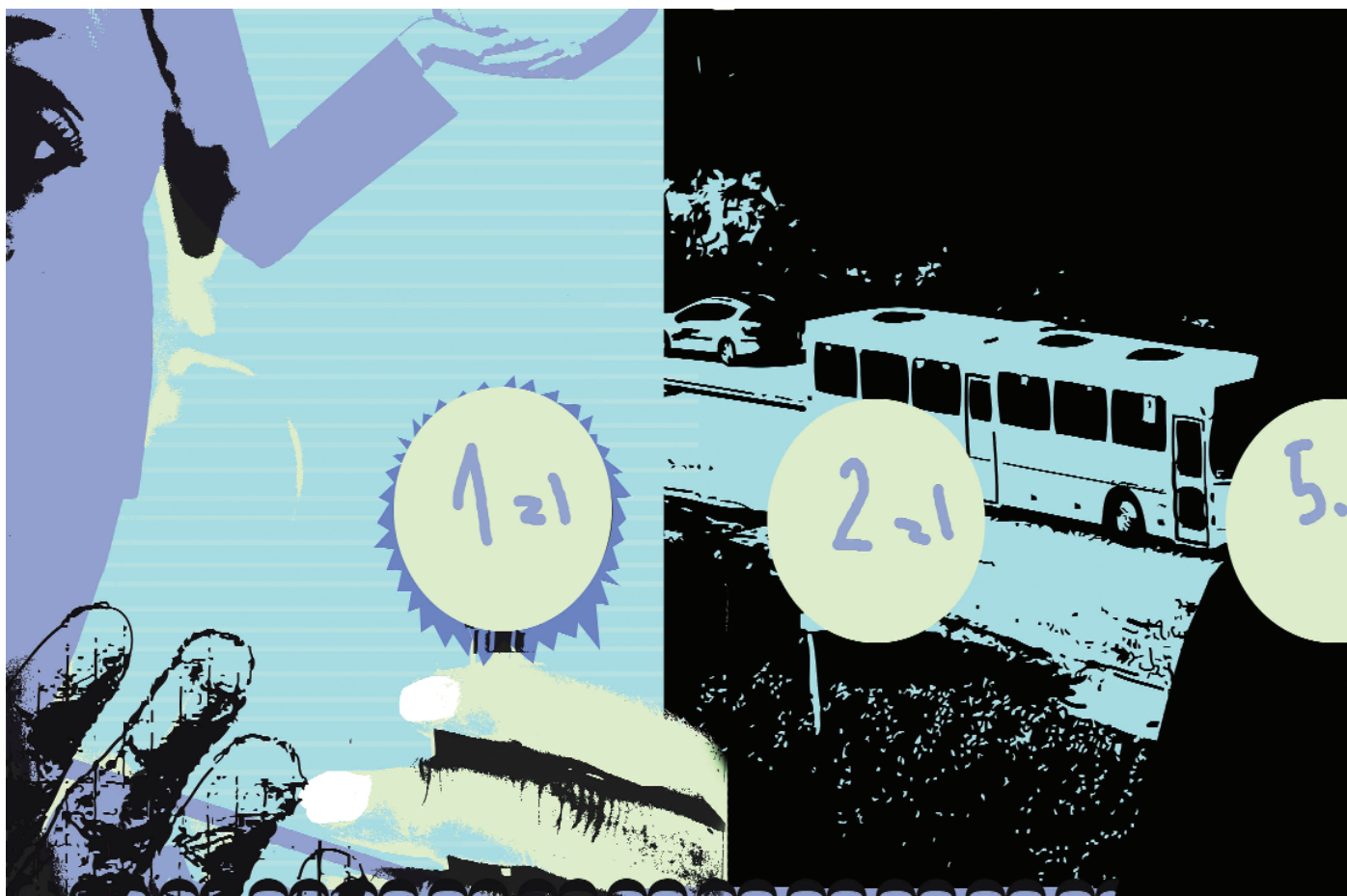


Ile powinien zarabiać lekarz?



