rynkowych, które prowadzą do spadku cen edukacji.

Po czwarte, nie występują odpowiednie bodźce do wdrażania rozwiązań mających na celu skrócenie okresu i kosztów edukacji — czas potrzebny na dopuszczenie do wykonywania zawodu dentystę z określoną specjalizacją może zająć nawet kilkanaście lat, co jest dużą przeszkodą przy stale rosnącym popycie, zwłaszcza na specjalistyczne usługi prywatne.

3. Podaż lekarzy-stomatologów

Wszystkie powyższe czynniki w większym lub mniejszym stopniu sztucznie wpływają na podaż dentystów w Polsce, co utrudnia określenie jej racjonalnego poziomu — tj. adekwatnego do potrzeb rynku. Często wskazuje się na fakt, że liczba stomatologów w Polsce przypadająca na 100 tys. osób jest bardzo niska i mniej lub bardziej odbiega od statystyk innych krajów. Pokazują to chociażby dane Eurostatu (tabela 1), gdzie Polska znajduje się na samym końcu rankingu z wynikiem 35,1. Przykładowo, dla Czech wskaźnik ten wynosi 73,8.

Warto jednak zaznaczyć, że dosyć trudno jest określić właściwy poziom tego wskaźnika dla większości krajów — nie do końca wiadomo, czy jest on zbyt niski, odpowiedni czy za wysoki. Wynika to z faktu, że publiczne systemy opieki

⁵ <http://stomatologia.umed.lodz.pl/student/sprawy-studenckie/oplaty/>

⁶ <http://namedyczne.eu/limity2020/>

zdrowotnej sztucznie pobudzają popyt i ograniczają podaż. W przypadku Polski widoczne jest rosnące zapotrzebowanie na usługi prywatne, stąd wniosek, że relatywnie niska podaż stomatologów czy wolno rosnąca liczba absolwentów (rysunek 1) nie nadążają za szybko rosnącym rynkiem.

W 2008 r. ilość absolwentów studiów stomatologicznych na 100 tys. mieszkańców w Polsce wyniosła 2,2. 10 lat później wskaźnik ten wyniósł 2,79, co stanowiło wzrost o 26% w ciągu dekady. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy może być relatywnie mało nakładów publicznych przeznaczanych na publiczną stomatologię — stąd również brak zainteresowania finansowania edukacji ich dodatkowej liczby⁷. Dodatkowy czynnik może stanowić też ich słabnące zainteresowanie współpracą z NFZ — głównie ze względu na niskie wyceny świadczeń.

Odrębną kwestię stanowi to, że niedobór stomatologów może być szczególnie widoczny dla określonych specjalności. Jest to szczególnie ważne, gdyż wykształcenie stomatologa-specjalisty w obecnych uwarunkowaniach trwa nawet kilkanaście lat, a popyt zgłaszany na rynku nie obejmuje tylko świadczeń na stomatologię zachowawczą (ogólną) lecz także na chirurgię stomatologiczną czy protetykę i implantologię. Te i inne specjalistyczne usługi rozszerzają i poprawiają jakość świadczonych usług oraz znacznie przyczyniają się do rozwoju rynku. Dlatego dłuższe etapy „dostarczania” specjalistów na rynek spowalniają jego rozwój.

Rozwiązaniem powyższych problemów nie jest jednak zwiększanie funduszy publicznych, tylko odważna deregulacja (urynkowanie) procesu edukacji przyszłych stomatologów. Jednym z możliwych rozwiązań jest przyzwolenie na powstawanie prywatnych uniwersytetów. Takie działania pozwolą zaś na zwiększenie podaży stomatologów (o różnej specjalności) w przyszłości, co pozwoli na poprawę wyżej wspomnianych wskaźników. Na rynku pojawiłyby się też prywatne i niezależne instytucje akredytujące, które odpowiednio monitorowałyby jakość takich studiów i na podstawie odpowiedniej oceny przyznawałyby prywatnym uczelniom certyfikaty jakości.