prof. Natalia Gosdziniak

30 proc. podwyżki **nic nie da**

Adam Kozierkiewicz

W powszechnym odczuciu pracowników ochrony zdrowia, a także wielu osób spoza środowiska, wynagrodzenia lekarzy i pielęgniarek są zdecydowanie zbyt niskie. Warto jednocześnie przypomnieć, że po rozpoczęciu reform ekonomicznych masowo zaczęto otwierać prywatne gabinety lekarskie i zakładać niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Obecny konflikt, choć firmowany jest przez całe środowisko, dotyczy głównie pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Przewodzący protestowi prezes Naczelnej Rady Lekarskiej żąda podwyższenia wynagrodzeń o 30 proc. Stosunkowo łatwo można sobie taki wzrost wyobrazić w wypadku pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Znacznie trudniej wyegzekwować podwyżki od właścicieli prywatnych praktyk i zakładów niepublicznych.

Wybrańcy losu

W Polsce dotychczas żadnej innej grupie zawodowej nie udało się wywalczyć takiego wzrostu płac. Jednocześnie należy pamiętać, że politycy decydujący o systemie służby zdrowia konsekwentnie utrzymują, iż sektor publicznej opieki zdrowotnej jest zobowiązany do zapewnienia uprawnionym obywatelom wszechstronnej opieki zdrowotnej na najwyż-

szym elementem rynków pracy krajów rozwiniętych. W takich krajach, jak Australia, Wielka Brytania, USA czy Kanada, ok. 20 proc. czynnych zawodowo lekarzy to obcokrajowcy. Najczęściej podawane przez nich przyczyny migracji to możliwość kształcenia się i rozwoju zawodowego oraz wynagrodzenia. Niektórzy imigranci uciekają ze swoich krajów przed konfliktami zbrojnymi i niestabilnością polityczną, choć zdarza się to znacznie rzadziej.

Dane zebrane przez OECD na kilka lat przed otwarciem rynków Unii Europejskiej na lekarzy z Europy Środkowej wskazują, że skład narodowościowy lekarzy imigrantów jest w dużym stopniu uzależniony od uwarunkowań historycznych. Co ciekawe, dużą grupę stanowią lekarze z Niemiec, o których w latach 90. intensywnie zabiegali Norwegowie,

» Polscy lekarze zarabiają 5 razy mniej niż ich koledzy w Niemczech oraz 15 razy mniej niż medycy brytyjscy »

szym poziomie wiedzy medycznej. Hipokryzja tej deklaracji jest oczywista, niestety, w walce politycznych generalnie pomijana. Mimo że trwają prace nad tzw. koszykiem świadczeń, minister zdrowia konsekwentnie deklaruje, że nie dopuści do współfinansowania przez pacjentów usług zdrowotnych. Takie stanowisko nie rokuje zmiany sytuacji płacowej pracowników ochrony zdrowia, ponieważ nie daje możliwości zwiększenia legalnych funduszy w systemie ani znaczącego zmniejszenia zakresu zadań, przekładających się na obciążenie pracowników. To wszystko nie jest dobrą prognozą, szczególnie w kontekście otwarcia dla profesjonalistów medycznych zagranicznych rynków pracy. Jeśli jeszcze do tego dołożymy problemy ze specjalizacją i feudalno-poddańczy stosunek między medycznym establishmentem a resztą środowiska, ukaże się obraz zagrożenia dla systemu.

Czas imigrantów

Do końca 2005 r. o dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe do Izb Lekarskich wystąpiło ok. 4 tys. osób. Rok wcześniej było ich ok. tysiąca. Wynika z tego, że tempo składania wniosków sięga 3 tys. aplikacji na rok, a jest to wielkość porównywalna z liczbą absolwentów corocznie kończących studia medyczne. Nie należy się tym jednak martwić. Z badań OECD wynika, że migracja lekarzy jest

a w późniejszych latach także Brytyjczycy. Po 2004 r. struktura migracyjna lekarzy znacznie się zmieniła, jako że mamy do czynienia z intensywną migracją lekarzy i pielęgniarek z krajów Europy Środkowej do niektórych krajów Europy Zachodniej.

Nowy świat

Najważniejszym, choć nie jedynym motywem, wpływającym na decyzję o emigracji, jest chęć uzyskania wyższych dochodów. Od kilku lat w czasie rekrutacji polscy lekarze są na bieżąco informowani o potencjalnym wynagrodzeniu. Warto jednak zauważyć, że wysokość oraz elementy składowe pensji mogą być bardzo różnorodne w poszczególnych krajach. We Francji, USA czy Holandii, gdzie dominują praktyki prywatne, lwia część wynagrodzenia pochodzi bezpośrednio z opłat pacjentów. W krajach z systemami narodowej służby zdrowia (np. w Wielkiej Brytanii i Danii) wynagrodzenie najczęściej jest złożone z pensji uzyskiwanej w jednym, publicznym miejscu pracy.

Z przedstawionych wykresów wynika, że lekarze zatrudnieni w szpitalach zarabiają więcej niż lekarze ogólni (GP). To ostatnie określenie jest zresztą o tyle mylące, że GP jako takie jest koncepcją anglosaską i nie występuje np. w Niemczech, a we Francji odgrywa zupełnie inną rolę niż w Anglii czy Polsce. Ta zasada nie jest także uniwersalna i na przykład w Danii le-

Odsetek lekarzy imigrantów w wybranych krajach

Materiały źródłowe: (OECD Health Working Papers No. 21, The Supply Of Physician Services In OECD Countries, Steven Simoens and Jeremy Hurst, Jan. 2006). Wyniki publikowane w procentach.

Australia (1998)		Norwegia (2001)	
Wielka Brytania	39	Niemcy	32,7
Azja	28	Szwecja	19,9
Nowa Zelandia	12	Dania	15,8
inne kraje	21	Europa Centralna i Środkowa	11,5
Austria (2001)		Wielka Brytania	6,2
Niemcy	84,3	Islandia	6,1
Włochy	7,3	Finlandia	5,3
Belgia (2001)		Holandia	2,4
Holandia	28	Wielka Brytania (2001)	
Włochy	17,7	Indie	18,3
Wielka Brytania	16,5	Irlandia	15,2
Francja	16,4	Afryka Południowa	7
Republika Słowacji	12,4	Inne kraje afrykańskie	7
Afryka	9	Azja Południowa i Południowo-Wschodnia	7
Dania (2001)		Afryka Północna	5,3
Norwegia	50	Gracja	4,7
Hiszpania	24,7	Pakistan	4,4
Niemcy	20,1	Niemcy	4
USA	5,2	Algieria	3,6
Francja (1998)		Irak	3,1
Europa	49	Hiszpania	2,6
Afryka Północna	33	Ameryka Północna	2,4
Afryka Subsaharyjska	7	Ukraina	1,7
Środkowy Wschód	5	Polska	1,6
Irlandia (2001)		Australia	1,6
Wielka Brytania	29,2	Belgia	1,6
kraje UE	13,6	Chiny	1,6
Niemcy	6	Dania	1,5
Australia	4,2	Francja	1,5
USA	3,4	Azja Zachodnia	1,5
Francja	3,2	Włochy	1,4
Włochy	3,2	Bośnia i Hercegowina	1,4
Kanada	3,1	Szwajcaria (2001)	
Europa Centralna i Środkowa	3,1	Niemcy	59,7
inne kraje	31,2	Jugosławia	13,1
Kanada (1998)		Belgia	7,4
Wielka Brytania	32	Szwecja	4,9
Afryka Południowa	9,7	Włochy	4,8
Indie	9,6	Albania	4
Europa Wschodnia	8,5	Hiszpania	3,2
Europa Zachodnia	8,2	Argentyna	2,9
Niemcy (2000)		USA (2001)	
kraje UE	27,5	Indie	19,5
inne kraje europejskie	37	Pakistan	11,9
inne kraje pozaeuropejskie	35,5	Filipiny	8,8
		kraje byłego ZSRR	3,1
		Egipt	2,6
		Republika Dominikany	2,5
		Syria	2,5
		Wielka Brytania	2,4
		Niemcy	2,3
		Meksyk	1,8