Dla prywatnej medycyny nie jest to żadna nowość. Można tutaj wskazać chociażby przykład Joint Commission (JC), która odpowiada za akredytację wielu

⁷ <https://www.infodent24.pl/edudentpost/mniejsze-limity-przyjec-na-studia-stomatologiczne-w-2021-22-r,118518.html>

podmiotów medycznych na terenie USA. Jednak w związku z dynamicznym rozwojem turystyki medycznej w tym kraju utworzona została jednostka zależna – Joint Commission International (JCI) – zajmująca się akredytacją szpitali zagranicą. Szpitale zagraniczne, aby uzyskać akredytację JCI muszą spełnić takie same rygorystyczne wymogi co ich odpowiedniki w USA. Podobne instytucje zajmują się takimi usługami dla podmiotów świadczących opiekę ambulatoryjną. Nie ma żadnych przeszkód, żeby takie instytucje sprawnie działały w Polsce na rynku usług stomatologicznych.

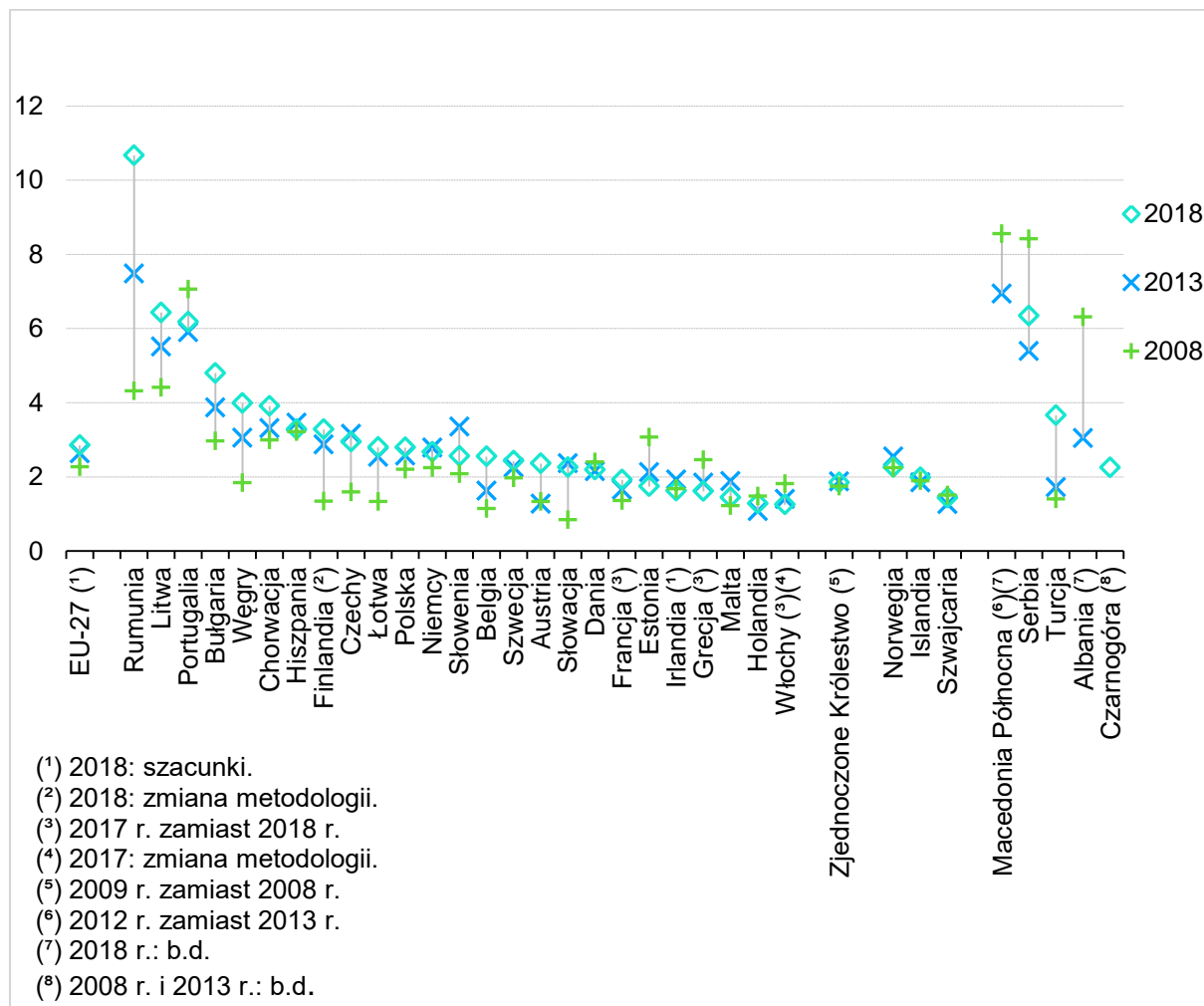
Tabela 1. Liczba praktykujących lekarzy-stomatologów przypadająca na 100 tys. ludności danego kraju w 2018 r.