karze GP zarabiają lepiej niż ci w szpitalach, którzy są pracownikami etatowymi na równi z pracownikami urzędów powiatowych. Po drugie, USA i Wielka Brytania są krajami o najwyższych nominalnych wynagrodzeniach lekarzy. Stany Zjednoczone są zresztą nie do pobicia w tej dziedzinie i nie jest dziwne, że są celem migracji lekarzy z całego świata, w tym brytyjskich. Jeśli dodatkowo wziąć pod uwagę relatywnie niskie koszty życia w USA (duża siła nabywcza USD) okazuje się, że Stany Zjednoczone są na świecie najatrakcyjniejszym rynkiem pracy dla lekarzy. W Europie, poza Wielką Brytanią, dobre warunki fi-

Zgodnie z wynikami badań przeprowadzonych przez GUS pod koniec 2004 r., wynagrodzenie brutto (wraz z wszystkimi dodatkami, w tym dyżurami) lekarzy i farmaceutów wynosiło 3,1 tys. zł miesięcznie. W sektorze prywatnym zarobki były nieznacznie wyższe niż w publicznym, przy czym badanie dotyczyło zakładów zatrudniających co najmniej 9 osób. Kwota ta dawała w owym czasie ok. 11,3 tys. dolarów rocznie. Było to od 3 do 5 razy mniej niż wynagrodzenie lekarzy niemieckich i 10–15 razy mniej niż pensja medyków brytyjskich. Nawet różnice kosztów utrzymania, wpływające na tzw. siłę nabywczą, nie zmieniają tego obrazu.

” Podwyższenie wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia o 30 proc. nie obniży presji migracyjnej i nie będzie miało wpływu na niwelowanie różnicy w wynagrodzeniach między pracownikami ochrony zdrowia w krajach Zachodu i w Polsce ”

nansowe mają lekarze holenderscy i duńscy (szczególnie GP). Z kolei lekarze niemieccy, mimo potęgi gospodarczej tego kraju i ogromnych wydatków na ochronę zdrowia, mają stosunkowo niskie wynagrodzenia. Nie bez powodu zatem są omawiane powyżej zjawiska migracyjne oraz ostatnie protesty i strajki lekarzy.

Siła nabywcza

Sytuacja polskich lekarzy jest oczywiście znacznie gorsza niż ich kolegów z Zachodu.

Można zatem założyć, że podwyższenie wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia o 30 proc. nie zmniejszy presji migracyjnej. Nie będzie też miało wielkiego wpływu na niwelowanie różnicy w wynagrodzeniach między pracownikami ochrony zdrowia na Zachodzie i w Polsce. Powinni to przemyśleć, politycy, bo jeśli presja migracyjna będzie dodatkowo wzmacniana mordęgą administracyjno-środowiskową, związaną z trudnościami w uzyskaniu specjalizacji, złymi relacjami w środowisku