Kraj	Liczba praktykujących stomatologów	Liczba praktykujących stomatologów (na 100 tys. mieszkańców)
Grecja (1)	13 300	123,9
Finlandia (1)	5 940	107,7
Portugalia (1)	10 896	106,0
Litwa	2 758	98,5
Estonia	1 277	96,6
Norwegia	4 642	87,4
Niemcy	71 093	85,8
Chorwacja	3 470	84,8
Rumunia	16 262	83,5
Włochy	50 305	83,3
Szwecja (2)	8 173	81,3
Hiszpania (1)	37 787	80,8
Belgia	8 614	75,4
Czechy	7 844	73,8
Słowenia	1 492	71,9
Dania	4 162	71,8
Łotwa	1 361	70,6
Węgry	6 870	70,3
Francja	43 333	64,7
Austria	5 027	56,9
Holandia	9 470	55,0
Zjednoczone Królestwo	35 000	52,7
Szwajcaria	4 337	50,9
Malta	232	47,9
Polska (2)	13 331	35,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie: <https://ec.europa.eu/eurostat/>

Uwagi: (1) Stomatolodzy z uprawnieniami do wykonywania zawodu (licensed to practice); (2) Dane za 2017 r.

Rysunek 1. Liczba absolwentów (studia stomatologiczne) przypadająca na 100 tys. mieszkańców w wybranych krajach (2008, 2013 i 2018 r.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie: <https://ec.europa.eu/eurostat/>

Co ciekawe, w przypadku danych z tabeli 1, pewne kontrowersje zdaje się budzić metodologia przyjęta przez Eurostat. Według niej w statystyce uwzględniani są stomatolodzy o statusie „practising”, tzn. świadczący usługi bezpośrednio pacjentom. Oprócz tego Eurostat wprowadza dwie dodatkowe kategorie: „professionally active” oraz „licensed”. „Professionally active” oznacza osoby z grupy „practising” oraz pracowników ochrony zdrowia, dla których wykształcenie medyczne jest warunkiem wykonywania pracy (nawet jeśli ta

praca nie polega na bezpośrednich kontaktach z pacjentami). Z kolei „licensed” obejmuje pracowników ochrony zdrowia, którzy są zarejestrowani i uprawnieni do wykonywania zawodu stomatologa. Eurostat w swoich publikacjach polega głównie na tej pierwszej definicji, a jeśli nie ma dostępnych danych — na dwóch kolejnych⁸.

Z kolei według Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) dane podawane przez Eurostat nie są precyzyjne:

*10 lutego 2020 r. wiceprezes NRL, Andrzej Cisło skierował pismo do Mariany Kotzevy, dyrektora generalnego Eurostatu. W piśmie NRL prosi o dane, podając, że w chwili obecnej prawo wykonywania zawodu lekarza dentyści posiada w Polsce 42 425 osób, spośród których większość to lekarze dentyści zarejestrowani jako wykonujący zawód.*⁹

Warto jednak zwrócić uwagę, że dane przytaczane przez NRL odnoszą się do kategorii „licensed”, a więc mniej precyzyjnej według Eurostatu. Nie ma zatem całkowitej pewności, że ponad 40 tys. stomatologów aktywnie i bezpośrednio świadczy swoje usługi pacjentom. Kategoria „practising” jest zatem najbardziej precyzyjna. Ponadto Eurostat stosuje ją dla większości krajów, które zapewne również mają bardziej liczną kategorię „licensed”. Kategoria „licensed” jest stosowana tylko w przypadku kilku krajów. Część z nich zajmuje pierwsze trzy miejsca pod względem liczby praktykujących stomatologów (na 100 tys. mieszkańców) — są to Grecja, Finlandia i Portugalia. Bardziej „pojemna” kategoria/definicja może w ich przypadkach sztucznie zawyżać wynik, ale nie dotyczy to już zdecydowanej większości badanych krajów, wśród których ostatnie miejsce zajmuje niestety Polska (poza Serbią i Czarnogórą nieuwzględnionymi w tabeli 1).

Ponadto część stomatologów może planować pracę zagranicą, a zdobycie uprawnień do wykonywania zawodu we własnym kraju ma im w tym jedynie pomóc. W takim scenariuszu nie będą oni pracować w swoim kraju. Dany kraj może też być atrakcyjny dla studentów z zagranicy. W Polsce, w roku

⁸ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_dentists,_pharmacists_and_physiotherapists&oldid=497289#Healthcare_personnel

⁹ <https://www.medexpress.pl/ilu-w-polsce-jest-lekarzy-dentystow-rozbiezne-dane-eurostatu-i-nrl/76363>

akademickim 2015/16 w 8 na 10 uczelniach oferowano edukację w języku angielskim, a z opcji tej skorzystało około 700 osób – 13% ze wszystkich studentów stomatologii. Wśród polskich stomatologów najpopularniejszym kierunkiem jest Wielka Brytania, w której wg szacunków General Dental Council (GDC) pod koniec 2015 r. zarejestrowano 803 dentystów z polskimi certyfikatami. Ich realna liczba może być jednak niższa ze względu na to, że część z nich wróciła do Polski, ale nadal są zarejestrowani w GDC lub pracują w Wielkiej Brytanii na podstawie umów czasowych¹⁰.

Co ciekawe, potencjalna liczba stomatologów wybierających pracę zagranicą jest niższa niż w przypadku pozostałych profesji medycznych, co może być jednym ze skutków rozwoju prywatnej stomatologii w Polsce. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej za 2020 r. *liczba lekarzy, którym w danym okresie wydano co najmniej jeden rodzaj zaświadczenia, z wyłączeniem zaświadczeń potwierdzających posiadanie specjalizacji równorzędnej z wym. w przepisach UE* wyniosła 593 osoby w porównaniu do 117 lekarzy-stomatologów. Z kolei liczba lekarzy oraz lekarzy-stomatologów, którym wydano zaświadczenia potwierdzające posiadanie przez nich specjalizacji wyniosła łącznie 170¹¹. Na tej podstawie można stwierdzić, że udział emigrujących lekarzy-stomatologów (bez specjalizacji) w odniesieniu do ogólnej liczby emigrujących lekarzy wynosi około 16%. Z kolei udział wszystkich lekarzy-stomatologów w całkowitej liczbie lekarzy w Polsce wynosi około 21% (2021 r.).¹²

Inna możliwa opcja to emigracja ze względu na nasycenie na krajowym rynku – tak jest m. in. w Portugalii, gdzie 12,5% stomatologów zawiesiło swoje prawo wykonywania zawodu (pwz) ze względu na wyjazd zagranicę. Ponad połowa emigrujących portugalskich stomatologów ma poniżej 41 lat¹³.

Bez względu na dokładność danych Polska potrzebuje kolejnych stomatologów, aby sprostać wymogom dynamicznie rozwijającego się rynku. Według firmy badawczej PMR:

¹⁰ K. Malkiewicz i in., 2016, *The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union Member States. Part 6: Poland*, „British Dental Journal”, nr 8., s. 502-503.

¹¹ https://nil.org.pl/uploaded_files/1622670286_za-maj-2021-zestawienie-nr-05.pdf

¹² https://nil.org.pl/uploaded_files/1622670286_za-maj-2021-zestawienie-nr-01.pdf

¹³ <https://www.infodent24.pl/newsdentpost/kraj-bedacy-dostawca-stomatologow-dla-europy,118275.html>

Prognozujemy średnioroczny wzrost wartości (CAGR) dla segmentu prywatnego usług stomatologicznych w wysokości 7,3% w latach 2019-2024. (...)