Postulaty płacowe

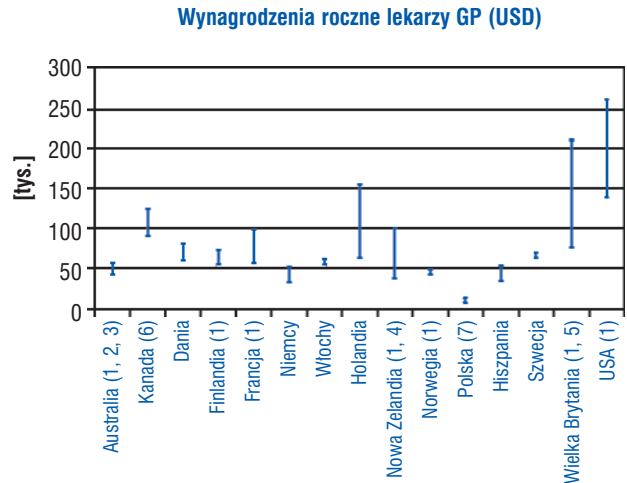
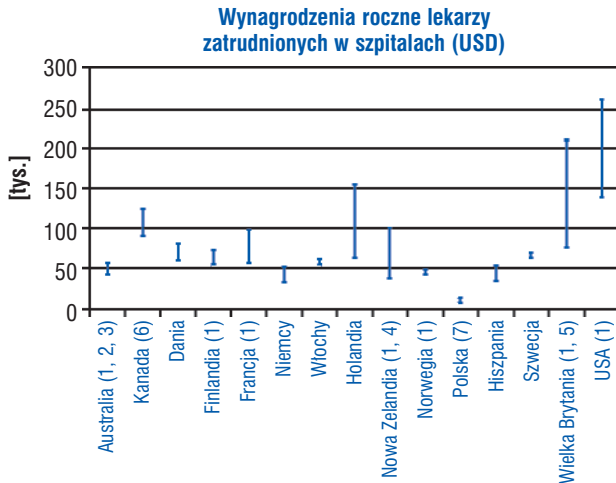
Wyniki analiz przeprowadzonych w trakcie prac nad *Zieloną księgą finansowania ochrony zdrowia* w latach 2004 i 2005 oparte były na bardziej radykalnych założeniach zmian wysokości wynagrodzeń – do 3 średnich pensji krajowych w wypadku lekarzy (w tym stomatologów) i 2 średnich krajowych pensji w wypadku pielęgniarek i położnych oraz pozostałego personelu średniego. Szacunki te doprowadziły do następujących wniosków:

- różnica między postulowanymi przez OZZL wydatkami na pensje lekarzy medycyny (7,97 mld zł) a obecnymi (6,58 mld zł) wydaje się niezbyt duża, a tym samym możliwa do zredukowania w rozsądnym horyzoncie czasowym, w szczególności przy zaangażowaniu środków i wykorzystaniu środków prywatnych
- różnica między postulowanymi (3 mld zł) a obecnymi (1 mld zł) wydatkami na pracę dentystów jest już proporcjonalnie większa, choć także możliwa do uzupełnienia, w szczególności przy zaangażowaniu środków i wykorzystaniu środków prywatnych
- największa dysproporcja jest w wypadku pielęgniarek (postulowane 12,54 mld zł; obecnie 4,74 mld zł), przy niewielkiej możliwości redukcji tej różnicy z zaangażowaniem środków prywatnych
- również w pozostałych grupach zawodowych profesji medycznych różnica z reguły jest 2-krotna, pomiędzy poziomem postulowanym a obecnym, przy czym ze względu na charakter pracy tych osób nie wydaje się możliwe zniwelowanie tych różnic ze środków prywatnych.

Różnica między obecnym poziomem kosztów wynagrodzeń personelu medycznego w opiece zdrowotnej (ok. 13 mld zł) a postulowanym (26 mld zł) jest 2-krotna.

Roczne wynagrodzenie lekarzy zatrudnionych w szpitalach oraz lekarzy ogólnych (GP) w wybranych krajach w latach 2000–2003 (w USD)

Materiały źródłowe: obliczenia własne na podstawie wielu źródeł dostępnych u autora



pracy i nagonką medialną na lekarzy (w części uzasadnioną), możemy się spodziewać istotnych odpływów kadry medycznej za granicę. Tym bardziej, że dotychczas hamująca emi-

grację bariera, jaką jest nieznanomość języków obcych, będzie się z czasem zmniejszać.

*Autor jest pracownikiem
Instytutu Zdrowia Publicznego CM UJ w Krakowie*