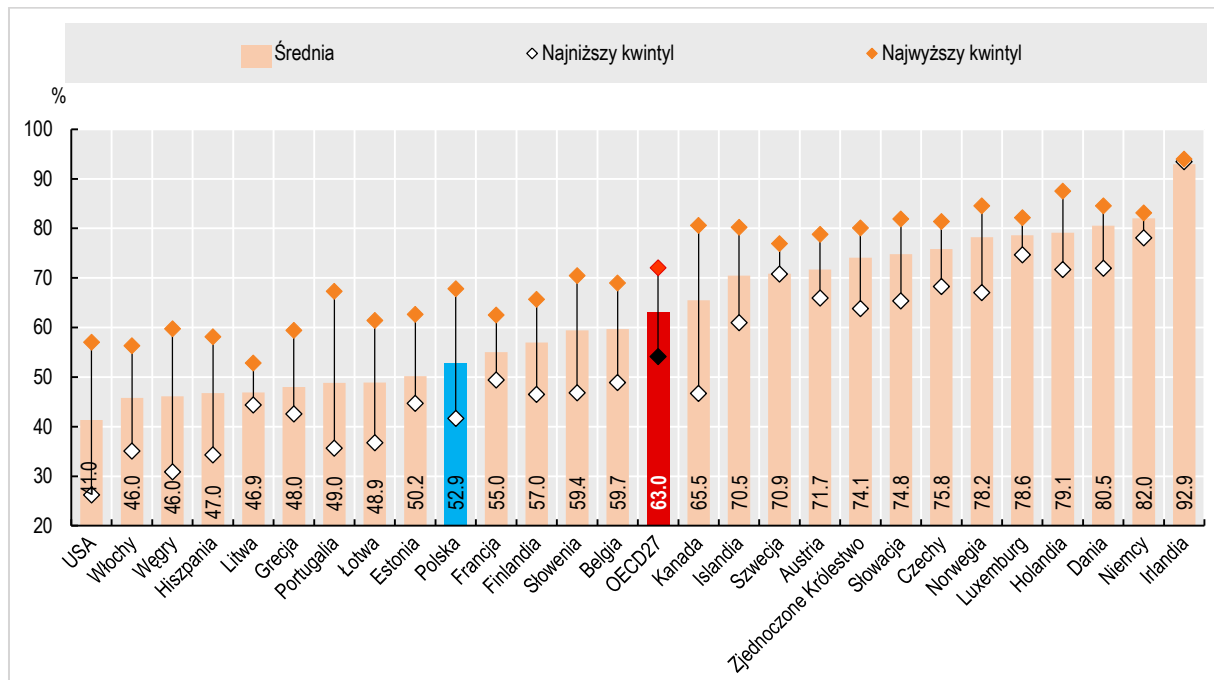
Popyt wspierany będzie przez dobrą sytuację makroekonomiczną. Ze względu na stagnację wydatków publicznych na stomatologię, wzrost wartości rynku odbywa się prawie w całości w segmencie prywatnym.¹⁴

Mimo że są dane z 2019 r., czyli sprzed okresu pandemii, to potwierdzają one solidne podstawy dla rozwoju tego rynku w przyszłości, a jednym z jego warunków jest szybko rosnąca podaż lekarzy-stomatologów.

Jest to o tyle istotne, że odsetek Polaków jaki odwiedził dentystę w 2014 r. wyniósł 52,9%. Dla najniższego kwintyla dochodowego był on jeszcze niższy – 41,6%, a dla najwyższego kwintyla dochodowego – 67,8%. Średnie dla 27 krajów OECD to odpowiednio: 63% (średnia); 54,1% (najniższy kwintyl) oraz 72,1% (najwyższy kwintyl), co obrazuje rysunek 2. Różnica pomiędzy najwyższym a najniższym kwintylem, w przypadku Polski, wynosi 26,2 p.p., a dla średniej krajów OECD 18 p.p.

¹⁴ <https://healthcaremarketexperts.com/infografiki/rynek-uslug-stomatologicznych-w-polsce-2019/>

Rysunek 2. Odsetek populacji, jaki odwiedził dentystę według uzyskiwanych dochodów — 2014 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: oecd-ilibrary.org

4. Podsumowanie

Jednym z kluczowych warunków dla odpowiedniego rozwoju rynku stomatologicznego w Polsce jest nie tylko poleganie na wydatkach prywatnych (płatności bezpośrednie) czy zmniejszaniu udziału wydatków publicznych, ale również odpowiednie ukształtowanie czynników podaży. Większe urynkwienie procesu edukacji przyszłych stomatologów pozwoli na jeszcze większe uniezależnienie się tej części ochrony zdrowia od państwowych regulacji. Dzięki temu Polska mogłaby zyskać także na rynku międzynarodowym jako kraj, w którym warto kształcić się pod tym kątem. Bez zniesienia ograniczeń po stronie podaży, pozostałe pozytywne efekty występujące na tym rynku nie będą mogły się należycie rozwinąć.

Pragnę szczególnie podziękować Pani lek. dent. Justynie Dolczak za cenne uwagi, wskazówki oraz wyjaśnienie niektórych spornych kwestii związanych ze specyfiką danej profesji. Dzięki nim niniejszy esej jest łatwiejszy w odbiorze i jednocześnie prezentuje wyższy poziom merytoryczny — Ł.J.